



T.C.

ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**ÇOCUK VE ERGENLERDE YIKICI DUYGUDURUMU
DÜZENLEYEMEME BOZUKLUĞU İLE MAJÖR
DEPRESİF BOZUKLUĞUN KLİNİK, MİZAÇ VE UYKU
ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Helin ABURŞU USLU

Ankara, 2024

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

**ÇOCUK VE ERGENLERDE YIKICI DUYGUDURUMU
DÜZENLEYEMEME BOZUKLUĞU İLE MAJÖR
DEPRESİF BOZUKLUĞUN KLİNİK, MİZAÇ VE UYKU
ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Helin ABURŞU USLU

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN

Ankara, 2024

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ÇOCUK VE ERGENLERDE YIKICI DUYGUDURUMU DÜZENLEYEMEME
BOZUKLUĞU İLE MAJÖR DEPRESİF BOZUKLUĞUN KLİNİK, MİZAÇ VE
UYKU ÖZELLİKLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

DR. Helin ABURŞU USLU

Tıpta Uzmanlık Tezi

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN

Jüri Üyeleri

Prof. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN

Prof. Dr. Elvan İŞERİ

Prof. Dr. Selma TURAL HESAPÇIOĞLU

Okuduğumuz ve savunmasını dinlediğimiz bu tezin tıpta uzmanlık derecesi için gereken tüm kapsam ve kalite şartlarını sağladığını beyan ederiz.

Prof. Dr. Mehmet Fatih Ceylan

Anabilim Dalı Başkanı

Bu tezin uzmanlık tezi için gerekli tüm şartları taşıdığını tasdik ederim.

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda patent ve telif haklarını ihlal edici etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tezde kullanılmış olan tüm bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

26.02.2024

Helin ABURŞU USLU



TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince desteğini esirgemeyen, kendisinden çok şey öğrendiğim, tezimin tüm aşamalarında sabırla katkıda bulunan, kıymetli tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet Fatih CEYLAN'a;

Uzmanlık eğitimimin her aşamasında bana sonsuz destek veren, eğitimim için büyük özveri gösteren değerli hocam Prof. Dr. Selma TURAL HESAPÇIOĞLU'na;

Kliniğe ilk adım attığımız günlerden beri birlikte keyifle çalıştığım, her biri birbirinden değerli sevgili eş kıdemlerim; Dilan AYDIN AYVA, Melike UYSAL, Şaziye MERT'e ve eğitimim süresince beraber çok şey paylaştığımız, her zaman desteklerini hissettiğim tüm asistan arkadaşlarıma, uzmanlarımıza, kıymetli psikiyatri hemşire ekibimize, sekreterlerimize, psikologlarımıza ve diğer tüm klinik personelimize;

Sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim, her anımda yanımda olan ve dostluklarına sahip olduğum için çok şanslı hissettiğim canım arkadaşlarım Pelda ÖZTÜRK, Büşra SÜLGER ve Evindar DOĞAN'a;

Her koşulda sevgisini ve desteğini hissettiren, yanında her zaman güvende hissettiğim, ilk öğretmenim babam Murat ABURŞU'ya, neşesi, enerjisi ve sonsuz sevgisiyle beni büyüten canım annem Gülhan ABURŞU'ya, birlikte büyüdüğüm, oyun arkadaşım, biricik kardeşim Mervan ABURŞU'ya;

Beraber aynı yolu, el ele yürüdüğüm için çok şanslı hissettiğim, sevgisi ve desteğiyle her zorluğu kolaylaştıran, takım arkadaşım, canım eşim Ahmed USLU'ya;

Eğitimim boyunca beni her gün kendilerine hayran bırakan, keyifle dinlediğim, gözleri ıslık ıslık bakan, bana çok şey öğreten sevgili çocuklara ve gençlere;

Sevgi ve saygılarımla teşekkür ederim.

Dr. Helin ABURŞU USLU

Ankara, 2024

İÇİNDEKİLER

ÖZET	v
ABSTRACT	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Duygulanım ve Duygudurumun Tanımı	3
2.2. İrritabilitenin Tanımı	3
2.3. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu	4
2.3.1. Giriş	4
2.3.2. Klinik Prezantasyon ve Tanı	6
2.3.2. Epidemiyoloji	7
2.3.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	9
2.3.4. Seyir ve Sonlanım	10
2.3.5. Değerlendirme ve Ayırıcı Tanı	11
2.3.6. Tedavi	14
2.4. Majör Depresif Bozukluk	17
2.4.1. Giriş	17
2.4.2. Klinik Prezantasyon ve Tanı	18
2.4.3. Epidemiyoloji	19
2.4.4. Etiyoloji ve Risk Faktörleri	20
2.4.5. Seyir ve Sonlanım	22
2.4.6. Değerlendirme ve Ayırıcı Tanı	22
2.4.7. Tedavi	24
2.5. Çocuklarda Mizaç Özellikleri	26
2.5.1. Mizacın Değerlendirilmesi	29
2.5.2. Mizacın YDDB ve MDB Tanıları ile İlişkisi	30
2.6. Çocuklarda Uyku ve Bozuklukları	32

3. MATERYAL VE YÖNTEM.....	36
3.1. Araştırmanın Etik Kurul Onayı	36
3.2. Araştırmanın Örneklemi	36
3.3. Olgu Grubunun Seçimi	36
3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri	36
3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri	37
3.3. Araştırmanın Yürütülmesi ve Yöntem.....	37
3.4. Araştırmada Kullanılan Araç Gereçler	38
3.4.1. Sosyodemografik Form	38
3.4.2. Çocuk ve Gençler için Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği, Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu DSM-5 (ÇDŞG-ŞY)	38
3.4.3. Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği (ÇDÖ):	39
3.4.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ):	39
3.4.5. Epworth Uykululuk Skalası (EUS):	40
3.4.6. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (Junior Temperament and Character Inventory) (ÇMKE)	40
3.4.7. Hollingshead-Redich Ölçeği (HRÖ)	40
3.4.8. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)	41
3.5. İstatistiksel Değerlendirme	41
4. BULGULAR	43
4.1. Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Veriler	43
4.2. Olguların Ailelerinin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Veriler.....	46
4.3. Sosyodemografik Verilerin YDDB ve MDB Grupları Arasında Karşılaştırılması.....	49
4.4. ÇDŞG-ŞY DSM-5 Yarı Yapılandırılmış Tanı Görüşmesi	59
4.5. ÇDŞG-ŞY DSM-5 Yarı Yapılandırılmış Tanı Görüşmesi Sonuçlarının YDDB ve MDB Grupları Arasında Karşılaştırılması	61
4.6. Olguların Tedavisinde Kullanılan İlaçlar	62
4.7. Olguların Tedavisinde Kullanılan İlaçların Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	67

4.8. Olguların Psikometrik Ölçek Sonuçlarının Değerlendirilmesi.....	67
4.9. Olguların Psikometrik Test Sonuçlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	71
4.9.1. Olguların Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanterinden Aldıkları Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması	72
4.9.2. Olguların PUKİ Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	79
4.9.3. Olguların EUS Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	83
4.9.4. Olguların ÇDÖ Toplam Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması	85
4.9.5. Olguların Güçler ve Güçlükler Anketinden Aldıkları Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması	85
4.9.6. Olguların Hollingshead-Redich Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması	90
5. TARTIŞMA	92
5.1. Olgularının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi	92
5.2. YDDB Olgularının Psikiyatrik Komorbiditelerinin Değerlendirilmesi ve MDB Olgularıyla Karşılaştırılması	95
5.3. YDDB Olgularının Tedavisinde Kullanılan İlaçların Değerlendirilmesi ve MDB Olgularıyla Karşılaştırılması	97
5.4. Olguların Psikometrik Test Sonuçlarının Değerlendirilmesi	99
5.4.1. Olguların Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri'nden Aldıkları Puanlarının Değerlendirilmesi.....	99
5.4.2. Olguların Uyku Kalitesinin PUKİ ve EUS Ölçek Puanları ile Değerlendirilmesi.....	105
5.4.3. Olguların Depresif Belirtilerinin ile Değerlendirilmesi	108
5.4.4. Olguların Güçler ve Güçlükler Anketi Çocuk ve Ebeveyn Formlarından Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi	109
5.4.5. Olguların Sosyoekonomik Durumlarının Hollingshead-Redich Ölçeği ile Değerlendirilmesi	113

5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları.....	114
5.6. Çalışmanın Güçlü Yönleri	115
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	116
7. KAYNAKLAR.....	120
8. EKLER.....	152
EK-1: Etik Kurul Onay Formu	152
EK-2: Sosyodemografik Veri Formu.....	153
EK-3: Çocuklar için Depresyon Ölçeği	154
EK-4: Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri.....	157
EK-5: Güçler ve Güçlükler Anketi Çocuk Formu	163
EK-6: Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu	164
EK-7: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi	165
EK-8: Pediatrik Epworth Uykululuk Ölçeği.....	166
EK-9: Hollingshead-Redich Ölçeği	167

ÖZET

Amaç: Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu (YDDB) tanısı konmuş 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin klinik özellikleri, mizaç ve karakter özellikleri, ek tanıları, ilaç kullanımları ve uyku kalitelerinin incelenmesi ve majör depresif bozukluk (MDB) tanılı olgularla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğine 12 aylık süre içerisinde ayaktan başvuran K-SADS PL değerlendirmesi sonucunda YDDB tanısı konmuş 106 ve MDB tanısı konmuş 127 olgu dahil edilmiştir. Olguların değerlendirilmesi için Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri, Pittsburgh Uyku Kalitesi Envanteri, Epworth Uykululuk Skalası, Güçler ve Güçlükler Çocuk Formu ve Çocuklar için Depresyon Ölçeği; ebeveynleri için ise sosyodemografik form ve Güçler ve Güçlükler Ebeveyn Formu kullanılmıştır.

Bulgular: YDDB grubunun yaş ortalaması 14.5 ± 2.09 iken, MDB grubunun 15.0 ± 1.56 olarak belirlenmiştir. Mizaç ve karakter özelliklerinin değerlendirmesine göre MDB grubundaki olguların, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve iş birliği alanlarındaki puanlar YDDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksektir ($p < 0.05$). MDB grubundaki olguların uyku kalitesi YDDB grubuna kıyasla daha düşük, uyku süresi daha kısa ve gündüz uykululuğu daha fazla olarak tespit edilmiştir. YDDB grubunda, %84,4'lük oranla en yaygın olarak kullanılan ilaç grubu oral antipsikotik ilaçlardır; bu ilaçların içinde ise en sık tercih edileni %61,3 ile risperidondur. YDDB grubundaki olguların tedavi süreçlerinde, MDB grubuna kıyasla anlamlı bir şekilde daha fazla antipsikotik, duygudurum düzenleyici ve stimülan grubu ilaçlar kullanılmaktadır ($p < 0.05$).

Sonuç: DSM-5'te Depresif Bozukluklar başlığı altında yer alan, klinikte sıkça karıştırılan YDDB ve MDB, farklı mizaç ve karakter özelliklerine, uyku kalitesine sahiptir. YDDB tanısı konmuş olgular yoğun duyu disregülasyonuna sahip olmalarına rağmen klinikte antidepresanlar ve duygudurum düzenleyiciler yerine daha çok antipsikotik ilaçlarla tedavi edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, mizaç, karakter, uyku, majör depresif bozukluk

ABSTRACT

Aim: The study aimed to investigate the clinical characteristics, temperament and character features, comorbidities, medication use, and sleep quality of children and adolescents aged between 6-18 diagnosed with Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD) and compare them with cases diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD).

Material and Methods: The study included 106 cases diagnosed with DMDD and 127 cases diagnosed with MDD who presented to the child and adolescent psychiatry outpatient clinic within an 12-month period based on the K-SADS PL assessment. For the evaluation of cases, the Children's Temperament and Character Inventory, Pittsburgh Sleep Quality Index, Epworth Sleepiness Scale, Strengths and Difficulties Child Form, and Children's Depression Rating Scale for children; and sociodemographic form and Strengths and Difficulties Parent Form for parents were used.

Results: The mean age of the DMDD group was 14.5 ± 2.09 , while it was determined as 15.0 ± 1.56 for the MDD group. According to the assessment of temperament and character features, the scores of cases in the MDD group in the areas of harm avoidance, reward dependence, and cooperation were statistically significantly higher than those in the DMDD group ($p < 0.05$). The sleep quality of cases in the MDD group was found to be lower, sleep duration shorter, and daytime sleepiness higher compared to the DMDD group. In the DMDD group, the most commonly used medication group, with a rate of 84.4%, is oral antipsychotic drugs; among these, risperidone is the most preferred with 61.3%. In the treatment process of cases in the DMDD group, significantly more antipsychotic, mood stabilizer, and stimulant drugs are used compared to the MDD group ($p < 0.05$).

Conclusion: Under the heading of Depressive Disorders in DSM-5, DMDD and MDD, frequently confused in clinical practice, exhibit different temperament and character features, and sleep quality. Despite cases diagnosed with DMDD having intense emotional dysregulation, they are treated more with antipsychotic drugs rather than antidepressants and mood stabilizers compared to the MDD group.

Keywords: Disruptive Mood Dysregulation Disorder, temperament, character, sleep, Major Depressive Disorder

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADDB	: Ağır Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu
AAP	: Atipik Antipsikotik
AP	: Antipsikotik
APB	: Aralıklı Patlayıcı Bozukluk
BB	: Bipolar Bozukluk
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
CBCL	: Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği
CBQ	: Çocuk Davranış Anketi
CGAS	: Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği
ÇDÖ	: Çocuklar için Depresyon Ölçeği
ÇDŞG-ŞY DSM-5	: Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5
ÇMKE	: Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri
DAWBA	: Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi (The Developmental and Well Being Assessment)
DB	: Davranım Bozukluğu
DDD	: Duygudurum Düzenleyici
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DRİ	: Duygusal Reaktivite İndeksi
DSM	: Ruhsal Hastalıklar Tanı ve İstatistik Kılavuzu
ECBQ	: Erken Çocukluk Davranış Anketi
EEG	: Elektroensefalografi
EUS	: Epworth Uykululuk Skalası
EYE	: Ebeveyn Yönetimi Eğitimi
FDA	: ABD Gıda ve İlaç İdaresi
GGA	: Güçler ve Güçlükler Anketi
HRÖ	: Hollingshead-Redich Ölçeği

IBQ-R	: Bebek Davranışı Anketi-Revize
ICD	: International Classification of Diseases
IQR	: Interquartile Range, Çeyreklikler Arası Genişlik
KOKGB	: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
MDB	: Majör Depresif Bozukluk
MKB	: Madde Kullanım Bozukluğu
MKE	: Mizaç ve Karakter Envanteri
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
PAPA	: Okul Öncesi Yaş Psikiyatrik Değerlendirilmesi
PUKİ	: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi
RKÇ	: Randomize Kontrollü Çalışma
SCH	: Şizofreni
SPSS	: Statistical Package For Social Sciences
SS	: Standart Sapma
SSRI	: Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
TBAQ	: Yürümeye Başlayan Çocuk Davranışı Değerlendirmesi Anketi
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TSA	: Trisiklik Antidepresanlar
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YDDB	: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Hasta akış şeması	43
Şekil 2. MDB olgularının eğitim durumunun dağılımı	54
Şekil 3. YDDB olgularının eğitim durumunun dağılımı	54
Şekil 4. YDDB olgularının ilaç kullanım dağılımı.....	63
Şekil 5. MDB olgularının ilaç kullanım dağılımı	64
Şekil 6. Olgularda antidepresan ilaçların kullanım dağılımı	64
Şekil 7. Olgularda antipsikotik ilaçların kullanım dağılımı	65
Şekil 8. Olgularda dikkat eksikliğinde kullanılan ilaçların dağılımı	66
Şekil 9. Olgularda duygudurum düzenleyici ilaçların kullanım dağılımı	66
Şekil 10. YDDB tanılı olguların sosyoekonomik düzeylerinin dağılımı	91
Şekil 11. MDB tanılı olguların sosyoekonomik düzeylerinin dağılımı.....	91

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1.	Katılımcıların Genel Bilgileri, Sürekli Değişkenler.....	45
Tablo 2.	Katılımcıların Genel Bilgileri, Kategorik Değişkenler	45
Tablo 3.	Katılımcıların Doğum Hikayeleri, Kategorik Değişkenler	46
Tablo 4.	Katılımcıların Ailelerinin Genel Bilgileri, Sürekli Değişkenler	47
Tablo 5.	Katılımcıların Ailelerinin Genel Bilgileri, Kategorik Değişkenler	48
Tablo 6.	Olguların İntihar Girişiminde Bulunma ve Ev İçi Şiddete Tanık Olma Durumu.....	49
Tablo 7.	YDDB ve MDB Gruplarının Yaşlarının Karşılaştırılması	49
Tablo 8.	YDDB ve MDB Gruplarının Cinsiyetlerinin Karşılaştırılması.....	50
Tablo 9.	YDDB ve MDB Gruplarının Gelişimsel Öykülerinin Karşılaştırılması	51
Tablo 10.	Olguların Doğum Hikayelerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması	52
Tablo 11.	YDDB ve MDB Gruplarının Okul Durumunun Karşılaştırılması	53
Tablo 12.	YDDB ve MDB Gruplarının Anne yaşı, Baba yaşı ve Kardeş Sayılarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 13.	YDDB ve MDB gruplarının ailelerinin sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması.....	57
Tablo 14.	Olguların İntihar Girişiminde Bulunma ve Ev İçi Şiddete Tanık Olma Durumu.....	58
Tablo 15.	ÇDŞG-ŞY DSM-5 Yarı yapılandırılmış görüşme sonucuna göre tanı sayıları	59
Tablo 16.	Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastaların Komorbid Psikiyatrik Tanı Sayıları	60
Tablo 17.	Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu Tanılı Hastaların Komorbid Psikiyatrik Tanı Sayıları	61
Tablo 18.	YDDB ve MDB Gruplarının Ek Tanı Oranları Açısından Karşılaştırılması	62
Tablo 19.	YDDB ve MDB Gruplarının Tedavide Kullanılan İlaç Grupları Açısından Karşılaştırılması	67

Tablo 20. Olguların Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (ÇMKE) Ölçeğinden Aldığı Puanların Ortalamaları.....	68
Tablo 21. Olguların ÇDÖ, EUS ve PUKİ Psikometrik Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Ortalamaları	69
Tablo 22. Olguların Güçler ve Güçlükler Ölçeği Çocuk Formu Puanlarının Ortalamaları.....	70
Tablo 23. Olguların Güçler ve Güçlükler Ölçeği Ebeveyn Formu Puanlarının Ortalamaları.....	70
Tablo 24. Olguların Ebeveynlerinin Hollingshead-Redich Ölçeği'ne Göre Sosyoekonomik Düzey Açısından Sınıflandırılması.....	71
Tablo 25. Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanterinden Alınan Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması.....	73
Tablo 26. Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanterinden Alınan Puanların Cinsiyetlere Göre Gruplar Arasında Karşılaştırılması	74
Tablo 27. Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanterinden Alt Boyutlarından Alınan Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması	75
Tablo 28. Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanterindeki Mizaç ve Karakter Alt Boyut Puanlarının Cinsiyetlere Göre Gruplar Arasında Karşılaştırılması	76
Tablo 29. Komorbid DEHB Tanılı YDDB ve MDB Olgularının Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması	78
Tablo 30. YDDB Grubundaki Olguların PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Dağılımı	79
Tablo 31. MDB Grubundaki Olguların PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Dağılımı	80
Tablo 32. YDDB ve MDB Gruplarının PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	82
Tablo 33. YDDB Olgu Grubunda Komorbid DEHB Olan ve Olmayan Olguların PUKİ puanlarının Karşılaştırılması	83
Tablo 34. YDDB ve MDB Gruplarının EUS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	84

Tablo 35. YDDB ve MDB Gruplarının EUS Puanlarına Göre Gündüz Uykululuğu Açısından Karşılaştırılması	84
Tablo 36. YDDB olgu grubunda komorbid DEHB olan ve olmayan olguların PUKİ puanlarının karşılaştırılması.....	84
Tablo 37. YDDB ve MDB Gruplarının ÇDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	85
Tablo 38. Olguların Güçler ve Güçlükler Anketi Çocuk Formundan Aldıkları Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması	86
Tablo 39. Olguların Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formundan Aldıkları Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması	88
Tablo 40. GGA Çocuk Formu Disregülasyon Profilinin Olgu Grupları Arasında Karşılaştırılması	89
Tablo 41. GGA Ebeveyn Formu Disregülasyon Profilinin Olgu Grupları Arasında Karşılaştırılması	89
Tablo 42. Olguların Ebeveynlerinin Hollingshead-Redich Ölçeği'ne Göre Sosyoekonomik Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	90

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu (YDDB) DSM-5'te tanımlanan süreğen, epizodik olmayan, şiddetli sinirliliği ve buna bağlı günlük hayat işlevselliğini bozan öfke patlamalarını tanımlayan nispeten yeni bir tanıdır. Bu öfke patlamalarının haftada en az üç kez olması, çocuğun yaş ve gelişim düzeyinde beklenenden daha ağır şiddette ve daha fazla sıklıkta olması gerekir. Buna ek olarak çocuğun öfke patlamaları arasında ısrarcı ve şiddetli bir sinirlilik hali sergilemesi beklenir. YDDB tanısı DSM-5'te depresif bozukluklar başlığı altında yerini almıştır (1). Depresyon dünya çapında yaygın şekilde görülen önemli bir ruh sağlığı sorunudur (2). Depresif duygudurum veya anhedoniye depresyonun 4 ek belirtisinin eşlik etmesi ve bu durumun en az 2 hafta boyunca günün çoğunda devam etmesi depresyon tanısını koydurur. Bu dört ek belirti iştah, psikomotor aktivasyon ve uyku değişiklikleri, enerji azalması, değersizlik ve suçluluk duyguları, düşünme ve konsantre olmada zorluk veya tekrarlayan ölüm düşünceleri olabilir (3). Başlangıç yaşı birçok hasta için genellikle orta ergenlikten geç ergenliğe kadar 14-25 yaş arasında olan dönemdir.

YDDB için erken risk faktörlerini inceleyen ve tanımlayan çalışmalar kısıtlıdır (4) ancak ruhsal bozuklukların gelişiminde hem çevresel hem de genetik faktörlerin etkili olduğu bilinmektedir (5). Mizaç faktörleri de genetik ve çevresel faktörlerin etkilediği biyolojik temellere dayanan bireysel farklılıklardandır. Mizaç, yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkar. Yenidoğan döneminde bile belirgin olan, yürümeden okul öncesi döneme kadar etkilerinin gözlemlendiği doğuştan gelen olarak tanımlanan davranışlarda kendisini gösterir (6).

Uyku, çocuk ve ergenlerde duygusal, bilişsel ve fiziksel sağlık için çok değerlidir ve bozukluklarında birçok psikiyatrik hastalığın görülme riskinin arttığı bilinmektedir. Duygudurum bozuklukları, anksiyete bozukluğu ve madde kullanım bozuklukları riski, uyku bozukluğu varlığında artış göstermektedir (7,8). Uyku bozuklukları, gece ve gündüz

aktivitelerinin ne kadar etkilendiği, uykuya ilişkin dūřünceler, gündüz işlevselliği, uyku alışkanlıkları incelenerek geniş bir bakış açısı ile değerlendirilmelidir (9).

Mizaç ve uyku arasındaki ilişki incelendiğinde aralarında bir bağlantı olabileceği ve bazı mizaç özelliklerinin uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyebileceği gösterilmiştir (10,11). Psikopatolojilere eşlik eden uyku bozukluğunun klinik belirtileri şiddetlendirdiği bilinmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile birlikte görülen uyku bozukluğunun DEHB'nin bir endofenotipi olabileceğini dūřündüren çalışmalar da literatürde yer almaktadır (11).

Çocuk ve ergenlerde sinirlilik; depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) gibi çocukluk çağındaki birçok psikopatolojinin ortak bir belirtisidir. Ancak şiddetli ve dönemsel olmayan sinirlilik, daha önceki hiçbir psikiyatrik tanıda tanı kriteri olarak yer almamaktadır (12–14). Sinirliliđin kalıtsallığı, anksiyete bozuklukları ve depresyona benzer şekilde yaklaşık %30-40'tır (15). Ayrıca çalışmalar, erken sinirlilik ile ardından gelen depresyon arasındaki ilişkinin genetik bir bileşene sahip olabileceğini dūřündürmektedir (16,17). Ancak depresyonlu ebeveynlerin çocuklarının YDDB'nin temel semptomlarını karşılama olasılığı daha yüksektir (18–20).

YDDB tanısı konan çocuk ve ergenlere yetişkinlikte MDB tanısı konma riskinin artması ve MDB tanısı konmuş ebeveynlerin çocuklarında artmış YDDB tanısı altta yatan ortak bir temelin olabileceğini dūřündürmektedir. Mizaç, çocukların ve ergenlerin erken yaşlardan itibaren olaylara nasıl tepki vereceğini ve davranış kalıplarını belirlemede önemli faktörlerden biridir (21). Çeřitli tanılara sahip çocuk ve ergenlerde mizaç ve psikopatoloji arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sayısı giderek artmaktadır ancak YDDB tanısı konmuş ergenlerin mizaç profillerine ilişkin araştırmalar sınırlıdır (22–24). Uyku ve mizaç özelliklerinin birçok psikopatoloji ile ilişkisi göz önüne alındığında ve MDB ve YDDB olgu gruplarının arasındaki benzer klinik özellikler ve prognoz incelendiğinde bu çalışmada MDB ve YDDB tanılı olgu gruplarının mizaç ve uyku özelliklerinin değerlendirilmesi ve birbiriyle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Duygulanım ve Duygudurumun Tanımı

Duygulanım kişinin uyarılara duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Öfke, neşe, hüznün, kaygı, nefret, kin gibi duygular bireyin iç ve dış dünyasındaki olaylara, düşüncelere tepki verebilmesine yardımcı olur (25). Hastanın olaylar karşısında o andaki duygusunun ifadesidir. Hastanın tanımladığı olay ya da yaşadığı ile aynı anda gösterdiği duygu arasında bir uyum olmadığında duygulanım uygunsuzdur. Duygudurum ise kişinin kendisini nasıl hissettiğinin yanıtıdır, öznedir. Bireyin bir süre boyunca neşeli, çökkün, öfkeli, heyecanlı, taşkın bir duygulanım içerisinde bulunmasıdır (25).

Günlük hayat içerisinde olaylara verilen duygusal tepkiler belli sınırlar içerisinde değişimler gösterir. Bunlar anlaşılır, olağan duygudurum dalgalanmalarıdır. Ancak ortada belirli bir neden yokken ya da bilinçdışı sebeplerle şiddetli ve uzun süren üzüntülü, öfkeli ya da taşkın duygudurum içerisinde bulunmak normal sayılmaz. Bütün ruhsal hastalıklarda duygulanım az ya da çok etkilenirken, duygulanım ya da duygudurum bozukluklarında bu durum ana belirtidir.

2.2. İrritabilitenin Tanımı

İrritabilite hayal kırıklığına tepki olarak ortaya çıkan öfkenin eşliğinin düşük olması olarak tanımlanır (26–28). İrritabilite, öfke, hayal kırıklığı ve saldırganlık birbiriyle ilişkili kavramlardır. Bireyin engellenmeye karşı oluşturduğu ilk duygusal tepki hayal kırıklığıdır (26,29). Öfke ise genellikle hayal kırıklığıyla birlikte ortaya çıkar (30). Öfke, hedefe ulaşmaya yönelik bir çaba artışını sağlıyorsa uyum sağlayıcı bir işlevi olabilir. Saldırganlık ise öfke ve hayal kırıklığı duygularına eşlik eden sözel ya da motor davranışları tanımlar (26,31).

Gelişimsel açıdan bakıldığında öfkenin ifade edilme şekli farklı gelişimsel yörüngeleri takip eder. Ağlama, ayaklarını yere vurma, itme, tekme atma gibi öfke nöbetleri 1-4 yaş arasında olan çocuklarda sık görülür (32). Öfke nöbetlerinin yoğunluğu

ve sıklığı yaşla birlikte azalma eğilimindedir. Çocukların yaşı ilerledikçe öfke nöbetlerinin sıklığındaki bu azalma çocukların toplumsal olarak uygun yollarla öfkelerini ifade etmeyi öğrenmeleri ve duygu düzenleme becerilerinin gelişimi ile paralellik göstermektedir (33). Önemsiz provokasyonlara yanıt olarak ortaya çıkan öfke patlamaları gelişim boyunca devam edebilir ve çeşitli psikiyatrik bozukluklara eşlik edebilir.

Çocukluk çağında irritabilite üzerine yapılan yakın zamanlı bir çalışmada irritabilite tonik ve fazik olmak üzere iki başlıkta çerçelenmiştir (34). Tonik irritabilite sürekli öfkeli, huzursuz ve huysuz duygudurumu ifade ederken fazik irritabilite ise yoğun öfkenin şiddetli davranışsal patlamalarını açıklar (35). İrritabilitenin bu iki bileşeni Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu'nun (YDDB) iki temel belirtisini oluşturur.

Çocuk ve gençlerde epizodik olmayan irritabilite, öfke patlamaları ve işlevsellikte bozulmayla giden bu ruhsal bozukluk DSM-5 tanı sisteminde yeni bir tanı olan YDDB olarak adlandırılmıştır. İrritabilite; depresif bozukluk, kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), otizm spektrum bozukluğu (OSB), davranım bozukluğu (DB) ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) gibi birçok psikopatolojide görülse de kronik irritabilitenin ve öfke patlamalarının tanısız olarak tam karşılığı YDDB tanısının literatürde yerini almasıyla netleşmiştir (36).

2.3. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu

2.3.1. Giriş

YDDB kronik, şiddetli sinirliliği ve davranışsal kontrol bozukluğu gösteren çocukları tanımlamak için DSM-5'te tanımlanan yeni bir tanıdır. Bu kavram özellikle ABD'de son yıllarda hızla artan çocukluk çağı bipolar bozukluk tanısının önüne geçmek amacıyla yeni bir bozukluk olarak ele alınmıştır. Epizodik olmayan sinirlilik şikayeti ile başvuran çocuklara bipolar bozukluk tanısı konması çocukluk çağır bipolar bozukluk tanısındaki artışın sebebi olarak düşünülmektedir (3). Kronik, epizodik olmayan, şiddetli irritabilite ve aşırı uyarılma semptomları DSM-4'te bipolar bozukluğun çocuk ve gençlerde görülen gelişimsel varyantı Ağır Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu

(ADDB) olarak adlandırılmıştır (27,37). DSM-5'te ise kronik, epizodik olmayan irritabilite şikayeti YDDB tanı kategorisi altına alınmıştır. ADDB'de belirtilerin 12 yaşından önce başlaması beklenirken YDDB tanısında başlangıç yaş kriteri erkene çekilerek belirtilerin 10 yaşından önce başlaması beklenmektedir. Ayrıca uykusuzluk, ajitasyon, uçuşan fikirler, baskılı konuşma gibi aşırı uyarılma belirtileri tanı kriteri olmaktan çıkarılmıştır (3).

YDDB'nin temel belirtisi ve bakımverenlerin klinik başvurusunun ana sebebi irritabilitedir (38). İrritabilite, birçok psikiyatrik hastalığın ortak bir semptomu olsa da YDDB'de kronik ve kalıcıdır. Günün büyük bölümünde ve hemen hemen her gün farklı ortamlarda ortaya çıkar. Diğer ana belirtiler ise sözlü veya davranışsal olarak ifade edilebilen, tetikleyicilerle orantısız şekilde ortaya çıkan öfke patlamalarıdır. Öfke nöbetleri arasında da sinirliliğin sürekli olarak bulunması önemli bir bulgudur. ABD'de Kuzey Carolina'da yapılan boylamsal epidemiyolojik bir çalışma olan 'Great Smoky Mountains' çalışmasında da vurgulandığı gibi ADDB/YDDB tanılı gençler bu tanıya sahip olmayan diğer gençlerle karşılaştırıldığında önemli derecede yüksek psikososyal bozulmalar sergilemektedir (39).

Fonksiyonel bir MRI çalışması hayal kırıklığı toleransını test etme amacıyla, sinir bozucu olan ve olmayan iki farklı ortamda ADDB tanısı konmuş gençlerle sağlıklı kontrol grubunu karşılaştırmıştır (28). Bu çalışmada sinir bozucu ortamda her iki grupta da hayal kırıklığı ve dikkati değiştirmede zorluk gözlenmiştir ancak bu ADDB grubunda sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek görülmüştür. Ayrıca ADDB tanılı hastalarda sol amigdala, striatum, parietal korteks ve posterior singulat korteks gibi duygular, dikkat ve ödül mekanizmalarıyla ilişkili bölgelerde aktivasyonun azaldığı gözlenmiştir. YDDB tanılı hastalarla yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. YDDB tanılı hastalar tüm yüz ifadeleri için aşırı amigdala aktivasyonu gösterirken bipolar bozukluk tanılı hastalar sadece korkulu yüz ifadelerine bu yanıtı vermiştir (40).

2.3.2. Klinik Prezantasyon ve Tanı

İrritabilite çocukluk çağında birçok psikopatolojide görülür ancak şiddetli ve epizodik olmayan iritabilite semptomunu daha önce hiçbir psikiyatrik tanı bir tanı kriteri olarak karşılayamamıştır. Bu gençlere yönelik bir tanı kategorisinin DSM-5'ten önce bulunmaması olguların çocukluk çağı bipolar bozukluk tanı kategorisine dahil edilmelerine ve yaygınlığının artmasına katkıda bulunmuş olabileceği tahmin edilmektedir (27).

YDDB'nin temel kriterlerini sağlamak için çocuk ve gençlerin haftada en az 3 kez şiddetli, tekrarlayan ve günlük hayat işlevselliğini bozan öfke patlamaları sergilemesi ve bu öfke patlamalarının çocuğun gelişimsel dönemiyle uyumlu şiddet ve sıklıkta olmaması gerekir. Bu öfke patlamalarının yanısıra öfke atakları arasında şiddetli ve sürekli sinirli bir ruh hali sergilemelidir. Bu iki temel semptom üç ortamın en az ikisinde ve en az bir yıl boyunca devam etmelidir. Hastaların şikayetlerinin 10 yaşından önce başlaması da tanı koyarken gözden kaçırılmaması gereken bir kriterdir (3). ADDB'den farklı olarak YDDB'nin uykusuzluk, dikkatsizlik, ajitasyon gibi aşırı uyarılma belirtilerini gösterme gerekliliği yoktur. Aşırı uyarılma belirtilerinin varlığı durumunda eşlik eden DEHB tanısının göz önünde bulundurulması önemlidir. Tufan ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada YDDB tanılı bir erkek hastanın sinirlilik, kendisine ve başkasına zarar veren sözel ve davranışsal öfke patlamaları gibi tipik klinik özelliklerinden ayrıntılı şekilde bahsedilmiştir (41).

İrritabilite hayal kırıklığına karşı oluşan tepki için düşük eşige sahip olan kişilerde gözlenir. Buna bağlı öfke patlamaları da bu tepkinin davranışsal belirtileridir. Bir çocuk bir ödül beklerken bu ödülün göz ardı edilmesi karşısında olumsuz bir duygusal durum olan hayal kırıklığı ortaya çıkar. Bu bağlamda hayal kırıklığı deneyimi yapıcı, hedefe yönelik davranış için katalizör normatif bir durum olabilir veya YDDB'de gözlemlendiği gibi şiddetli öfke patlamalarıyla giden, uyumu bozan patolojik bir durum olabilir. Uyumu bozan durumlarda hayal kırıklığı kendisini insanlara veya eşyalara karşı saldırganlık biçiminde gösterebilir (42). Özellikle ADDB tanılı çocukların sağlıklı çocuklarla karşılaştırmalarında hayal kırıklığına yanıt olarak önemli ölçüde daha fazla uyarılma semptomu ortaya çıkardığı gözlenmiştir (43).

YDDB çoğunlukla kaygı bozuklukları, duygudurum bozuklukları ve yıkıcı davranış bozuklukları ile birlikte görülebilir. Majör depresif bozukluk, DEHB, DB ve Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) gibi psikopatolojilerle komorbid görülebilse de KOKGB, aralıklı patlayıcı bozukluk ve bipolar bozukluk ile birlikte tanı konamaz. YDDB ve KOKGB tanı kriterlerini birlikte sağlayan hastaya YDDB tanısı konur. KOKGB'da bulunan sinirli/kızgın ruh hali bileşeni ile YDDB semptomları arasına örtüşmeler olsa da YDDB'nin kronik duygudurum belirtileri, tekrarlayan öfke patlamaları ve şiddetli işlev bozuklukları daha ciddi bir psikopatolojiyi karşıladığı için YDDB tanısının KOKGB tanısından daha uygun olacağı düşünülmektedir (1,44).

2.3.2. Epidemiyoloji

1990'lı yıllarda şiddetli irritabilite ve aşırı uyarılma semptomlarıyla kliniklere başvuran çocuk ve ergenlerin kavramsallaştırılmasını çevreleyen nozolojik tartışmalar ortaya çıkmıştı (45,46). Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bazı araştırmacılar bu gençlerin tipik manik ve hipomanik ataklar sergilemeseler de bipolar bozukluğun gelişimsel bir özellik gösterdiğini öne sürüp tanı koyuyordu. Böylece ABD'de 1994-2003 yılları arasında ayakta tedavi sürdürülen kliniklerde bipolar bozukluk tanısı konan gençlerin oranının 40 kat arttığı görülmüştür (47). Bipolar bozukluk tanısı ile tedavi edilip taburcu edilen gençlerin yüzdesi 1990'ların ortasında %10 iken, 200'lerin ortasında bu oran %30'un üzerine çıktı (48).

Tanıdaki bu dramatik artışın olası açıklamalarından birinin klasik olarak tanımlanan hipomani veya mani ataklarına ek olarak, epizodik olmayan irritabilite ve aşırı uyarılmanın da dahil edildiği bipolar bozukluk tanı kriterlerinin pediatrik yaş grubunda genişletilmesi olduğu düşünüldü.

Leibenluft ve arkadaşları bipolar bozukluğun gelişimsel bir prezantasyonu olarak şiddetli sinirlilik ve aşırı uyarılma semptomlarını sağlayan çocuk ve ergenleri Ağır Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu (ADDDB) tanısı altında topladı. Bu çocukları manik ve hipomanik atakları olan klasik bipolar bozukluk tanısı konmuş hastalarla karşılaştırdılar (27,49). ADDDB'nin aşırı uyarılmışlık semptomlarının hem hipomani ve

mani atakları sırasında ortaya çıkan uykusuzluk, dikkat dağınıklığı, baskılı konuşma şikayetleri ve hem de DEHB semptomları ile örtüştüğü görülmüştür. Spesifik olarak ADDB tanısı konmuş çocuklar uykusuzluk, ajitasyon, dikkat dağınıklığı, yarışan düşünceler veya fikir uçuşmaları, baskılı konuşma ve müdahalecilik semptomlarından en az üçünü sergiler. Daha da önemlisi bu semptomlar ADDB tanısı konmuş çocuklarda epizodik değil sürekli dir.

YDDB hakkında yapılan epidemiyolojik faktörlere odaklanan çalışmaların çoğu retrospektif olup ADDB tanısına atıfta bulunmaktadır. Great Smoky Mountains Çalışması, okul öncesi ve okul çağındaki çocuklarda YDDB ve ADDB'nin prevalans oranlarını karşılaştırmış ve %0,8 ile %3,3 arasında değişen oranlar olduğu gözlenmiştir. Copeland ve ark.'nın yapmış olduğu bir çalışmada da YDDB'nin prevalansının %1 ile %3 arasında olduğu tahmin edilmektedir (50). Ancak YDDB tanısının prevalansının yaşla birlikte azaldığını gözlemlemiştir. Semptom süresi ve sıklığına ilişkin katı kriterlerin uygulanması, YDDB tanısı konan kişi sayısının önemli ölçüde kısıtlamaktadır (39).

Boylamsal çalışmalarda BB tanısı konan gençlerin ADDB tanısı konanlara göre gelecekte hipomanik veya manik atak geçirme risklerinin 50 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (37). ADDB tanısı konan çocuk ve ergenlerin gelecekte BB tanısından ziyade majör depresif bozukluk ve kaygı bozukluğuna yakalanma risklerinin daha yüksek olduğu gözlenmiştir (37,39,51–53). Başlangıçta ADDB'nin BB'un gelişimsel bir fenotipi olduğu düşünülse de araştırmalar arttıkça ADDB'nin başlı başına ayrı bir tanı olduğu görüşü benimsenmiş ve çalışmalar kronik irritabilite üzerine odaklanmıştır. Çalışmalar kronik irritabiliteye sahip gençlerin yüksek düzeyde işlevsel bozukluğa sahip olduğunu (54) ve intihar eğilimi açısından risk altında olduklarını göstermiştir (55).

Kronik irritabilite birçok psikiyatrik bozuklukta görülür (12–14) ancak YDDB'nin temel belirtisidir. DSM-5'te tanımlanan YDDB'nin temel formülasyonu DSM-4'te yer alan ADDB tanısına dayanmaktadır.

2.3.3. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Bilindiği kadarıyla YDDB için erken risk faktörlerini analiz eden ve tanımlayan çalışmaların sayısı hala sınırlıdır (4). Gençlerde ruhsal bozuklukların gelişimindeki risk faktörleri ve koruyucu faktörler hem çevresel hem de genetik özelliklerden etkilenmektedir (5). Bruno ve arkadaşlarının 2019 yılında YDDB hakkında yaptıkları sistematik incelemede çocuklarda yıkıcı davranış bozuklukları görülme riski için ana faktörler üç başlıkta özetlenmiştir. İlk risk faktörü grubu ailede madde kötüye kullanım öyküsü, ailede psikiyatrik problemler, gebelikte ya da doğumdan sonra ilk bir yılda annede görülen depresyon gibi alt başlıkların yer aldığı aile öyküsüdür. İkinci risk faktörü grubu erken dönemde yaşanan travmatik yaşam olayları, boşanma ya da yas gibi stresli yaşam olaylarıdır. Üçüncü risk faktörü grubu demir, b12 ve folik asit eksikliği gibi alt başlıkların da yer aldığı beslenme durumundan oluşur (56).

Hem Sparks ve arkadaşları hem de Tufan ve arkadaşları psikopatolojiye sahip ebeveynlerin çocuklarında YDDB gelişme riskinin yüksek olduğunu gözlemlemiştir (41,57). Peripartum depresyondan etkilenen annelerden doğan çocuklarda daha yüksek şiddette irritabilite ile birlikte daha yüksek YDDB tanısı oranları görülmektedir. Ayrıca babanın depresyonu ve madde kullanımı da daha şiddetli irritabilite için risk faktörüdür (18,23,58). Ebeveynlerden biri veya her ikisi de çocuklarla birlikte yaşamıyorsa ya da içlerinden biri üniversiteyi bitirmemişse, YDDB tanısı konma riskinin arttığı gözlenmiştir (59). Çevresel risk faktörleriyle ilgili özellikle psikolojik travma ve istismara dikkat edilerek travmanın rolü vurgulanmıştır (60). Ayrıca ailede boşanma, yetersiz beslenme, vitamin eksiklikleri gibi faktörlerin de yıkıcı davranışların başlangıcı için potansiyel hazırlayıcı faktörler olduğu düşünülmektedir (61,62).

İrritabilitenin genetik geçişi, anksiyete bozukluğu ve depresyona benzer şekilde yaklaşık %30-40'tır (15). Yapılan son çalışmalar irritabilitenin kız ve erkek çocuklar arasında farklılık gösterdiğini gözlemlemiştir. Erkeklerde çocukluktan yetişkinliğe genetik geçiş artarken, kız çocuklarda ise azalır (63). Ayrıca çalışmalar erken dönemde görülen irritabilite ile sonraki depresyon arasındaki ilişkinin de genetik bir bileşeni olabileceğini göstermektedir (16,17). Yapılan büyük bir ikiz çalışmasında Stingaris ve arkadaşları, erken irritabilite ve sonraki depresyon tanısı arasındaki boylamsal ilişkinin

kısmen ortak genetik faktörlerden kaynaklandığını göstermiştir (16). Savage ve arkadaşlarının 2015 yılında yaptığı çalışmada irritabilite ve depresyon arasında gelişimsel dinamik bir ilişkinin olduğu, geç çocukluk ve erken ergenlik döneminde bulunan irritabilitenin gelecekte kaygı bozuklukları ve depresyon için öngörücü olabileceği gösterilmiştir (17). Daha sonra yapılan ikiz çalışmalarında da tutarlı olarak irritabilite ve depresyon arasındaki ailesel ilişkiler gösterilmiştir (18,20). Wiggins ve arkadaşları annedeki depresyonun çocuktaki irritabiliteye ve çocuğun irritabilitesinin de sonraki dönemde anne depresyonuna yol açabileceğini öngörmüşlerdir. Anne depresyonu ve çocuk irritabilitesinin hem genetik hem de çevresel bileşenlerinin olduğu düşünülse de kesin doğası henüz açıklığa kavuşmamıştır (18).

Bipolar bozukluk ve YDDB arasındaki ilişkiye bağlı olarak, bipolar bozukluk tanılı ebeveynlerin çocuklarına YDDB tanısı konma olasılığının kontrollere göre daha yüksek olacağı hipotezi öne sürülmüştür ancak bu sonuç tam olarak doğrulanamamıştır (64). Ancak depresyon tanılı ebeveynlerin çocuklarının YDDB'nin temel belirtilerini karşıladıkları görülmüş ve ailede depresif bozukluk öyküsü ile YDDB arasındaki ilişki toplum temelli ve boylamsal çalışmalardan elde edilen verilerle desteklenmiştir (18-20).

2.3.4. Seyir ve Sonlanım

Okul öncesi dönemden sonra çocuk ve ergenlerdeki irritabilite düzeyi azalma ve nispeten istikrarlı olma eğilimindedir (65). Gençlerdeki irritabilite yetişkinlik dönemindeki anksiyete bozuklukları ve depresyonun habercisidir (39,53,66). Bir çalışmada Brotman ve arkadaşları çocukluk dönemindeki ADDB tanısının, çocukluk dönemindeki depresyon tanısından daha güçlü şekilde yetişkinlikteki depresyonu yordadığını göstermiştir (53). ADDB tanılı çocukların yaklaşık yarısında kaygı bozukluğu komorbiditesi bulunmaktadır (67). YDDB tanılı okul öncesi ve okul çağındaki çocuklara ilişkin raporlarda da kaygı oranları yüksektir (39).

Yetişkinlerde yapılan çalışmalar depresyonun başlangıçta kronik irritabilite ile ortaya çıkabileceğini ve irritabilitenin depresyonun önemli bir semptomu olduğunu, hastalığın şiddetini arttırabileceğini ileri sürmektedir (68,69).

Çocukluk çağında YDDB tanısı almış hastaların bazı özellikleri ergenlik ve yetişkinlik çağında daha yüksek oranlarda psikiyatrik tanı almayı öngörmektedir. Bunlardan bazıları; daha yüksek düzeyde dışsallaştırıcı semptomlara sahip olmak, kasıtlı zarar verici davranışlar sergilemek, daha düşük yürütücü işlevlere sahip olmak ve depresif anneye sahip olmaktır (61,70–73).

Kronik irritabilite; yetişkinlik döneminde depresyon, kaygı bozuklukları, yasa dışı davranışlarda bulunma riskini artırır. Epizodik irritabiliteye sahip çocuk ve gençlerde yetişkinlik döneminde bipolar bozukluğa sahip olma riski artarken, kronik irritabilitede böyle bir artış gözlenmemektedir (39,51,53). İşlevsel sonuç ne olursa olsun, YDDB tanılı çocuk ve ergenler, YDDB'den farklı en az bir psikiyatrik tanısı olan hastalarla karşılaştırıldığında daha fazla günlük yaşamda yetersizliğe, öğrenme güçlüğüne, kendisine zarar verme davranışına ve intihar düşüncesine sahiptir (39,59).

YDDB tanısı konmuş çocuk ve ergenler okul, ruh sağlığı sistemleri, adli süreçler gibi birçok alanda sorun yaşarlar. Çocuk refahını sağlayan programları kullanma ve yetişkinlik çağında depresyon ve anksiyete bozukluklarına sahip olma oranları ise artar (74). Ayrıca YDDB geçmişi olan kişilerde cinsel yolla bulaşan hastalık (%21,9), düzenli sigara kullanımı (%75), yabancılarla cinsel ilişki yaşamak (%16,3), polisle iletişime geçmiş olmak (%30,5), yasadışı olarak binalara ya da mülklere girmek (%18,9) ve fiziksel olarak kavga etmek (%26,3) oranlarında görülmektedir (75). Bunun dışında sosyal risk faktörleri ve sonuçlarına bakıldığında, YDDB tanılı kişilerin dezavantajlı ailelerden geldiği, boşanmış ya da bekar ebeveynlere sahip oluşu (%86,3), işten atıldıkları (%37,7) ya da işlerini sürdürmekte zorluk yaşadıkları (%27,8) gözlenmektedir (75). Sadece YDDB tanısı alanların oranı YDDB'nin yanında komorbid hastalık tanısı alanlara göre daha azdır. Bu sebeple bu sonuçların temel semptom şiddetinden mi komorbiditeden mi etkilendiğini ayırt etmek kolay değildir.

2.3.5. Değerlendirme ve Ayırıcı Tanı

İrritabilite, çocuk ve ergenlerin psikiyatrik değerlendirme başvurularının en yaygın sebeplerinden biridir (76). Aynı zamanda kaygı bozukluğu, majör depresif bozukluk gibi

diğer psikopatolojilerin bir semptomu olabileceği gibi akademik sorunlar, yoksulluk, intihar eğilimi gibi yetişkinlik döneminde de süren önemli bozulmalara sebep olabilen önemli bir belirtidir (77–79). Bu önemli halk sağlığı sorunu, yaygın etkisi göz önüne alındığında şiddetli iritabiliteninin temellerini aydınlatmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

2021 yılında YDDB tanı araçlarına yönelik yapılan sistematik incelemede YDDB'nin değerlendirilmesi ve teşhisi için çalışmaların çoğunda klinisyen tarafından derecelendirilen yapılandırılmış görüşmeler dışında YDDB'ye özgü semptom kontrol listelerinin kullanıldığı görülmüştür (80). Şimdiye kadar en sık kullanılan değerlendirme aracının YDDB modülüyle birlikte Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5 (ÇDŞG-ŞY DSM-5) olarak gözlenmiştir (80). ÇDŞG-ŞY DSM-5, 6-18 yaş arası çocuklarda ruhsal bozuklukların teşhisine yönelik tasarlanmış bir yarı yapılandırılmış görüşmedir. Uygulama süresi psikiyatrik hastalığa sahip çocuklar için yaklaşık 75 dakika, sağlıklı kontroller için ise 35-45 dakikadır. YDDB modülü, Leibenluft çevresindeki bir çalışma grubu ve ÇDŞG-ŞY DSM-5 geliştiricisi Kaufman'ın iş birliğiyle geliştirilmiştir. Bu modülün önceki versiyonu ADDB tanısına dayanırken YDDB modülü DSM-5 kriterlerini soran dört maddeden oluşan bir kontrol listesinden meydana gelir. ÇDŞG-ŞY DSM-5'in dışında 2-17 yaş arasında uygulanabilen yapılandırılmış bir görüşme olan Gelişim ve Ruhsal Sağlık Değerlendirmesi de (The Developmental and Well Being Assessment, DAWBA) YDDB tanısı konurken kullanılabilir (81). Bu görüşme yönteminin iritabilite, öfke kontrolü ve iritabilite bölümleri mevcuttur.

YDDB'nin klinik tanısı konurken yarı yapılandırılmış görüşmelerin yanında iritabilite ile ilgili ölçekler de destekleyici rol alabilir. Bu ölçekler arasında 7-18 yaş arasında kullanılabilen bir öz bildirim ve aile bildirim ölçeğinden oluşan Duygusal Reaktivite İndeksi (DRİ) (82) ve iritabilitenin ayırıcı tanısında kullanılacak Yıkıcı Davranış Profiline Çok Boyutlu Değerlendirilmesi gibi ölçekler yer alır (83).

İritabiliteye özel olarak geliştirilmemiş ölçekler de iritabilitenin ölçümü için kullanılabilir. Bunlar arasında en çok bilinenler 4-16 yaş arasında uygulanabilen Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA, Strengths and Difficulties Questionnaire, SDQ) (84) ve 6-18

Yaşlar Arasındaki Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği'dir (CBCL) (85). Her ikisinin de Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmaları bulunmaktadır.

Güçler ve güçlükler anketinin çocuklar tarafından doldurulan bir öz bildirim formu, anne ve baba tarafından doldurulan bir ebeveyn formu ve öğretmen tarafından doldurulan bir öğretmen formu bulunmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Güvenir ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (86). Ölçek 25 maddeden oluşmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. Her boyut kendi içinde değerlendirilip puanlanabilmekte ve ilk dört alt boyutun toplam puanları "Toplam Güçlük Puanı"nı vermektedir. Buna göre ölçeğin alt boyutları olan 'Duygusal Belirtiler' ve 'Davranış Sorunları'nın, CBCL'nin alt boyutlarından 'içe yönelim' ve 'dışa yönelim' problemlerine karşılık geldiği belirlenmiştir. GGA ve CBCL benzer amaçlarla kullanılan, çocuklarda irritabilite ve davranış sorunlarını değerlendiren ölçeklerdir. CBCL'de GGA'nin beş katı kadar soru bulunmakta ve bu sorular daha fazla alanı taramaktadır. Ancak yapılan çalışmalarda GGA'nin daha az sorusu olması ve daha pratik uygulanabilmesinin yanı sıra CBCL ile karşılaştırıldığında yüksek korelesyon oranlarına sahip olduğu görülmektedir (87). Ayrıca GGA, CBCL'e ek olarak çocuk ve ergenlerin güçlü yönlerini değerlendiren soruları da bulundurmaktadır (88).

YDDB birçok hastalıkla komorbid görülebileceği gibi ortak semptomlar nedeniyle ayırıcı tanısının da ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi gerekir. Ayırıcı tanı konusunda dikkat edilmesi gereken psikopatolojilerin başında bipolar bozukluk, KOKGB, aralıklı patlayıcı bozukluk, DEHB, MDB, YAB ve OSB bulunmaktadır. Değerlendirme sırasında irritabilitenin ve öfke patlamalarının karakteri, başlangıç yaşı, süre ve hastalıklarla ilgili karakteristik özellikler göz önünde bulundurulmalıdır.

Tanı değerlendirmeleri sırasında komorbid hastalıklar ve ayırıcı tanıda değerlendirilmesi gereken hastalıkları gözden kaçırmamak için dikkat edilmesi gereken kriterleri Bruno ve arkadaşları YDDB hakkında yazdıkları literatür incelemesinde özetlemiştir (56). Bipolar bozukluk ile ayırıcı tanı yapılırken bipolar bozuklukta epizodik irritabilitenin, dalgalanan ruh halinin varlığı ve yaş sınırı olmamasının akılda tutulması faydalı olur. KOKGB ile ayırıcı tanıda KOKGB'da irritabilitenin genel olarak var olduğu

ama bir tanı kriteri olmadığı, öfke patlamalarının YDDB'ye göre daha az sıklıkta meydana geldiği (genellikle haftada bir), başlangıç yaş sınırının olmadığı, en az 6 aydır semptomların devam etmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Aralıklı patlayıcı bozuklukla (APB) ayırıcı tanıda APB'da irritabl ve sinirli ruh halinin öfke patlamaları arasında olmaması en önemli kriterlerden biridir. Hastanın en az 6 yaşında olması ve şikayetlerinin en az 3 ay boyunca devam etmiş olması da tanı kriterleri arasındadır.

DEHB'de de sıklıkla irritabl ruh hali ve öfke patlamaları mevcuttur ancak tanı kriterleri içerisinde bulunmamaktadır. Hastanın şikayetlerinin 12 yaşından önce başlamış olması, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarının en az 6 aydır devam ediyor olması da tanı için gerekli faktörlerdendir.

OSB tanısı konmuş hastalarda da irritabilite klinikte karşılaşılan önemli semptomlardan biridir. OSB'li hastalarda görülen irritabilite ve öfkeli ruh hali farmakolojik tedaviye daha iyi yanıt verir ancak aile üyeleri ve bakıcılar için psikososyal bozulma ve duygusal sorunlara yol açabilir. Aynı zamanda irritabilitesi olan OSB'li hastaların olmayanlara göre daha yüksek düzeyde sosyal bozulma gösterdiği rapor edilmiştir (89).

2.3.6. Tedavi

İrritabilite çocuk ve ergenlerde işlevselliği ciddi derecelerde bozan, yaygın görülen önemli bir ruh sağlığı sorunudur. Klinik ve patofizyolojik çalışmalar çocukluk ve erken ergenlik döneminde gözlenen irritabilitenin bipolar bozukluğun gelişimsel bir belirtisi olarak düşünülmemesi gerektiğini göstermiştir. Bipolar bozuklukta tipik olarak kullanılan duygudurum düzenleyici ilaçların ve atipik antipsikotiklerin farmakolojik tedavi edici etkileri vardır. Seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) manik ve hipomanik atakları tetikleme riski göz önüne alındığında bu gruptaki ilaçlar bipolar bozuklukta kısmen kontraendikedir. Dickstein ve arkadaşları gençlerde şiddetli irritabilitenin medikal tedavisine yönelik bir randomize kontrollü çalışma (RKÇ) düzenlemiş ADDB tanısı konmuş hastalarda plasebo ve lityum tedavisini karşılaştırmışlardır. Çalışmanın

sonucunda ADDDB'li gençlerde lityumun plaseboya karşı hiçbir faydası gösterilememiştir (90).

Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda çocuklarda görülen şiddetli irritabilitede SSRI tedavisinin etkili olabileceğine dair dolaylı kanıtlar bulunmaktadır. Coccaro ve arkadaşlarının 2009 yılında yetişkinler üzerinde yapmış olduğu çift kör RKÇ'de aralıklı patlayıcı bozukluk tanısı konmuş hastalarda fluoksetin ve plasebo karşılaştırılmış, fluoksetinin plaseboya göre irritabilite ve saldırganlık davranışını azalttığı görülmüştür (91). Benzer olarak SSRI'lar ve trisiklik antidepressanlar (TSA) ile tedavi edilen depresyon hastalarında öfke ataklarının azaldığı gözlenmiştir (92).

ADDDB hasta grubunda metilfenidat ve plasebonun, metilfenidat ve sitalopram ile karşılaştırıldığı bir RKÇ'de metilfenidatın hastaların aşırı uyarılma semptomlarında güçlü şekilde, öfke patlamaları üzerinde orta düzeyde etkili olduğu ancak öfke patlamaları arasındaki sinirli ruh halinde faydalı olmadığı gözlenmiştir. Bu çalışmada hem SSRI'lara hem de plaseboya verilen yanıt büyüklüğü, depresyon ve anksiyete bozukluğu araştırmalarıyla karşılaştırıldığında daha düşük gözlenmiştir. Çalışmada açık etiketli metilfenidat kullanan hastalar plasebo ve sitalopram gruplarına randomize edilip 8 hafta boyunca irritabilite düzeyleri ve işlevsellikleri açısından izlenmiştir. Metilfenidat ve sitalopram alan gruptaki hastaların plasebo grubuna göre aşırı uyarılma ve öfke patlamaları semptomlarında önemli derecede düzelme gösterdikleri gözlenmiş ancak çalışmada genel işlevsellik düzeyini yansıtan Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği'ne (The Children's Global Assessment Scale- CGAS) bakıldığında genel işlevsellik düzeylerinde farklılık gözlenmemiştir (93). Connor ve arkadaşlarının yürüttüğü bir metaanalizde stimülan ilaçların DEHB'li gençlerde de saldırgan davranışların azalmasında orta ile büyük etki büyüklüğünde faydalı olduğunu göstermişlerdir (94).

Atipik antipsikotik ilaçlar irritabilitenin tedavisinde otizm tanısı varlığında ABD Gıda ve İlaç İdaresi'nden (FDA) onay almış tek farmakolojik ajanlardır (95,96). Yapılan bir çalışmada ADDDB tanısı konmuş otizm tanısı olmayan gençlerde risperidonun etkisi incelenmiş ve irritabilite üzerinde önemli azalmalar sağladığı görülmüştür (97). Bununla birlikte, atipik antipsikotiklerin çocuklar ve gençler üzerinde iyi bilinen yan etki yükü göz önünde bulundurulduğunda irritabilite şikayetiyle başvuran çocuklarda kullanımını

araştırmak için ek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. İlaç tedavilerinin önemli yan etkileri ve çevresel koşulların iritabilite üzerine olan etkileri göz önünde bulundurulduğunda gençler için etkili psikolojik müdahale tedavilerine ihtiyaç duyulduğu görölmektedir.

İritabilite ile ilişkili klinik tanılar için geliştirilmiş çeşitli müdahale programları bulunmaktadır ve ADDB hasta grubunda ön çalışmalar yapılmıştır (98). Bu psikolojik müdahale programlarından en önemli ikisi ebeveyn yönetimi eğitimi (EYE) (parent management training) ve bilişsel davranışçı terapidir (BDT). EYE büyük ölçüde Petterson ve arkadaşlarının ebeveyn ocuk etkileşim çalışmalarından elde edilen davranışsal bir tedavi yöntemidir (99). EYE’de ebeveynlere çocukların olumlu davranışlarını güçlendirmeleri, övgü veya ödöl vererek pekiştirmeleri, meydan okuma ve öfke patlamaları gibi uyumsuz davranışlarını ise tutarlı davranışlarla cevaplamaları öğretilir. İlk oturumlarda olumlu davranış, övgü veya ödöl ile pekiştirilir ve olumlu davranışları arttırmaya yönelik çalışmalara öncelik verilir. İlerleyen seanslarda ise aktif görmezden gelme, mola verme veya sorunlu davranışlar için pekiştirici olmayan sonuçlardan yararlanma üzerine eğitim verilir. EYE boyunca ebeveynler çocuklarının davranışları karşısında daha tutarlı olmayı ve çocuğun davranışına ilişkin sonuçları uygulamayı öğrenirler. Davranışsal ve nöral bulgular göz önüne alındığında iritabl ocuk ve gençler ödöl olasılıklarını öğrenmede zorluk yaşarken (100), ödöller ve engellenen hedeflere karşı daha duyarlıdırlar (28). Tutarsız ebeveyn yanıtları ise bu zorlukları güçlendirir (100,101) ve bunlara karşılık gelen striatal, frontal ve limbik sistem bozukluklarını sergilemeye aracı olur (28,100).

Ebeveynlerle yürütölen EYE’nin aksine BDT doğrudan çocukla çalışmayı içeren bir tedavi modalitesidir. Öfke ve saldırganlık sorunları olan ocuk ve gençlerde etkili olduğu gösterilmiştir. Tedavi sırasında ocuk öfke yaratan durumlarda oluşan uyumsuz bilişi ve bununla ilişkili davranışsal tepkileri kontrol etmeyi öğrenir. BDT’de yıkıcı davranışlara yönelik kullanılan bilişsel becerilerin çoğu Dodge ve arkadaşlarının sosyal bilgi işleme modeline dayanmaktadır (102). Bu modelde çocukların sosyal yanıtları işlememesi için başkalarının sosyal ipuçlarını kodlaması, yorumlaması ve sonrasında sosyal davranışa uygun yanıtı araması, yanıtlardan birini seçmesi ve canlandırması gerekmektedir. Bu süreçte bulunan adımların birinde ya da birkaçında bulunan işlev

bozukluğunun öfke ve saldırgan davranışların oluşma riskini arttırdığı teorize edilmiştir. ADDB ve YDDB tanılarının da bu modelle uyumlu olabileceği yani iritabl çocuk ve gençlerin yüz ifadelerini yanlış yorumlama, belirsiz ve nötr yüz ifadelerini tehdit edici olarak algılama olasılığı sağlıklı çocuklara göre daha yüksek bulunmuştur (103,104). BDT’de öfkeli ve saldırgan gençlere, bu duruma yol açan sosyal durumları yorumlamakla birlikte, uygun ve uyumlu yanıtlar vermek için yeni yollar öğretir.

YDDB tanısının DSM-5’te yer almasının ardından, özellikle çocuk ve ergenlerde davranış sorunlarının tedavisinde psikotrop ilaç kullanımının artışı endişeler nedeniyle belirli bir eleştiri aldı. İkinci kuşak antipsikotiklerde ekstrapiramidal semptom riski düşük olsa da genç hastaları tedavi ederken bu durum akılda tutulmalıdır. Çocuk ve ergenlerde yıkıcı davranışlar ve saldırganlık olduğunda hangi psikotrop ilaç sınıflarının güvenli ve etkili olduğunu daha iyi tanımlayabilmek için YDDB tanı kriterlerini sağlayan hastalarda daha geniş örneklerde, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

2.4. Majör Depresif Bozukluk

2.4.1. Giriş

Depresif bozukluklar çocuk ve ergenlerde en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasındadır. Herhangi bir zamanda, dünya çapındaki gençlerin yaklaşık %3’ünün depresif bozukluğa sahip olduğu bildirilmektedir (105). Depresyon kendisini eşik altı belirtilerden şiddetli belirtilere kadar gösterebilir. Nadir görülse de psikotik belirtilerin eşlik ettiği klinik tablolara da rastlanır (3). Genel olarak gençlerde görülen depresyon kliniği yetişkinlerdekine benzese de çocuklarda tanıyı zorlaştıran bazı gelişimsel farklılıklar gözlenebilir. Örneğin, okul öncesi çocuklarda bakım verenler tarafından gözlemlenen eğlenceli oyunların yokluğu belirgin bir işaret olabilirken, okul çağındaki çocuklarda iritabilite, öfke nöbetleri, düşük hayal kırıklığı toleransı, somatik belirtiler baskın olabilir. Ergenlerde ise üzgün ruh hali, intihar düşünceleri kliniğe başvuru sebebi olarak gözlenebilir (106).

MDB, DSM-5'teki tanımına göre epizodiktir ve hastalığın başlangıcından önceki duruma göre işlevselliği belirgin olarak bozar. MDB epizodlarının ortalama süresinin toplum örnekleminde 1-2 ay, klinik örnekleminde ise yaklaşık 8 ay olduğu tahmin edilmektedir (107). MDB vakalarının yaklaşık %10'u kronikleşir ve kronik hale gelmesinin altında eşlik eden anksiyete bozukluğu, kişilik bozuklukları, madde kullanımı gibi etkenler yer alabilir (3). Yineleyen depresif bozukluk tanısı konan hastalarda hastalık süresinin yaklaşık 3-4 yıl olduğu tahmin edilmektedir (107). MDB tekrarlama olasılığı yüksek bir tanıdır. Ergenlerde nüks oranlarının 1-2 yıl içerisinde %20 ile %60 arasında ve 5 yıl içerisinde %70 oranında olduğu tahmin edilmektedir (107). Genel olarak şiddetli, tekrarlayan atakların olması, komorbidite, olumsuz bilişsel tarz, aile işlev bozuklukları, devam eden stresli, travmatik olaylara maruziyet kötü sonuçlarla ilişkilidir (107). Ergenlik öncesi başlayan depresyonda, bipolar bozukluk riski %10-20 civarındadır. Antidepresan kullanımı sonrası ortaya çıkan ya da spontan hipomani varlığında, psikotik özellikler ve hipersomni öyküsünün eşlik ettiği durumlarda ve ailede bipolar bozukluk hikayesi olan hastalarda bu riskin daha yüksek olduğu görülmüştür (108).

Genetik faktörler depresyonun gelişiminde önemli bir rol taşır, %40-60 oranında kalıtsallık olduğu çalışmalarda gözlenmiştir (70,109) ancak kesin biyolojik mekanizmalar halen belirsizliğini korumaya devam etmektedir (110).

Potansiyel olarak depresyon yapıcı psikolojik faktörler güvensiz bağlanma, olumsuz bilişler, zor mizaç, öğrenilmiş çaresizlik gibi birçok karmaşık gelişimsel, psikolojik, biyodavranışsal etkileşimleri de içeren geniş bir yelpazeden oluşur (111–113).

2.4.2. Klinik Prezantasyon ve Tanı

DSM-5'te sekiz depresif bozukluk için tanı kriterleri verilmiştir. Bu bozuklukların ortak özellikleri, bireyin başa çıkma ve işlevsellik kapasitesini ciddi şekilde etkileyen bedensel, bilişsel ve davranışsal değişikliklerin eşlik ettiği üzgün veya sinirli duygudurumdur. DSM-5'e göre MDB her ne kadar çoğu daha uzun sürse de en az 2 haftadır süren, depresif ruh hali, ilgi/zevk ve biliş değişiklikleriyle karakterize edilen yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Tanı anhedoni ve depresif duygudurumdan en az

birinin varlığına ek olarak iştahta artma ya da azalma, uyku miktarında artış ya da azalış, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, enerji azalması, dikkat ve konsantrasyonda azalma, değersizlik ve suçluluk düşünceleri, ölüm düşünceleri gibi depresyonun ek belirtilerinden en az dördünün varlığında konmaktadır (3). Kilo alma ve intihar eğilimi dışında, MDB kriterlerinin sağlanması için semptomların günün büyük bölümünde, hemen hemen her gün mevcut olması ve klinik açıdan anlamlı sıkıntı ve işlevsellik kaybına sebep olması beklenmektedir. İlk ortaya çıkış şikayeti veya ana şikayet değişken olabilmektedir. Bazı gençler üzgün veya sinirli bir ruh hali ile, bazıları boşluk hissi veya can sıkıntısı ile, bazıları da bedensel şikayetler, sosyal geri çekilme, kendini suçlama, dikkat dağınıklığı, düşük okul performansı ile başvurabilir. Enerji azalması, yorgunluk ve bitkinlik yaygındır, özbakım azalabilir. İntihar eğilimi gencin ölmesinin başkalarının iyiliğine olacağını düşünmesinden, yineleyen intihar düşüncelerine, intihar niyetine, planına ve girişimine kadar uzanabilir (114).

Kronik depresyon tanımı en az 12 aydır depresyon kriterlerini sağlayan hastalar için kullanılır. DSM-5'te yer alan diğer tanımlanmış depresif bozukluk terimi ise 2 haftadan daha kısa süren depresif belirtileri ya da gerekenden az sağlanan depresyon kriterleri olan hastalar için kullanılabilir (114).

2.4.3. Epidemiyoloji

Çocuklarda depresyonun yaygınlığı çoğu çalışmada %1'in altındadır ve cinsiyet farklılığı yoktur ancak ergenlik dönemi boyunca prevalans artar (115). Ergenlik sosyal, bilişsel ve biyolojik değişimlerle karakterize edilen bir gelişim dönemi olduğu için ergenlik sonrası depresyon oranlarındaki artış birçok sebeple açıklanabilir. En yaygın olarak kabul edilen görüşler; ergenlik döneminde beyin ve bilişsel olgunlaşma olması, kişisel farkındalığın artması, ödül ve tehlikeye verilen tepkilerle ilgili değişiklik ve özellikle kızlarda bildirilen stres düzeylerinde artış yer almaktadır (116–118).

Orta ile geç ergenlik döneminde ortalama 12 aylık prevalans tahminleri kabaca yetişkinlik döneminde görülenlere benzer şekilde %4-5 civarındadır (119). Depresyonun

kümülatif olasılığı erken ergenlik döneminde yaklaşık %5'ten %20'ye kadar yükselmektedir (120).

Toplum temelli yapılan çalışmalarda ruh sağlığı hizmet kalıpları ülkeler arasında çok fazla farklılık gösterdiği için kliniğe yönlendirilen örneklerin karşılaştırılması anlamlı değildir. Her ne kadar bazı araştırmacılar düşük ve orta gelirli ülkelerdeki ergenlerde depresyon oranlarının daha yüksek olduğunu öne sürse de bu tür sistematik farklılıklara dair tutarlı bir kanıt mevcut değildir (121,122).

En sağlam epidemiyolojik bulgulardan biri, ergenlik döneminden sonra ergenlerde depresyonun yaygınlığında 2:1 oranında güçlü bir kız üstünlüğün ortaya çıkmasıdır (123). Etkilenen kızların oranı hem klinik örneklerde hem de epidemiyolojik çalışmalarda gösterilmiştir. Ergenlik sonrası başlayan bu cinsiyet farklılığının nedenleri tam olarak anlaşılammakla birlikte ergenlik depresyonunun kronolojik yaştan ziyade kadın hormonal değişiklikleriyle daha fazla ilişkili olduğu düşünülmektedir (124).

Taksonomi ve değerlendirme yöntemlerindeki farklılıklar, ergenlerde depresif bozukluğun gerçek yaygınlığının zaman içinde değişip değişmediğine ilişkin güçlü sonuçlara varılmasını önlemektedir. Birçok ülkede depresyonun tanınması, tedavisi ve tedavi sürecinin yönetimi gelişmiştir (125). Toplum ve klinik temelli çalışmalar, ergenlerdeki depresyon epizodlarının %40-60'ının bir yıl içerisinde düzeldiğini göstermektedir. Ancak düzelen vakaların yaklaşık %50-70'inin daha sonraki 5 yıllık dönemde tekrar depresif bozukluk geliştirdiği görülmüştür (126). Kliniğe sevk edilen hastaların toplum içinde tedavi edilenlere göre daha az iyi durumda olduğu ve yetişkinlerde az sayıda kişinin depresif epizodlar arasında tam işlevsel olabildiği bir iyileşme dönemi içerisinde olduğu gözlenmiştir. Çoğu vakada rezidüel semptomların görüldüğü ve tanıyı sağlamasa da bazı semptomların süre geldiği bildirilmiştir (127).

2.4.4. Etiyoloji ve Risk Faktörleri

Hastalığın klinik görünümünün geniş bir spektrumda olması ergenlerde depresyonun patogenezi anlamayı zorlaştırır. Diğer yaygın birçok sağlık sorunu gibi, çeşitli risk faktörlerinin etkileşime girmesi depresyon riskini olası olmayan bir şekilde

arttırır. Herhangi bir risk faktörünün katkısını tek başına değerlendirmek ve maruz kalmanın riskli olduğunu belirtebilmek, kompleks bireysel, ailesel ve sosyal faktörler nedeniyle zordur. Kalıtsal faktörler ve erken dönemde yaşanan olumsuz yaşam olayları doğrudan ve dolaylı olarak depresyona zemin hazırlayabilir. Bu tür risk faktörlerinin aracılığıyla olumsuz duygusallık, dikkat kontrolü, davranışsal ketleme ve nevroz gibi faktörleri de içine alan mizaç ve kişilik özellikleri olabilir (128). Ancak depresyonun aracılığıyla düşünülen risk faktörlerinin depresyonun risk faktörleri olup olmadığını belirleyecek tutarlı kanıtlar yetersizdir.

Depresyon tanısı konmuş ebeveynlerin çocuklarında depresyon görülme oranları sağlıklı ebeveynlerin çocukları ile karşılaştırıldıklarında üç ile dört kat daha fazladır. Hem genler hem de kalıtsal olmayan faktörler bu riske doğrudan katkıda bulunur (129,130). Maternal depresyonun, çocuklarda depresyon görülme riskini arttırdığı düşünülse de annesiyle benzer genetik yapıya sahip olmayan çocuklarla yapılan uzunlamasına araştırmalar maternal depresyonun risk etkilerinin daha sonra devam eden semptomlarına, tedavi denemelerine ve psikososyal olumsuzlukların devamına bağlamaktadır (131–133). Babanın ruh sağlığının önemi anlaşılmalıysa da depresyonun ergenlik dönemi üzerindeki uzun vadeli etkileri henüz araştırılmamıştır (134).

Kalıtsal faktörler de depresyon gelişimi üzerinde rol oynar. İkiz çalışmalarının çoğunda depresyonun çocukluktan geç ergenliğe kadar kalıtım derecesinin giderek artarak yaklaşık %30-50 oranında rol oynadığını göstermektedir (109).

Birçok çalışma akut stresli olaylara, akran zorbalığı, ihmal, yoksulluk, fiziksel hastalıklar gibi kronik olumsuz yaşam olaylarına maruziyet şeklinde olumsuz çevresel faktörlerin depresyonun ortaya çıkmasıyla ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bu maruziyetler her zaman depresyonun ortaya çıkmasına sebep olmasa da genetik riski yüksek olan kişilerin daha duyarlı oldukları görülmüştür (135). Stresli yaşam olayları, tekrarlayan depresyon epizodlarından çok depresyonun başlangıcıyla daha güçlü etkileşim içerisindedir (136).

2.4.5. Seyir ve Sonlanım

Depresif dönemlerin süresi topluluk örneklemi için 3 ile 6 ay arasındayken kliniğe sevk edilen örnekte ise 5 ile 8 ay arasındadır (137). İlk atak sonrası tekrarlayan depresyon riski ilk 2 yıl içinde %30-%70 arasında değişmektedir. Kronik depresyonu, komorbiditesi ve aile çatışması olanlarda ise bu oran daha yüksektir (138). Erken başlangıçlı depresyonda bipolar bozukluk riskinin %10-20 civarında olduğu tahmin edilmektedir (108). Tedaviye yanıt olarak hipomani görülen, kliniğinde psikotik özellikler ve hipersomni bulunan ve ailede bipolar bozukluk öyküsü olan hastalarda ise risk artmaktadır (108). Depresyon tanılı gençlerde intihar davranışı sık görülen bir sekeldir, depresyonu olmayan gençlerle karşılaştırıldığında intihar nedeniyle ölüm oranı en az 10 kat daha yüksektir (139). Depresif gençlerde intihar davranışı riskini arttıran faktörler arasında kronik ve şiddetli depresyon, intihar girişimi öyküsü, intihar amaçlı olmayan kendine zarar verme davranışları, uykusuzluk, komorbid anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, davranım bozukluğu olması bulunur (139,140).

2.4.6. Değerlendirme ve Ayırıcı Tanı

Tanısal değerlendirme, depresif bozukluğun tedavisi için temel bir önkoşuldur. Bir çocuk veya ergenin mevcut psikiyatrik terminolojiye uygun olarak tanısal değerlendirmesini yürütmek için uzmanlaşmış klinik eğitim, öğretim ve deneyim gereklidir. Tanısal bir değerlendirme semptomları tanımlarken; semptom sıklığı, şiddeti, başlangıcı ve süresi; ilişkili sıkıntı ve işlevsel bozulmanın derecesi, gelişimsel sapmalar ve fiziksel belirtilerin yanı sıra semptomların oluşumunda rol alan, zemin hazırlayan, hızlandıran, sürdüren ve koruyan faktörleri incelemeyi de içerir (3).

Depresyona yönelik tanısal görüşme, gelişimsel ve klinik olarak endike olduğu üzere ebeveyni/vasiyi ve hastayı ayrı ayrı ya da birlikte veya her ikisini de içerir. Hastayla görüşme, yaşa uygun doğrudan, dolaylı sorular sorma, etkileşimli ve projektif teknikleri kullanma gibi çoklu değerlendirme tekniklerini uygulayabilecek, gelişimsel olarak hassas bir yaklaşım gerektirir. Aile değerlendirmesi, depresyona karşı genetik hassasiyetleri ve çevresel tetikleyicileri ortaya çıkarabilir. Ebeveynlik tarzları ve davranışlarına ilişkin

gözlemleri ve potansiyel olarak semptomlara katkıda bulunan veya koruyan faktörleri tanımlayabilir (141). Diğer aile üyeleri, öğretmenler, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan klinisyenler, çocuk koruma kurumlarında çalışan görevliler, eski kayıtlar, ölçekler gibi yardımcı kaynaklardan alınan bilgiler tanılama sürecine derinlik ve genişlik katabilir.

Klinisyenler tanısal değerlendirmeyi hem çocuğun hem de ebeveynlerin yetkin olduğu dilde yapmalıdır çünkü uygun dil yeteneği veya tercüman desteğinin olmayışı, yanlış teşhis ve olumsuz klinik sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (142).

Depresif belirtileri değerlendirirken, mevcut hastalığın öyküsünün temel amacı belirli bir depresif bozukluk için tanı kriterlerinin karşılanıp karşılanmadığının belirlenmesi ve semptoma ilişkin alternatif açıklamaları ve tanıları dışlamaktır. Ek olarak önceki depresyon belirtilerinin karakteristik özellikleri, önceki tedavilere verilen yanıt, mevcut tedavi seçimine ışık tutabilir. Hipotiroidizm, mononükleoz, kronik yorgunluk sendromu, migren, epilepsi, astım, inflamatuvar bağırsak hastalığı ve bazı kanserler depresyonla ilişkili tıbbi durumlar arasındadır. Her ne kadar şüpheli bir depresif bozukluğun değerlendirilmesinde laboratuvar testleri rutin olmasa da tıbbi bir durumun belirtilerinin önerdiği durumlarda laboratuvar testleri düşünülmelidir. Baş ağrısı, ishal, ağrı, yorgunluk gibi spesifik somatik semptomlarla başvuran gençler için bu semptomların doğası ve şiddeti başlangıçta araştırılmalı ve belgelenmelidir. Depresif semptomlara neden olabilecek ilaçlar arasında narkotik analjezikler, kemoterapi ajanları, kardiyovasküler ilaçlar, kortikosteroidler, immünsüpresanlar ve oral kontraseptifler yer almaktadır. Hastanın kullandığı ilaçların öğrenilmesi depresif bozukluk için klinik öykü alırken değerlendirmenin rutin bir parçası olarak düşünülmelidir.

Sınıflandırma sistemlerinde depresif belirtilerle ve buna bağlı işlev kaybıyla giden iki tanı uyum bozukluğu ve distimik bozukluktur. Bu bozuklukların geçerliliği ve tedavisine ilişkin araştırmalar seyrek. Uyum bozukluğu kısa sürelidir, bir stres etkiyle karşılaşma sonrası 3 ay içerisinde başlar ve stres etkeninin ortadan kalkmasıyla 6 aydan kısa sürede sonlanır. Distimik bozukluk ise çoğu gün, günün çoğunda görülen ve minimum düzeyde olan kronik depresyon belirtilerini tanımlar. Çocuklar ve ergenler için semptomların en az 1 yıl süresince devam etmesi önemlidir. Bazen distimik bozukluk

tanısı konmuş hastalarda, mevcut semptomların üzerine majör depresyon epizodlarının eklendiği gözlenebilir.

Her ne kadar bipolar bozukluk ve şizofreni çocuk ve ergenlerde çok daha az yaygın olarak görülen iki hastalık olsa da ayırıcı tanıda hatırlanması gerekir. Her iki bozukluğun öncesinde depresyon ya da depresif belirtiler eşlik edebilir. Ancak bipolar bozukluk depresyonda ortaya çıkmayan epizodik irritabl, coşkulu duygudurum veya enerjide artış gibi başka semptomlara da sahiptir. Tedavi algoritmaları üç hastalık için de birbirinden farklıdır. Bipolar bozukluk tanısı konmuş hastalarda da depresyon hastalarındaki gibi sinirlilik, ajitasyon ortaya çıkabilir. Kronik sinirlilik, ajitasyon ise bipolar bozuklukta değil YDDDB’de beklenen bir bulgudur ve gelecekteki depresyon için bir öngörücü olabilir (53).

Depresyonu olan çocuk ve ergenlerin en az üçte ikisinde eşlik eden psikiyatrik bir bozukluk bulunurken %10-15’inde ise iki veya daha fazla eşlik eden hastalık vardır (143). Depresyon tanısı konmuş ergenlerin depresyonu olmayanlarla karşılaştırılması sonucunda kaygı bozukluğu görülme oranı 6-12 kat, yıkıcı davranış bozukluğu görülme oranı 4-11 kat ve madde kullanım bozukluğu görülme oranları 3-6 kat artmıştır (119). Depresyon aynı zamanda yeme bozuklukları, OSB ve DEHB’yi de daha kompleks hale getirebilir.

Depresyonla birlikte görülen psikiyatrik hastalıklar; şiddetli depresyon görülmesi, ciddi işlevsellik sorunlarının yaşanması, kötü uzun dönem sonuçları ve komplike tedavi süreçleriyle de ilişkilidir (144).

2.4.7. Tedavi

Ergenlerde depresyon ve depresyonla ilişkili zorluklar, tedavi hizmetleri üzerindeki yükün giderek artan bölümünü oluşturmaktadır. Çocuk ve ergenlerin depresyonuna yönelik tedavi araştırmaları 1980’lerin sonlarına kadar uzanır (145). Yetişkinlerde depresyon belirtilerine yönelik geliştirilmiş ölçüm araçları çocuk ve ergenlerde işlevselliği bozan bozuklukların tespiti için gelişimsel olarak uyarlanmıştır (146).

Depresyon tedavisi temel olarak üç aşamaya ayrılır; akut tedavi, konsolidasyon tedavisi ve devam tedavisi. Akut tedavi depresyonun ilk 2-3 ayında uygulanan tedavidir ve amacı genellikle depresif belirtilerde en az %50'lik bir azalmaya ulaşmaktır. Konsolidasyon tedavisi sonraki 3-6 ayda uygulanan tedavidir. Akut dönemde uygulanan tedaviye devam edilmesi ya da remisyona ulaşabilmek için tedavinin geriye kalan semptomlarını tedavi edebilmek için düzenlenmiş halini içerir. Tedavinin türü ve yoğunluğu depresyonun şiddetine bağlı olarak değişebilir. Devam tedavisi ise tedavinin en 12 aya tamamlandığı dönemi tanımlar.

Hafif depresyonlu birçok hasta yalnızca değerlendirme ve eğitime yanıt verirken orta ve şiddetli düzeylerde depresyonu olan hastalar için kanıta dayalı tedaviler bilişsel davranışçı terapi (BDT), antidepresan ilaç tedavisi, kişilerarası psikoterapi veya ilaç-psikoterapi kombinasyonlarıdır (107).

BDT ortalama 8-16 seans süren, depresif duyguduruma yol açabilecek bilişsel çarpıklıkları tanımlamaya, davranışsal aktivasyona, problem çözme davranışına ve duygu düzenleme becerilerine odaklanan depresyonun yönetilmesine yardımcı olan bir terapi modalitesidir. Davranışsal aktivasyon, hastanın keyif almasını sağlayan muhtemel etkinlikleri belirlemesine, bunlara katılmasına ve depresif belirtileri azaltmaya yardımcı olan bir tekniktir. Weisz ve arkadaşlarının yaptıkları metaanalizde BDT'nin alternatif tedavilere göre depresyon üzerine küçük ile orta derecede bir etki gösterdiği gözlenmiştir (147). March ve arkadaşlarının 439 depresif ergen üzerinde yaptıkları çalışmada fluoksetin, BDT ve BDT+fluoksetin tedavisi karşılaştırılmıştır. 12 hafta süren çalışmada BDT'nin hem sadece fluoksetin alan gruptan hem de fluoksetin+BDT alan gruptan daha düşük etkinlik gösterdiği gözlenmiştir (148). BDT, bilişsel çarpıtmaları tanımlayarak ve düzelterek depresyon üzerine olumlu etkiler yaratmaktadır ancak doğal bir izlem çalışmasında buna ek olarak sosyal beceri ve problem çözme becerisi eğitimlerinin de BDT'de aktif bileşenler olarak rol aldığını göstermektedir (149,150). Daha yüksek komorbiditesi bulunan ya da bilişsel çarpıtmaların yoğun gözlendiği hastalarda BDT tek başına ya da ilaçla kombinasyon şeklinde diğer psikoterapilerden ya da ilaç monoterapisinden daha iyi performans göstermektedir. Bununla birlikte istismar öyküsü,

ebeveyn depresyonu mevcut olan hastalarda BDT kullanımı, alternatif tedavilerden iyi değildir ve bazen daha kötüdür (151,152).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) hem çocuk hem de yetişkinlerde en sık kullanılan antidepresan ilaç grubudur. Depresyon tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin tedavi sürecinde medikal tedavi seçilirken öncelikle FDA onayı olan SSRI tedavi seçenekleri değerlendirilmelidir. Depresyon tedavisinde 8 yaş ve üzeri çocuk ve ergenlerde fluoksetin, 12 yaş üzeri çocuk ve ergenlerde ise essitalopram FDA onayı olan ilk seçenek antidepresan ilaçlardır. FDA onayı sadece birkaç antidepresan ilaçta olsa da spesifik hastalıklara ve durumlara yönelik yapılan randomize kontrollü çalışmalar tedaviler konusunda yol gösterici olmaktadır (153,154).

Kişilerarası terapi depresyonu kayıp, rol çatışması ve kişilerarası uyumsuzlukla kavramlaştırır. Kişilerarası problem çözme becerilerini öğretmek, işlevsiz iletişim ve ilişki kalıplarını değiştirmeye yardımcı olarak kişilerarası çatışmaların azalmasına yardımcı olmayı hedefler. Ergenler için uygulanan kişilerarası terapinin modifikasyonunda ebeveyn-çocuk ikili oturumları ebeveynle çocuğun arasındaki çatışmanın hafifletilmesine odaklanır. Klinik çalışmalarda kişilerarası terapi 10-16 seansta uygulanmış ve destekleyici görüşme ve olağan bakımdan daha iyi performans göstermiştir (155). Bu terapi kişilerarası işlevleri zayıf, ebeveynleriyle yüksek düzeyde çatışan, depresif belirtileri şiddetli ve eşlik eden kaygı bozukluğu olan ergenlerde olağan klinik bakımla karşılaştırıldığında daha etkili bulunmuştur (156,157).

2.5. Çocuklarda Mizaç Özellikleri

Mizaç çocuk ve ergenlerin çeşitli uyaranlara ve olaylara karşı yanıt olarak sergilediği davranış tarzı olarak kabul edilir. Bazıları mizacın gelişim boyunca istikrarlı olduğunu ve kişiliğe yansiyebileceğini öne sürse de ampirik kanıtlar yalnızca orta seviyede bir kararlılık göstermektedir (21). Kişilik aynı zamanda benliğin yönlerine, davranış kalıplarına, duygulara ve bilişlere de odaklanır. Mizaç ve kişiliğin birçok ortak noktası olsa da temel yönlerden farklılık gösterirler (158). Mizacın kökeni genetik ve çevresel faktörlerin de etkilediği biyolojik temellere dayanan bireysel farklılıklarken

kişiliğin ise gelişim boyunca ailenin, arkadaşların ve bağlamların biriken etkilerinin bir yansıması olduğu düşünülmektedir. Mizaç yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkar, yenidoğan döneminde bile belirgin olan, yürümeden okul öncesi döneme kadar etkilerinin gözlendiği doğuştan gelen olarak tanımlanan davranışlarda kendisini gösterir. Kişilik ise yetişkinlikte öğrenilen süreçleri de kapsar ve yaşamın ilerleyen dönemlerinde ortaya çıkar (6).

Farklı araştırmacılar mizacı farklı yönlerden ele almıştır. Mizaç çalışmalarına yön veren başlıca yazarlar Alexander Thomas, Stella Chess, Mary Rothbart, Jerome Kagan'dır.

Alexander Thomas ve Stella Chess erken çocukluk döneminde takip çalışmalarıyla çocukların gelişimini izlemişlerdir. Bebeklik döneminde yaptıkları gözlemleri sonucunda dokuz mizaç boyutuna göre düzenleyerek üç ama mizaç grubunu oluşturmuşlar; kolay, zor ve yavaş ısınan. Bu üç mizaç grubunun zaman içerisinde sabit kaldığı iddiasında bulunmuşlardır. Thomas ve Chess asıl olarak ebeveyn çocuk ilişkisine odaklanmışlardır. Bir bebeğin mizaç özellikleri ve çevresi arasında bir eşleşme olduğunda olumlu gelişimsel sonuçların ortaya çıkma ihtimalinin daha yüksek olduğunu öne sürmüşlerdir ve bu durum için 'uyum iyiliği' ifadesini icat etmişlerdir (159). Bununla birlikte ebeveynlik davranışı veya ebeveyn beklentileri ile çocuğun mizacı arasında çatışma veya uyumsuzluk olduğunda çocuk davranışsal sorunlar açısından risk altındadır. Thomas ve Chess mizacın çocuk gelişimini anlarken kritik öneme sahip olduğunu öne sürmüşlerdir. Bununla birlikte ebeveynleri ve öğretmenleri bu farklılıkları tanıma ve farklı mizaca sahip çocukların çevre ile uyum içerisinde olmalarına yardımcı olmalarını sağlama konusunda teşvik etmişlerdir.

Mary Rothbart bebeklerin öncelikle duyuşsal uyarılara, özellikle de yeni ve yoğun uyarılara karşı tepkilerinde farklılık olduğunu savundu. Yanıt gecikmesi, yanıtın yoğunluğu ve süresini hem davranışsal hem de fizyolojik olarak değerlendirerek ölçtü. Tepkisellikteki farklılıklar bir bebeğin homeostazisini sürdürme yeteneğini etkilerken bebekler aynı zamanda ikinci bir temel mizaç bileşeni olan yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan kendini sakinleştirme ve tepkiselliği düzenleme yetenekleri konusunda da farklılık gösterirler. Yaşamın ilk aylarında bebekler uyarılarla yönlendirilen dışarıdan tepki veren bir dikkat sisteminden daha gönüllü bir yürütücü dikkat kontrolünün olduğu sisteme geçiş

yaparlar. Bu sayede çocuklar çatışmayı daha kolay çözebilir, tepkilerini esnek bir şekilde değiştirip uyarlayabilir ve bazı baskın davranışları, düşünceleri ve duyguları daha uygun şekilde yönlendirmeyi başarabilirler (160,161).

Jerome Kagan, kariyerinin büyük bir bölümünde bebek ve çocukların mizacındaki bireysel farklılıklar üzerine çalışmış bir araştırmacıdır. Mizaç alanındaki en büyük etkilerinden biri ‘davranışsal inhibisyon’ olarak bilinen mizaç türü üzerine yaptığı çalışmalardır (162). Kagan ve meslektaşları yeni yürümeye başlayan bazı çocukların alışılmadık uyaranlara ve bağlamlara karşı tetikte olduklarını belirlediler. Bu kişisel farklılıkların çocukluk ve ergenlik döneminde de devam ettiğini ve kişilik teorisyenlerinin tanımladığı nevrozluğun temelini oluşturduğu düşünülmektedir.

Cloninger’in oluşturduğu biyopsikolojik modelde iki majör kişilik alt bileşeni bulunmaktadır; karakter ve mizaç (163,164). Cloninger kişiliğin mizaç boyutunu yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat olmak üzere dört ana başlıkta açıklar. Mizaç özelliklerini genetik temellere dayandırır ve yaşam boyunca stabil kaldığını ifade eder (165,166). Yenilik arayışı, kişilerin heyecanlı, dürtüsel, araştırmacı ve çabuk öfkelenen özelliklerini tanımlar. Zarardan kaçınma, kişinin temkinli ve endişeli olma eğilimini tanımlar. Ödül bağımlılığı, önceden pekiştirilmiş olan davranışları sürdürmeyi, başkalarının onayına bağımlı olmayı tanımlar. Sebat ise ödül eksikliğine ve yorgunluğa rağmen davranışta ısrar etmeyi ve kalıcılığı tanımlar (164).

Karakter temel olarak sosyal öğrenmenin rol oynadığı yaşam deneyimleriyle oluşan hedefler ve değerler ile ilgili bireysel farklılıkları yansıtır. Karakterin alt boyutları kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşmadır. Karakterin alt boyutları zaman içerisinde olgulararak kişisel ve sosyal etkinlikleri etkileyen önemli bir unsur haline gelir. Karakter mizaç özelliklerine göre kültürel aktarımdan daha fazla etkilenir. Kendini yönetme, kişinin otonomisini, güvenilirliğini ve olgunluk konusundaki yetkinliğini tanımlar. İş birliği kişinin, destek olabilme, iş birliği yapabilme ve ortaklık gibi sosyal becerilere sahip olabilmesi ile ilişkilidir. Kendini aşma, maneviyat ve idealizme yönelik tutumu açıklar (164).

2.5.1. Mizacın Değerlendirilmesi

Mizacı değerlendirmenin en yaygın iki yöntemi davranış gözlemleri ve anket uygulamalarıdır. Yaşa göre düzenlenmiş anketler farklı ölçüm teknikleriyle ebeveynler, öğretmenler ve öz bildirim yoluyla elde edilen bilgilerle mizaç faktörlerini belirler. En yaygın kullanılan ölçekler arasında Bebek Davranışı Anketi-Revize (IBQ-R) (167), Yürümeye Başlayan Çocuk Davranışı Değerlendirmesi Anketi (TBAQ) (168) , Erken Çocukluk Davranış Anketi (ECBQ) (169), Çocuk Davranış Anketi (CBQ) (170) ve Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri (ÇMKE) (JTCl) (171) bulunur.

Cloninger ve arkadaşlarının oluşturduğu yetişkinler için kullanılan Mizaç ve Karakter Envanteri birçok çalışmada başarıyla kullanılmıştır. Yetişkinlerde kullanılan Mizaç ve Karakter Envanteri'nin 17 yaşın altında çocuk ve ergenlerde kullanılmasının daha az güvenilir olduğu bulunmuştur (172). Bu sebeple Luby ve ark. Cloninger'in kişilik modelini kullanarak MKE'nin çocuk ve ergenler için kullanılacak bir versiyonunu geliştirmiştir (172). ÇMKE 125 sorundan oluşan çocuk ve ergenin kendisinin doldurduğu bir öz bildirim mizaç anketidir. Değerlendirilmesinde yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı, sebat etme, kendini yönetme ve iş birliği olmak üzere altı mizaç alanı incelenmektedir. Köse ve ark. tarafından Türkçeye çevrilmiştir (173).

Mizaç anketlerinin hem avantajları hem de dezavantajları bulunmaktadır. Ebeveynlerden bilgi alınan mizaç anketlerinde ebeveynlerin çocuklarını birçok durumda gözlemlemesi ve kullanım kolaylığı avantajlarındandır (174). Dezavantajları arasında ise ebeveynlerin bireysel deneyimlerine veya anketlerin doldurulurken yanlış yorumlanmasına dayanan önyargıların ortaya çıkma potansiyeli bulunmaktadır (174). Davranışsal değerlendirmeler daha maliyetlidir ve daha yoğun emek gerektirir. Ayrıca ebeveyn mizaç raporları ile davranış gözlemleri arasındaki korelasyonlar düşük ve orta düzeyde bulunmuştur (174,175). Her iki ölçümün de avantajları ve dezavantajları olduğundan her ikisinin birleştirilerek kullanılması tek başlarına kullanılmalarına göre mizacı daha iyi yakalayabilir (174,176).

2.5.2. Mizacın YDDB ve MDB Tanıları ile İlişkisi

Dougherty ve arkadaşları 2017 yılında YDDB tanılı çocukların sonraki psikopatolojilerini öngören mizaç özelliklerini de içine alan olası nedenler üzerine çalışmışlardır. Uzunlamasına, toplum temelli yapılmış Stony Brook Mizaç Çalışması'ndan elde edilen verileri kullanarak 6 yaşında YDDB tanısı konmuş çocukları 9 yaşına kadar gözlemlemiş ve 9 yaşında YDDB tanı kriterlerini hala sağlayan çocuklarla tanı dışı kalmış çocuklar karşılaştırılmıştır. Çocukların mizaç özellikleri incelenirken ebeveynlerden Çocuk Davranış Anketi'ni (CBQ) (170) doldurmaları istenmiştir. Ölçek dürtüsellik, yüksek zevk düşkünlüğünü içeren aciliyet, öfke, hayal kırıklığını içeren olumsuz duygudurum ve uğraş gerektiren kontrol olmak üzere 3 temel bölümden oluşur. Çalışmada 6 yaşında YDDB tanısı konmuş çocuklardan hangilerinin 9 yaşında psikiyatrik tanı almasını yordayan 6 temel faktör bulunmuştur: Okul Öncesi Yaş Psikiyatrik Değerlendirilmesi (PAPA) dışsallaştırıcı semptomların yüksek olması ve işlevsel bozulma, CGAS skorlarının düşük olması, Çocuk Davranış Kontrol Listesi'nde (CBCL) inatçı/incitici davranışlarda yüksek puan alması, CBQ'da aciliyet ve olumsuz duygudurum puanlarının yüksek olması, annede hayat boyu depresyon öyküsü ve gözlemlenen olumsuz duygulanım.

ÇMKE kullanılan çalışmalarda dışsallaştırıcı psikopatolojiler yenilik arayışı mizaç özelliği ile, içselleştirici psikopatolojiler ise zarardan kaçınma mizaç özelliği ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkilendirilmiştir.

Zappitelli ve arkadaşları 2013 yılında 41 MDB hastası ve 40 sağlıklı hastayı dahil ettikleri ve hastaların mizaç özelliklerini Çocuklar için Mizaç Ölçeği'ni (JTIC) kullanarak karşılaştırdıkları bir çalışma yapmışlardır (177). Bu çalışmada MDB tanılı çocukların ödül bağımlılığı, istikrar, kendini yönetme, iş birliği yapmada sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük puanlar aldığı, zarardan kaçınma ve yenilik arayışında ise daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür (177).

Mizaç özelliklerinin, depresyon, kaygı bozuklukları, davranım bozukluğu ve DEHB gibi psikopatolojiler arasındaki ilişki farklı şekillerde görülmektedir (22). Avusturalya'da yapılan boylamsal bir çalışmada 4983 çocuk çalışmaya dahil edilmiş ve

4-5 yaşından 12-13 yaşına kadar izlenmiştir (22). Yüksek yaklaşma ve sosyallik daha yüksek davranım bozukluğu ve DEHB'yi ve daha düşük kaygı bozukluğunu öngörmüştür. Yüksek ısrar düzeyi ise yine davranım bozukluğu ve DEHB için öngörücü rol oynamaktadır. Bu çalışma erken dönemde uygulanan mizaç değerlendirmelerinin gelecek dönemdeki psikopatolojiler ön görme ve riskleri belirleme adına faydalı olabileceğini göstermektedir (22).

Literatürde psikopatoloji tanısı konmuş çocuk ve ergenin mizaç özellikleri ile ilişkisini inceleyen birçok çalışma bulunsa da YDDB tanısı konmuş hastaların mizaç özelliklerini inceleyen yayınlar kısıtlıdır. 541 ailenin 3-4 yaş aralığındaki çocuklarının dahil edildiği bir çalışmada olgular 6 yaşına kadar takip edilmiştir. Mizaç özellikleri olguların anne ve babasının doldurmuş olduğu çocuk davranış anketi ile değerlendirilmiştir. Yapılan psikiyatrik değerlendirme sonucunda YDDB tanısı konan ve konmayan çocuklar birbiriyle mizaç dahil olmak üzere çeşitli faktörler de karşılaştırılmıştır. Annelerin doldurduğu ölçekte YDDB tanısı konmuş çocukların konmamış çocuklara göre daha yüksek negatif duygusal tepkilere, daha yüksek dışadönüklük, enerji ve cesarete ve daha düşük dikkat ve çaba gerektiren kontrole sahip olduğu görülmüştür. Babaların doldurduğu ölçekler incelendiğinde de, YDDB tanılı çocuklar diğer gruba göre daha hareketli, cesur bulunurken dikkat ve çaba gerektiren kontrolü sağlama konusunda daha kötüdür (23).

Bu çalışmanın devamı niteliğinde yapılan çalışmada ise 3 yaşında irritabilite semptomları gösteren çocukların 12 ve 15 yaşlarında değerlendirilmesi sağlanmış ve erken dönemde görülen irritabilitenin ergenlik döneminde tanı konan psikopatolojilerle ilişkisi araştırılmıştır. Okul öncesi dönemde ortaya çıkan irritabilitenin ergenlik döneminde özgül fobi, sosyal fobi ve yaygın anksiyete bozukluğu gibi herhangi bir anksiyete bozukluğunu, DEHB'yi ve yıkıcı davranış bozuklukları ile ilişkili bulunurken, depresyon ile ilişkili bulunmamıştır (24).

2.6. Çocuklarda Uyku ve Bozuklukları

Beyin bebeklik döneminden itibaren uyanıklık ve uykunun farklı evreleri arasında karşılık gelen sinirsel aktivite aşamaları arasında geçiş yapar. Uyku, hızlı göz hareketlerinin görüldüğü REM uykusu ve non-REM (NREM) uykusu olarak iki ana kategoriye ayrılır. NREM uykusu da kendi içinde 4 aşamaya ayrılır: Aşama-1, uyanıklık ve uyku arasındaki geçiş dönemidir. Aşama-2, elektroensefalografide (EEG) uyku iğcikleri adı verilen ritmik aktivitelerin ve K kompleksi adı verilen yüksek voltajlı yavaş dalgaların görüldüğü dönemdir. Aşama-3 ve 4 ise yavaş dalga uykusu ya da delta uykusu olarak da adlandırılan en yavaş frekans aralığında yüksek voltajlı EEG aktivitesinden oluşan uykunun en derin dönemini oluşturur.

Uyku güvenli yer ve zamanlarda ortaya çıkma eğilimindedir. Uyku ve uyanıklık rekabet içerisinde olan bir sistemi temsil eder çünkü uyku aslında farkındalığın ve dış çevreye verilen tepkilerin kapatılmasıdır (178). Dolayısıyla kaygı durumlarında uykunun bozulması doğaldır.

Yetişkinlerde yapılan çalışmalarda uyku bozukluklarının ertesi gün duygu düzenlemeyi ve uygun duygusal tepki vermeyi zayıflattığına dair güçlü kanıtlar vardır (179). Benzer bulgular ergenler arasında da gözlenir (180,181). Silk ve arkadaşlarının 2007 yılında MDB tanısı açısından yüksek riske sahip çocuklar üzerinde yaptıkları çalışmada daha yüksek oranlarda bulunan yavaş dalga uykusunun depresyon gelişimine karşı koruyucu rolü olduğu bulunmuştur (182).

Çalışmalarda uykusuz kalan katılımcıların uyku yoksunluğu koşulları altında anı oluşturma becerilerinde %40'lık bir azalma görülmüştür (183). Uyku kalitesinin, özellikle de uykunun 3 ve 4. aşamalarının kalitesinin deneysel olarak artırılmasının duygusal olmayan anıların uzun süreli tutulması üzerine güçlendirme etkileri olduğu görülmüştür (184). Bebeklik döneminde ortaya çıkan ancak tedavi edilmeyen uyku bozukluklarının okul yıllarında da devam ettiği ve kronik hale geldiği bilinmektedir (185).

Uykusuzluğun depresyon riskini arttıran bağımsız bir faktör olduğu çalışmalarda gösterilmiştir. Örneğin Johnson ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları 1014 ergenin

dahil edildiği bir çalışmada birincil uykusuzluğun sonraki depresyonu önemli ölçüde öngördüğü ancak birincil depresyonun uykusuzluğu öngörmediği bulunmuştur (186). Danielsson ve arkadaşları da 2012 yılında 16-18 yaş arasındaki 1760 lise öğrencisinin katıldığı bir araştırmada uyku bozukluklarının 1 yıl sonraki depresif belirtileri öngördüğü bulgusunu tekrarlamıştır (187).

Uyku bozuklukları gece ve gündüz aktivitelerinin ne kadar etkilendiği, uykuya ilişkin düşünceler, gündüz işlevselliği, uyku alışkanlıkları incelenerek geniş bir bakış açısı ile değerlendirilmelidir (9). Uyku bozukluklarıyla ilişkilendirilen bir başka risk faktörü de çocuğun mizaç özellikleridir. Sakinleştirilmesi zor olduğu bilinen çocukların bir bakıcının yardımı olmadan uykuya dalma ve uykuda kalma olasılıkları düşüktür. Çocuklarda ebeveynlerin depresyonu ya da çalışma şartları gibi birçok faktörün de uykuyu etkileyebileceği gösterilmiştir (188,189).

Değerlendirmede 4'lü likert tipi puanlanan 20 maddeden oluşan çocuk ve ebeveyn versiyonları bulunan Uyku Alışkanlıkları Anketi (190), 5-29 aylık bebekler için kullanılabilen dokuz maddeden oluşan Kısa Bebek Uyku Anketi (191), 2-18 yaş arasında kullanılabilen, 22 maddeden ve horlama, uykululuk ve davranışlardan oluşan Pediatrik Uyku Anketi de kullanılabilir (192). Bu ölçekler dışında Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği (PUKİ) toplam 24 sorudan oluşan, 3'lü likert tipi puanlanan ve araştırmalarda sıkça tercih edilen bir ölçektir (193). Epworth uykululuk skalası ise gündüz uykululuğu hakkında bilgi edinilmesini sağlayan 8 maddeden oluşan 3'lü likert tipi puanlanan klinik araştırmalarda yaygın şekilde kullanılan bir ölçektir (194).

Uyku bozuklukları sadece çocukların ve ebeveynlerinin uykularının bozulmasına sebep olmakla kalmaz aynı zamanda aile üyeleri arasında olumsuz duygu kaynağı olup çatışmalara da katkı sağlayabilir. Ebeveynler ve çocuklar, bebeklik döneminden itibaren uyku hijyeni olarak adlandırılan sağlıklı uyku uygulamalarını kullanarak uykuyu nasıl sürdürecekları veya geliştirecekları konusunda düzenli olarak eğitilmelidir (195). Çocuklarda iyi uyku hijyeni eğitimi uygulamaları doğumdan on yaşına kadar iyi uyku ile ilişkili bulunmuştur (196). Çocukların sirkadiyen ritmin düzenini devam ettirebilmesi için düzenli bir uyku, yemek ve spor rutinine sahip olmaları, uyku saatinden en az bir saat önce

parlak ışıktan ve ekran kullanımından kaçınmaları, tutarlı uyanma saatinin sağlanması gerekir.

Uykusuzluğun patofizyolojisi hala tam olarak açıklanamamıştır ancak davranışsal, gelişimsel, ailesel ve mizaçla ilgili risk faktörlerinin bir kombinasyonundan oluşan modeller desteklenmektedir. İnsomnianın ayırıcı tanısı yapılırken diğer uyku bozuklukları ve psikiyatrik bozukluklardan ayırt edilmesi gerekmektedir. Gecikmiş uyku fazı, obstrüktif uyku apne bozukluğu, huzursuz bacak sendromu, duygudurum ve anksiyete bozuklukları göz önünde bulundurulmalıdır (197).

Davranışsal yaklaşımlar çocuk ve ergenlerde uykusuzluğun tedavisinde ilk kullanılan yöntemlerdir. Ancak literatürde uyku bozukluğu ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunda bebekler ve okul öncesi dönemdeki çocuklara odaklanılmıştır. Bu nedenle daha büyük çocuklar, ergenler ve özel gereksinimli çocukların tedavilerine yönelik olan çalışmalarda eksiklik bulunmaktadır (198). İlaç tedavisi ancak uygun davranışsal yöntemler denendikten sonra düşünülmelidir (199).

FDA, çocuk ve ergenlerde insomnianın tedavisi için herhangi bir ilacı onaylamamıştır ancak ebeveynlerin davranışçı önerileri uygulayamaması, akut stres etkenleri, tıbbi hastalıklar gibi durumlarda ilaç tedavisi kullanılmaktadır. Hem nörotipik çocuklarda hem de psikiyatrik rahatsızlıkları olan çocuklarda yan etki profili göz önüne alındığında çocuk ve ergenlerde uykusuzluğun tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılan ajan melatonindir. Melatonin dozları 1-3 mg arasında değişmekte olup gecikmiş uyku fazının tedavisi için daha düşük dozlar önerilmektedir (200).

Psikiyatrik sorunları olan çocuk ve ergenlerde uyku bozuklukları hakkında yetişkinlerle kıyaslandığında çok kısıtlı bilgi mevcuttur. Çocukluk çağında uyku bozukluklarının yaygın görüldüğü, birçok psikopatolojiyle ilişkili ortaya çıktığı ve psikiyatrik bozuklukların gelişimi için bir risk faktörü oluşturduğu düşünülmektedir (8). Araştırmalar DEHB tanısı ile uyku bozuklukları arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur ancak bu ilişkinin mekanizmaları belirsizliğini korumaktadır (8,201). Ergenlik dönemindeki psikotik belirtiler ile çocukluk dönemindeki kabuslar ve uyku terörü arasında da bir ilişki bulunmuştur (8). Uyku bozuklukları sıklıkla kaygı bozuklukları ile

ilişkilendirilmektedir ve sıklıkla kaygıya ikincil olduğu düşünölmektedir ancak çalışmalar uyku bozukluklarının kaygı bozukluğunu öngörmede daha etkili olabileceği açıklamaktadır (8). Yetersiz uyku aynı zamanda artan madde kullanımı ve risk alma davranışlarıyla da ilişkilidir.

Uyku, çocuk ve ergenlerde duygusal, bilişsel ve fiziksel sağlık için çok değerlidir ve bozukluklarında birçok psikiyatrik hastalığın görülme riskinin arttığı bilinmektedir. Duygudurum bozuklukları, anksiyete ve madde kullanım bozuklukları riski, uyku bozukluğu varlığında artış göstermektedir (7,8).



3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Etik Kurul Onayı

Çalışma E-2022-16 protokol numarası ile 30.03.2022 tarihinde “Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu” tarafından onaylanmıştır. Etik kurul onay formu Ek- 1’ de sunulmuştur.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmaya Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği’ne ayaktan başvuran, YDDB veya MDB tanıları konulan 6-18 yaş arası, YDDB tanılı 106, MDB tanılı 127 çocuk ve ergen dahil edilmiştir. Bu kesitsel çalışmada hastaların; sosyodemografik özellikler, mizaç özellikleri, uyku özellikleri, eşlik eden klinik tanıları ve iritabilite düzeyleri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

3.3. Olgu Grubunun Seçimi

3.3.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri

- Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’na ayaktan tedavi amaçlı başvurmak,
- 6-18 yaş aralığında olmak,
- YDDB ya da MDB tanılarında birine sahip olmak
- Okuma-yazma biliyor olmak
- Çalışmaya katılmayı kabul etmek
- Klinik olarak normal zeka kapasitesine sahip olmak

3.3.2. Çalışmadan Dışlanma Kriterleri

- 6 yaşından küçük, 18 yaşından büyük olmak
- Okuma-yazma bilmemek
- MDB ve YDDB komorbid tanısına sahip olmak
- Psikotik bozukluk ya da otizm spektrum bozukluğu tanısına sahip olmak

3.3. Araştırmanın Yürütülmesi ve Yöntem

Araştırma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne tedavi amacıyla başvuran çocuk ve çocuğun yasal vasisinin katılımıyla yürütülmüştür. Hastalara araştırmacı tarafından ÇDŞG-ŞY DSM-5 uygulanmıştır. YDDB tanısı konan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. YDDB grubunun Depresif Bozukluklar başlığı altında yer alan MDB grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. YDDB ve MDB tanılarına sahip olmayan ya da her ikisine birden sahip olan katılımcılar çalışmadan çıkarılmıştır. Çalışma Mart 2022-Mart 2023 tarihleri arasında 18 aylık süre içerisinde yürütülmüştür.

Çalışmaya dahil edilen olguların ailelerinin sosyodemografik durumunu değerlendirmek için Hollingshead Redich Ölçeği kullanılmıştır. ÇDŞG-ŞY görüşmesinin ardından YDDB veya MDB tanısı konan olgulardan;

- 'Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ-CDI)',
- 'Epworth Uykululuk Skalası (EUS)',
- 'Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)',
- 'Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (ÇMKE)',
- 'Güçler ve Güçlükler Anketi-Çocuk Formu'nun (GGA-Çocuk Formu)' doldurulması istenmiştir.

Ebeveynler ise araştırmacı tarafından hazırlanmış;

- 'Sosyodemografik Form' ve

- ‘Güçler ve Güçlükler Anketi-Ebeveyn Formu’nu (GGA-Ebeveyn Formu)’ doldurmuşlardır.

3.4. Araştırmada Kullanılan Araç Gereçler

Araştırmaya dahil edilen çocuk ve ergenlerin tanı görüşmeleri Çocuk ve Gençler için Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği, Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu DSM-5 (ÇDŞG-ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime Version, K-SADS PL) kullanılarak yapılmıştır. Olgulardan ÇDÖ, PUKİ, EUS, GGA-Çocuk Formu ve ÇMKE’nin doldurulması istenmiştir. Ebeveynler ise GGA-Ebeveyn Formu’nu ve araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik formu doldurmuşlardır. Araştırmacı görüşmeden elde ettiği bilgiler ışığında Hollingshead Redich Ölçeği’ni doldurmuştur.

3.4.1. Sosyodemografik Form

Sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Formun içeriğinde çocuk ve ailesi ile ilgili sosyodemografik bilgileri içeren sorular bulunmaktadır. Sosyodemografik form çocuğun yaşı, kaçınıcı sınıfta okuduğu, kardeş sayısı, doğum öyküsü, istenen gebelik olup olmadığı, okul öncesi eğitim durumu, gelişim basamakları, yerleşim yeri, gelir durumu, ev içi şiddete tanık olup olmadığı, intihar girişimi öyküsü, anne ve babasının mesleği, ebeveynlerinin yaşı ve öğrenim durumu hakkında soruların bulunduğu bir formdur. Formu, çocuğun ebeveynleri ya da yasal sorumlusu doldurmuştur. Form doldurulduktan sonra araştırmacı tarafından kontrol edilmiş ve eksik bilgilerin tamamlanması sağlanmıştır.

3.4.2. Çocuk ve Gençler için Duygulanım Bozukluğu ve Şizofreni Ölçeği, Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu DSM-5 (ÇDŞG-ŞY)

Çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Formun Türkçe geçerlik ve

güvenirlilik çalışması Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalında Gökler ve arkadaşları tarafından 2004 yılında yapılmıştır. Formun ilk kısmında çocuğun demografik bilgileri, gelişim öyküsü, sağlık durumu, okul durumu ve arkadaş ilişkileri gibi bilgiler yapılandırılmamış bir görüşme ile alınır. İkinci kısım, 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Üçüncü kısım, genel değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşur. Anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul) alınan bilgilerin doğrultusunda puanlama yapılır. ÇDŞG-ŞY için Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Gökler ve ark. tarafından yapılmıştır (202).

3.4.3. Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ):

ÇDÖ 6-18 yaş arası çocuklar tarafından uygulanabilen kendini değerlendirme ölçeğidir. 27 maddelik ölçekte her madde için üç değişik seçenek bulunmaktadır. Çocuklardan son 2 haftalarını değerlendirerek kendileri için en uygun seçenekleri işaretlemeleri istenir. Alınan puan ne kadar yüksekse depresyonun şiddeti o kadar fazladır. Her madde kendi içerisinde 0,1 veya 2 puan alır. 2, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 21, 24 ve 25. maddeler ters olarak puanlanmaktadır. En yüksek puan 54 ve kesim noktası 19 olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınan puan arttıkça depresyonun şiddeti de artmaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Öy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (203).

3.4.4. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ):

Buyse ve ark. tarafından 1989 yılında uyku kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir (204). Türkiye’de geçerlilik ve güvenirlik çalışması Ağargün ve ark. tarafından yapılmıştır (205). Test 10 ana başlık altında 24 soru içermekte olup son bir ay içindeki uyku kalitesini ölçer, toplam 21 puan üzerinden değerlendirilir ve skorun 5’ten büyük olması kötü uyku kalitesini gösterir (204). Pittsburgh uyku kalite indeksi, subjektif uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, habitüel uyku etkinliği, uyku bozuklukları, uyku ilacı kullanımı ve gündüz fonksiyonları olmak üzere 7 ana başlıkta sorulan sorular ile uyku kalitesini değerlendiren bir ankettir (204).

3.4.5. Epworth Uykululuk Skalası (EUS):

Aileden alınacak öykü ile gündüz uyku halini göstermekte kullanılan bir testtir. Son bir ay içinde çeşitli durumlarda uyuklama veya uyuma olasılığını gösterir. Toplam 8 sorudan oluşur. Bu ankette hastanın aşırı yorgun olmadığı sıradan bir günde, belli durumlarda uykuya dalma olasılığı sorgulanır. Tüm sorularda puanlama yöntemi aynı olup, uykuya dalma olasılığı hiç yoksa 0, uykuya dalması düşük olasılıklı ise 1, orta olasılıklı ise 2 ve yüksek olasılıklı ise 3 puan alır. Toplam puan 10 ve üzerinde ise gündüz aşırı uyku halinin varlığına işaret eder. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İzci ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (206).

3.4.6. Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (Junior Temperament and Character Inventory) (ÇMKE)

Luby, Svračić, McCallum, Przybeck ve Cloninger (1999) tarafından geliştirilen ölçek Cloninger'in biyopsikososyal modeline dayanmakta olup çocuklar ve ergenlerde mizaç ve karakter boyutlarını değerlendirmektedir. 5'li likert tipinde olan ölçek 125 soru ve 6 alt boyuttan oluşmaktadır. Alt boyutların dördü mizaç ve ikisi karakter boyutlarıdır. Ölçeğin mizaç alt boyutları yenilik arayışı, zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve sebat etmedir. Karakter alt boyutları ise kendini yönetme ve işbirliği yapmadır. Alt boyutlar sırasıyla 24, 21, 19, 18, 24 ve 19 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Köse, Çelikel, Akın, Kaya, Cumurcu, Etikan ve Cloninger tarafından yapılmış olup çocuk ve ergenlerin mizaç ve karakter özelliklerini ölçmede geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir (207).

3.4.7. Hollingshead-Redlich Ölçeği (HRÖ)

Hollingshead-Redlich ölçeği, psikiyatrik hastalıklar ve bireyin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi arasında ilişki olduğu düşüncesi ile 1958 yılında geliştirilmiştir (208). Ölçekte anne ve babanın meslek ve eğitim durumları esas alınarak, belirli bir süre için ulaşılmış en üst sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi yansıtan beş ayrı kategori tanımlanmıştır: “Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda anne-baba” 1, “Üniversite eğitimi

almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba” 2, “Küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba” 3, “Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba” 4, “Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş anne-baba” 5 olarak kodlanır. 1 yüksek; 2 ve 3 orta; 4 ve 5 düşük sosyoekonomik-sosyokültürel düzey olarak tanımlanır.

3.4.8. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

4-16 yaş aralığındaki çocuklar için anne-baba tarafından doldurulan duygusal ve davranışsal sorunların taramasında kullanılan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlaması Güvenir ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır (86). Ölçek, 25 maddeden oluşmaktadır. Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlar olmak üzere beş alt boyutu bulunmaktadır. Her boyut kendi içinde değerlendirilip puanlanabilmekte ve ilk dört alt boyutun toplam puanları "Toplam Güçlük Puanı"nı vermektedir. Buna göre ölçeğin alt boyutları olan ‘Duygusal Belirtiler’ ve ‘Davranış Sorunları’nın, CBCL’nin alt boyutlarından ‘içe yönelim’ ve ‘dışa yönelim’ problemlerine karşılık geldiği belirlenmiştir (86).

GGA’nin 25 maddesinin kısaltılmış halinden oluşturulan 5 maddelik GGA disregülasyon profili ile CBCL ölçeğinin irritabilite düzeyini ölçmek için kullanılan disregülasyon profili karşılaştırılmış ve benzer etkinlikte bulunmuştur (209). GGA disregülasyon profili ankette yer alan davranış sorunları, duygusal sorunlar ve dikkat ve hareketlilik sorun alanlarından toplam beş maddenin değerlendirilmesinden oluşmaktadır (209). Disregülasyon profili için kesme puanı 5 olarak belirlenmiştir. 5 puan ve üstünde alan olgular GGA’ne göre duygusal ve davranışsal disregülasyon sergilemektedir (209).

3.5. İstatistiksel Değerlendirme

Analizler, SPSS 21 yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu incelendikten sonra, uygun olanlar için t-testi, uygun olmayanlar için Mann-Whitney U testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Kategorik

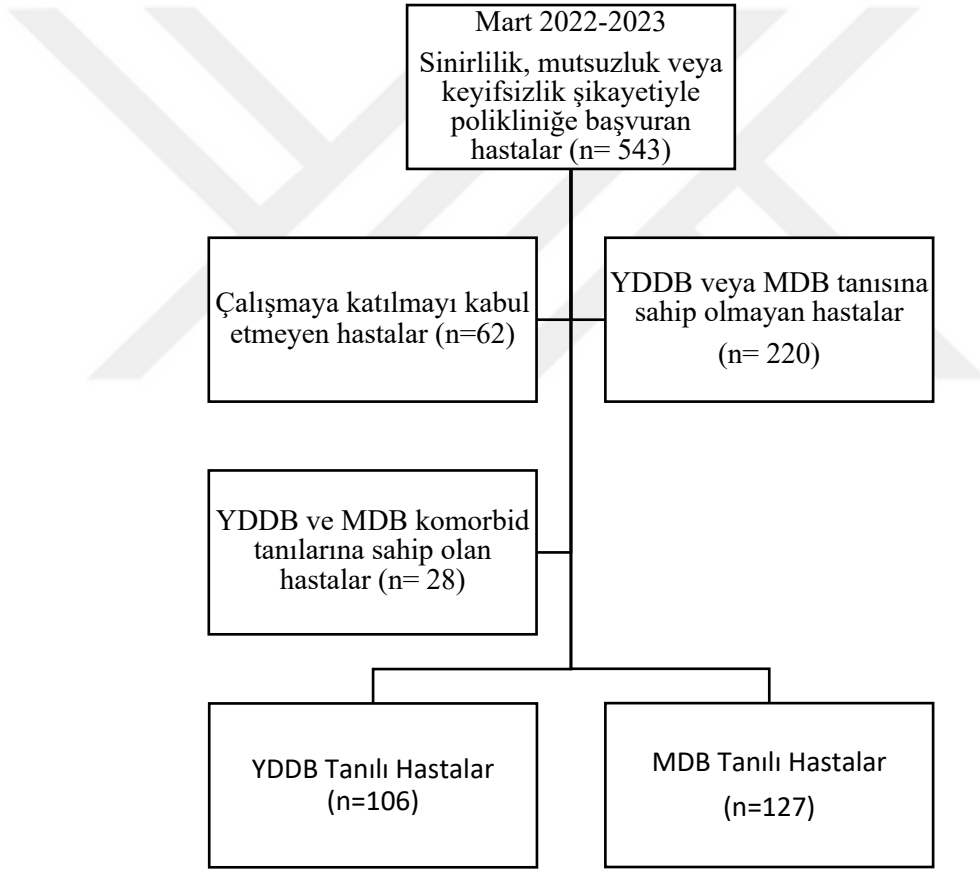
değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi tercih edilmiştir. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için normal dağılıma uygunluk kriterleri göz önüne alındıktan sonra, Pearson ya da Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır. Elde edilen korelasyonlar, 'Pearson' veya 'Spearman korelasyon katsayısı (r)' ve ilgili p değeri ile sunulmuştur. P değeri $<0,05$ ise, bu durum istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



4. BULGULAR

4.1. Olguların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Veriler

Çalışmaya Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine Mart 2022-Mart 2023 tarihleri arasında başvuran YDDB tanılı 106, MDB tanılı 127 çocuk ve ergen dahil edilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Hasta akış şeması

MDB tanılı çocuk ve ergenler YDDB grubu ile karşılaştırılmak üzere kontrol grubu olarak seçilmiştir. YDDB ve MDB komorbiditesi olan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır. Dahil edilen olguların yaşları 7-18 aralığındadır ve ortalama yaş $14,7 \pm 1,9$ 'dur (Tablo 1). Katılımcıların cinsiyet dağılımı incelendiğinde 233 çocuğun 187'sinin

(%80,2) kız, 46'sının (%19,8) ise erkek olduğu görülmüştür. Kız/Erkek oranı 4/1'dir. Yaş ve cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamaktadır.

Katılımcıların ebeveynlerinden veya yasal vasilerinden elde edilen verilere göre çalışmaya dahil edilen çocuk ve ergenlerin 213'ü (%91,4) örgün eğitime devam ederken 20'si (%8,6'sı) açık öğretime devam etmektedir. Örgün eğitime devam eden katılımcıların 2'si (%0,8) 1.sınıfa, 4'ü (%1,7) 3.sınıfa, 6'sı (%2,6) 5.sınıfa, 8'i (%3,4) 6.sınıfa, 14'ü (%6) 7.sınıfa, 16'sı (%6,9) 8.sınıfa, 40'ı (%17,2) 9.sınıfa, 59'u (%25,3) 10.sınıfa, 44'i (%18,8) 11.sınıfa ve 20'si (%8,6) 12.sınıfa devam etmektedir. Örgün eğitime devam eden 213 (%91,4) olgunun 5'i (%2,1) ilkokula, 44'ü (%18,9) ortaokula, 164'ü (%70,4) liseye devam etmektedir (Tablo 2).

Ebeveynler ve yasal vasiler sosyodemografik formda çocukların gelişimsel süreçleri ve sosyodemografik bilgileri ile ilgili soruları yanıtlamışlardır. Anne sütü alma durumları ve süresi sorulduğunda hastaların 14'ü (%6) anne sütü almamış, 8'i (%3,4) 1 ay, 8'i (%3,4) 2 ay, 15'i (%6,4) 3 ay, 7'si (%3) 4 ay, 8'i (%3,4) 5 ay, 44'ü (%18,9) 6 ay, 4'ü (%1,7) 7 ay, 8'i (%3,4) 8 ay, 13'ü (%5,6) 9 ay, 2'si (%0,9) 11 ay, 22'si (%9,4) 12 ay ve 80'i (%34,3) 12 aydan daha uzun süre anne sütü almıştır. Olguların ortalama anne sütü alma süreleri $11,6 \pm 9,4$ aydır (Tablo 1).

Olguların konuşma zamanına bakıldığında 2'si (%0,9) 6.ayda, 2'si (%0,9) 7.ayda, 5'i (%2,1) 8.ayda, 7'si (%3) 9.ayda, 5'i (%2,1) 10.ayda, 8'i (%3,4) 11.ayda, 105'i (%45,1) 12.ayda, 16'sı (%6,9) 13.ayda, 6'sı (%2,6) 14.ayda, 19'u (%8,2) 15.ayda, 25'i (%10,7) 18.ayda ve 33'ü (%14,2) 18.aydan sonra konuşmuştur. Olguların ortalama konuşmaya başlama zamanları $14,8 \pm 5,9$ aydır (Tablo 1).

Olguların yürüme zamanına bakıldığında 9'u (%3,9) 9.ayda, 6'sı (%2,6) 10.ayda, 19'u (%8,2) 11.ayda, 117'si (%50,2) 12.ayda, 14'ü (%6) 13.ayda, 15'i (%6,4) 14.ayda, 21'i (%9) 15.ayda, 23'ü (%9,9) 18.ayda ve 9'u (%3,4) 18.ay sonrasında yürümüştür. Olguların ortalama yürümeye başlama zamanları $13,2 \pm 3,0$ aydır (Tablo 1).

Katılımcıların 168'si (%72,1) okul öncesi eğitim almış, 65'i (%27,9) almamıştır. Yerleşim yerleri ise 2'sinin (%0,9) köy, 26'sının (%11,2) ilçe ve 205'inin (%88) şehirdir (Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların Genel Bilgileri, Sürekli Değişkenler

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama ± SS
Yaş (Yıl)	233	7	17	14,7 ± 1,9
Anne Sütü (Ay)	233	0	54	11,6 ± 9,4
Konuşma Zamanı (Ay)	233	6	41	14,8 ± 5,9
Yürüme Zamanı (Ay)	233	9	24	13,2 ± 3,0

SS:Standart Sapma, N:Sayı

Tablo 2. Katılımcıların Genel Bilgileri, Kategorik Değişkenler

		N	%
Cinsiyet	Erkek	46	19,8
	Kız	187	80,2
Okul Öncesi Eğitim	Almış	168	72,1
	Almamış	65	27,9
Kaçıncı Sınıfta Olduğu	1	1	0,4
	3	4	1,7
	5	6	2,6
	6	8	3,4
	7	14	6,0
	8	16	6,9
	9	40	17,2
	10	59	25,3
	11	45	19,3
	12	20	8,6
	Açık Öğretim	20	8,6

N:Sayı, %:Yüzde

Doğum hikayelerine bakıldığında 27'si (%11,6) prematür, 202'si (%86,7) matür, 4'ü (%1,7) postmatür olarak doğmuştur. Hastaların doğum şekli 128'inde (%54,9) vajinal

yolla, 105'inde (%45,1) abdominal sezaryen yolla olmuştur. Prenatal, natal ve postnatal sorunlar katılımcıların 19'unda (%8,2) olurken, 214'ünde (%91,8) olmamıştır (Tablo 3). Hastaların 230'u (%98,7) hastane koşullarında doğarken, 3'ü (%1,3) evde doğmuştur.

Yine ebeveynlerden öğrenilen bilgilere göre olguların 184'ü (%79) istenen bir gebelik sonrası dünyaya gelirken, 49'u (%21) istenmeyen bir gebelik sonrası dünyaya gelmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Doğum Hikayeleri, Kategorik Değişkenler

		N	%
Doğum Zamanı	Prematür Doğum	27	11,6
	Matür Doğum	202	86,7
	Postmatür Doğum	4	1,7
Doğum Şekli	Vajinal Yolla	128	54,9
	Sezaryen Yolla	105	45,1
Doğum Yeri	Ev	3	1,3
	Hastane	230	98,7
Prenatal, Natal, Postnatal Patoloji	Var	19	8,2
	Yok	214	91,8
İstenenen Gebelik Olma Durumu	İstenen Gebelik	184	79,0
	İstenmeyen Gebelik	49	21,0

N:Sayı, %:Yüzde

4.2. Olguların Ailelerinin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerine İlişkin Veriler

Sosyodemografik formdan edinilen bilgilere göre katılımcıların annelerinin yaşı 27 ile 60 arasında değişmektedir ve ortalama anne yaşı 42,1'dir. Babalarının yaşı ise 31 ile 67 arasında değişmektedir ve ortalama baba yaş 46,1'dir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Ailelerinin Genel Bilgileri, Sürekli Değişkenler

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama ± SS
Anne Yaşı	230	27	60	42,1 ± 5,9
Baba Yaşı	222	31	67	46,1 ± 6,2

N:Sayı, SS:Standart Sapma

Katılımcıların 28'i (%12) tek çocukken 86'sının (%36,9) 1 kardeşi, 59'unun (%25,3) 2 kardeşi, 27'sinin (%11,6) 3 kardeşi, 17'sinin (%7,3) 4 kardeşi, 7'sinin (%3,0) 5 kardeşi, 3'ünün (%1,3) 6 kardeşi, 1'inin (%0,4) 7 kardeşi, 2'sinin (%0,9) 8 kardeşi, 2'sinin (%0,9) 9 kardeşi ve 1'inin (%0,4) 12 kardeşi vardır (Tablo 5).

Katılımcıların 120'si (%51,5) ilk çocukken, 70'i (%30) ikinci çocuk, 13'ü (%5,6) üçüncü çocuk ve 30'u (%12,9) dördüncü ve daha sonraki sıralarda doğan çocuklardır.

Katılımcıların 3'ünün (%1,3) annesinin vefat ettiği, 11'inin (%4,7) ise babasının vefat ettiği öğrenilmiştir. Ebeveynlerin çalışma durumuna bakıldığında, annelerin 149'unun (%64,7) çalışmadığı, 79'unun (%34,3) çalıştığı, 2'sinin (%0,8) ise emekli olduğu öğrenilmiştir. Babaların 10'unun (%4,5) çalışmadığı, 192'sinin (%86,4) çalıştığı ve 20'sinin (%9,0) emekli olduğu görülmüştür.

Ebeveynlerin öğrenim durumlarına bakıldığında annelerin 77'si (%33) ilkokul mezunu, 39'u (%16,7) ortaokul mezunu, 79'u (%33,9) lise mezunu, 38'i (%16,3) üniversite mezunudur. Babaların 63'ü (%27) ilkokul mezunu, 35'i (%15) ortaokul mezunu, 74'ü (%31,8) lise mezunu, 59'u (%25,3) üniversite mezunudur ve 2'si (%0,8) okula gitmemiştir (Tablo 5).

Anne ve baba arasında akrabalık katılımcıların 206'sında (%88,4) yokken, 27'sinde (%11,6) vardır. Katılımcıların 143'ü (%61,4) anne ve babasının yanında büyümüştür ancak 90'ı (%38,6) tek ebeveynle ya da ebeveynleri yanında olmadan kurum bakımında ya da anne veya baba dışında bir yasal vasi yanında büyümüştür.

Tablo 5. Katılımcıların Ailelerinin Genel Bilgileri, Kategorik Değişkenler

		N	%
Toplam Kardeş Sayısı	1	28	12
	2	86	36,9
	3	59	25,3
	4	27	11,6
	5	17	7,3
	6	7	3,0
	7	3	1,3
	8	1	0,4
	9	2	0,9
	10	2	0,9
	13	1	0,4
	Anne Vefat Durumu	Vefat Etmiş	3
Vefat Etmemiş		230	98,7
Baba Vefat Durumu	Vefat Etmiş	11	4,7
	Vefat Etmemiş	222	95,3
Anne Mesleği	Çalışıyor	79	34,3
	Çalışmıyor	149	64,7
	Emekli	2	0,8
Baba Mesleği	Çalışıyor	192	86,4
	Çalışmıyor	10	4,5
	Emekli	20	9,0
Anne Eğitim Düzeyi	İlkokul	77	33,0
	Ortaokul	39	16,7
	Lise	79	33,9
	Üniversite	38	16,3
Baba Eğitim Düzeyi	İlkokul	63	27,0
	Ortaokul	35	15,0
	Lise	74	31,8
	Üniversite	59	25,3
	Okula Gitmemiş	2	0,8
Ebeveynler Arasında Akrabalık	Akraba	27	11,6
	Akraba Değil	206	88,4

N:Sayı, %:Yüzde

Sosyodemografik formda ailelere çocukların ev içi şiddete tanık olup olmadıkları sorulmuştur. Ebeveynlerden alınan bilgilere göre 113'ünün (%48,5) ev içi şiddete tanık olmadığı, 120'sinin (%51,5) tanık olduğu görülmüştür. Yine ebeveynlerden alınan bilgilere göre çocukların 109'unun (%46,8) intihar girişimi olmadan kendisine zarar verdiği, 119'unun (%51,1) intihar düşüncesi olduğu ve 66'sının (%28,3) intihar girişimi olduğu öğrenilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Olguların İntihar Girişiminde Bulunma ve Ev İçi Şiddete Tanık Olma Durumu

		N	%
Ev İçi Şiddete Tanıklık	Var	120	51,5
	Yok	113	48,5
İntihar Girişimi Olmadan KZVD	Var	109	46,8
	Yok	124	43,2
İntihar Düşüncesi	Var	119	51,1
	Yok	114	48,9
İntihar Girişimi	Var	66	28,3
	Yok	167	71,7

N:Sayı, %:Yüzde

4.3. Sosyodemografik Verilerin YDDB ve MDB Grupları Arasında Karşılaştırılması

YDDB grubundaki olguların yaş ortalaması $14,5 \pm 2,09$, MDB grubundaki olguların ise $15,0 \pm 1,56$ olarak saptanmıştır. Yaş ortalamaları, YDDB ve MDB grupları arasında anlamlı fark göstermemiştir ($p>0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7. YDDB ve MDB Gruplarının Yaşlarının Karşılaştırılması

		N	Ortalama \pm SS	t	p
Yaş (Yıl)	YDDB	106	$14,5 \pm 2,09$	1,954	0,056
	MDB	127	$15,0 \pm 1,56$		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, SS: Standart Sapma, $p<0,05$

Olgular cinsiyet açısından karşılaştırıldığında YDDB grubunda 80 (%75,4) kız ve 26 (%24,5) erkek, MDB grubunda ise 107 (%84,2) kız ve 20 (%15,7) erkek olduğu görülmüştür. Gruplar cinsiyet açısından karşılaştırıldığında MDB grubu ile YDDB grubu arasındaki cinsiyet oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. YDDB ve MDB Gruplarının Cinsiyetlerinin Karşılaştırılması

	Cinsiyet		Toplam	χ^2	p
	Kız	Erkek			
YDDB N (%)	80 (75,4)	26 (24,5)	106	2,811	0,094
MDB N (%)	107 (84,2)	20 (15,7)	127		
Toplam N	192	41	233		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, $p<0,05$

Gelişimsel öykülerine bakıldığında, YDDB grubundaki olguların ortalama anne sütü alma süresi $10,7 \pm 9,6$ ay, MDB grubunda $12,2 \pm 9,2$ aydır. YDDB ve MDB grupları arasında anne sütü alma süreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$). YDDB grubunda olguların ortalama konuşma zamanı $15,1 \pm 6,1$ ay, MDB grubunda ise $14,5 \pm 5,8$ aydır. Konuşma açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur ($p>0,05$). Olguların yürüme zamanı karşılaştırıldığında YDDB grubundaki ortalama yürüme zamanı $13,7 \pm 3,5$ ay, MDB grubundaki ise $12,8 \pm 2,3$ ay olarak görülmüştür. Gruplar karşılaştırıldığında MDB grubunun YDDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha erken yürüdüğü saptanmıştır ($p<0,05$). (Tablo 9).

Tablo 9. YDDB ve MDB Gruplarının Gelişimsel Öykülerinin Karşılaştırılması

		N	Ortalama ± SS	t	p
Anne Sütü (Ay)	YDDB	106	10,7 ± 9,6	1,205	0,229
	MDB	127	12,2 ± 9,2		
Konuşma Zamanı (Ay)	YDDB	106	15,1 ± 6,1	644	0,520
	MDB	127	14,5 ± 5,8		
Yürüme Zamanı (Ay)	YDDB	106	13,7 ± 3,5	2,327	0,026
	MDB	127	12,8 ± 2,3		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, p<0,05

Olguların doğum hikayeleri hakkında edinilen bilgiler YDDB ve MDB grupları arasında karşılaştırıldığında, YDDB grubundaki olguların 12'si (%11,3) preterm, 93'ü (%87,7) term, 1'i (%0,9) postterm doğumla dünyaya gelmiştir. MDB grubundaki olguların 15'i (%11,8) preterm, 109'u (%85,8) term, 3'ü (%2,3) ise postterm doğumla doğmuştur. Olguların doğum zamanı gruplar arasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir (p>0,05).

Gruplardaki olguların doğum şekli incelendiğinde YDDB grubundaki olguların 53'ü (%50) vajinal yolla doğarken, MDB grubundaki olguların ise 75'i (%41) vajinal yolla dünyaya gelmiştir. Gruplar doğum şekilleri açısından karşılaştırıldığında aralarında anlamlı istatistiksel fark görülmemiştir (p>0,05) (Tablo 10).

Olguların prenatal, natal ve postnatal öykülerinde patoloji yaşama durumuna bakıldığında, YDDB grubundaki olguların 6'sı (%5,6) patoloji yaşarken, MDB grubundaki olguların 13'ü (%10,2) patoloji yaşamıştır. Yine sosyodemografik formdan edinilen bilgilere göre olguların istenen bir gebelik sonrası dünyaya gelme durumu incelendiğinde, YDDB grubundaki olguların 26'sının (%24,5), MDB grubundaki olguların ise 23'ünün (%18,1) istenmeyen bir gebelik sonrası dünyaya geldiği görülmüştür. Prenatal, natal, postnatal öyküde patoloji yaşama ve istenen gebelik sonrası dünyaya gelme durumu karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0,05) (Tablo 10).

Tablo 10. Olguların Doğum Hikayelerinin Gruplar Arasında Karşılaştırılması

			N (%)	χ^2	p			
Doğum Zamanı	YDDB	Preterm	12 (11,3)	0,714	0,700			
		Term	93 (87,7)					
		Postterm	1 (0,9)					
	MDB	Preterm	15 (11,8)					
		Term	109 (85,8)					
		Postterm	3 (2,3)					
Doğum Şekli	YDDB	Vajinal Yolla	53 (50)	1,914	0,167			
		Sezaryen Yolla	53 (50)					
	MDB	Vajinal Yolla	75 (59)					
		Sezaryen Yolla	52 (41)					
	Prenatal, Natal, Postnatal Patoloji	YDDB	Var			6 (5,6)	1,615	0,204
			Yok			100 (94,3)		
MDB		Var	13 (10,2)					
		Yok	114 (89,7)					
İstenenen Gebelik		YDDB	Evet	80 (75,4)	1,433	0,231		
			Hayır	26 (24,5)				
	MDB	Evet	104 (81,9)					
		Hayır	23 (18,1)					

MDB: **Majör** Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, p<0,05

Okul öncesi eğitim alma durumu incelendiğinde YDDB grubundaki olguların 77'si (%72,6) okul öncesi eğitim almışken, 29'u (%27,3) okul öncesi eğitim almamıştır. MDB grubunda ise olguların 90'ı (%70,8) okul öncesi eğitim almış, 36'sı (%28,3) almamıştır. Okul öncesi eğitim alma durumu açısından gruplar arasında istatistiki olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p<0,05). Olguların eğitim durumuna bakıldığında YDDB grubundaki olguların 5'i (%5,5) ilkokula, 24'ü (%26,6) ortaokula ve 61'i (%67,7) ise liseye gitmektedir. MDB grubundaki olguların ise 1'i (%0,8) ilkokula, 20'si (%15,7) ortaokula ve 102'si (%80,3) liseye gitmektedir. Olguların eğitim durumu gruplar arasında karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı fark olduğu görülmüştür (p<0,05).

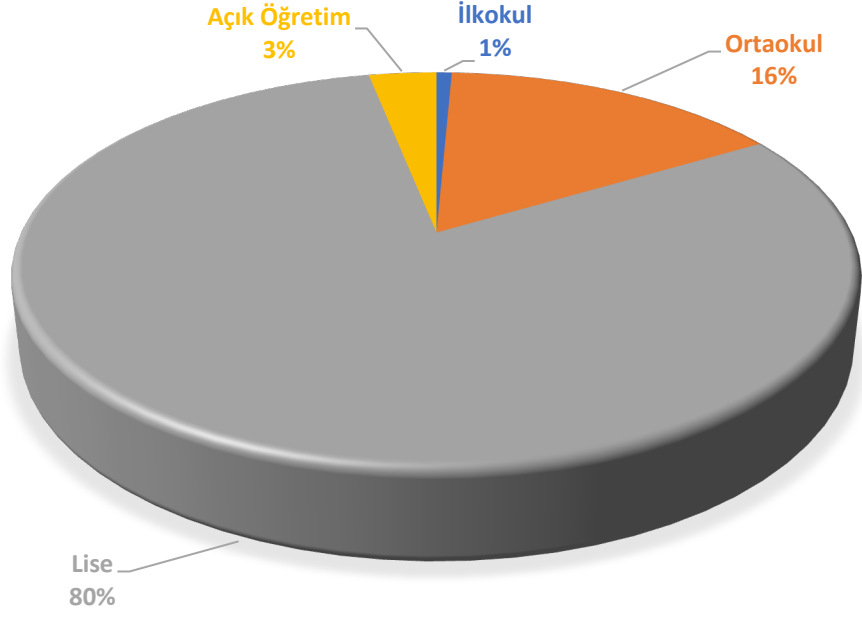
Olguların örgün eğitime gitme durumları incelendiğinde, YDDB grubundaki olguların 16'sı (%15,0) örgün eğitime devam etmezken, MDB grubundaki olguların 4'ü

(%3,1) örgün eğitime devam etmemektedir. Olgular örgün eğitime devam etme durumu açısından gruplar arasında karşılaştırıldığında YDDB grubundaki olguların MDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek düzeyde örgün eğitime devam etmedikleri görülmektedir ($p<0,05$) (Şekil 2,3) (Tablo 11).

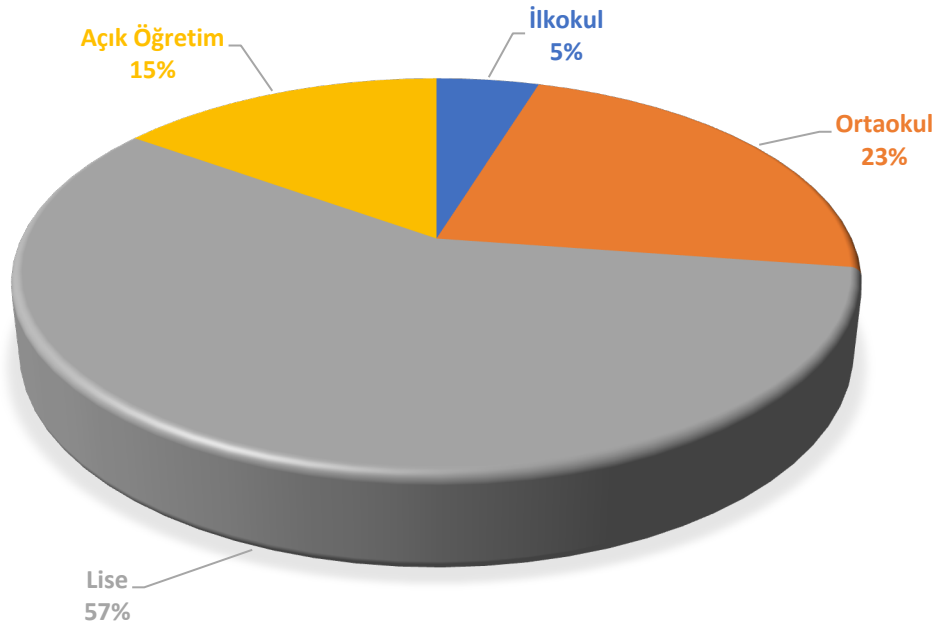
Tablo 11. YDDB ve MDB Gruplarının Okul Durumunun Karşılaştırılması

			N (%)	Toplam	χ^2	p
Okul Öncesi Eğitim	YDDB	Almış	77 (72,6)	106	0,880	0,644
		Almamış	29 (27,3)			
	MDB	Almış	90 (70,8)	127		
		Almamış	36 (28,3)			
Eğitim Durumu	YDDB	İlkokul	5 (5,5)	90	8,433	0,015
		Ortaokul	24 (26,6)			
		Lise	61 (67,7)			
	MDB	İlkokul	1 (0,8)	123		
		Ortaokul	20 (16,2)			
		Lise	102 (82,9)			
Açık Öğretim Durumu	YDDB	Açık Öğretim	16 (15,0)	106	10,505	0,001
		Örgün Eğitim	90 (85,0)			
	MDB	Açık Öğretim	4 (3,1)	127		
		Örgün Eğitim	123 (96,9)			

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, $p<0,05$



Şekil 2. MDB olgularının eğitim durumunun dağılımı



Şekil 3. YDDB olgularının eğitim durumunun dağılımı

Olguların anne ve baba yaşı incelendiğinde, YDDB grubundaki olgularının ortalama anne yaşı $40,9 \pm 6,03$ yıl, MDB grubundaki olguların ise $43,1 \pm 5,78$ yıl olarak görülmüştür. Gruplar birbiriyle karşılaştırıldığında YDDB grubundaki annelerin MDB grubundaki annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde genç olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). YDDB grubundaki babaların ortalama yaşı $45,2 \pm 6,24$ yıl, MDB grubundaki babaların ise $46,9 \pm 6,24$ yıldır. Gruplar karşılaştırıldığında YDDB grubundaki olguların babaları daha genç olsa da gruplar arasında baba yaşı açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 11).

Olguların kardeş sayıları incelendiğinde YDDB grubundaki olguların ortalama kardeş yaşı $2,0 \pm 1,7$, MDB grubundaki olguların ise $1,9 \pm 1,7$ 'dir. Gruplar karşılaştırıldığında kardeş yaşı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. YDDB ve MDB Gruplarının Anne yaşı, Baba yaşı ve Kardeş Sayılarının Karşılaştırılması

		N	Ortalama \pm SS	t	p
Anne Yaşı	YDDB	105	$40,9 \pm 6,03$	2,803	0,006
	MDB	125	$43,1 \pm 5,78$		
Baba Yaşı	YDDB	100	$45,2 \pm 6,24$	1,974	0,050
	MDB	122	$46,9 \pm 6,24$		
Kardeş Sayısı	YDDB	106	$2,0 \pm 1,7$	0,317	0,724
	MDB	127	$1,9 \pm 1,7$		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, SS: Standart Sapma, $p < 0,05$

Gruplar arasındaki sosyodemografik veriler karşılaştırıldığında YDDB grubundaki olguların 1'inin (%0,9) annesi vefat etmiştir, MDB grubundaki olguların ise 2'sinin (%1,6) annesi vefat etmiştir. Anne vefat durumu açısından her iki grup arasında istatistiki fark görülmemiştir ($p > 0,05$). YDDB olgularının 6'sında (%5,7) baba vefatı görülürken, MDB olgularının 5'inde (%3,9) görülmüştür. Gruplar karşılaştırıldığında baba vefat durumu açısından anlamlı istatistiki fark saptanmamıştır ($p > 0,05$). Olguların

çalışma durumu incelendiğinde YDDB grubundaki olguların annelerinden çalışan 37 (%35,2) anne, çalışmayan 67 (%63,8) anne ve emekli olan 1 (%0,9) anne bulunurken, MDB grubunda çalışan 42 (%33,6) anne, çalışmayan 82 (%65,6) anne ve emekli olan 1 (%0,8) anne bulunmaktadır. Annelerin çalışma durumları gruplar arasında karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Gruplar arasında babaların çalışma durumu karşılaştırıldığında YDDB grubunda babaların 88'inin (%87,1) çalıştığı, 5'inin (%4,9) çalışmadığı ve 8'inin (%6,6) emekli olduğu görülmüştür. Babaların çalışma durumu gruplar arasında karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Annelerin eğitim durumu incelendiğinde YDDB grubundaki annelerin 34'ü (%32,1) ilkokul, 18'i (%17) ortaokul, 38'i (%35,8) lise, 16'sı (%15) üniversite mezunudur. MDB grubundaki annelerin ise 43'ü (%33,8) ilkokul, 21'i (%15,5) ortaokul, 41'i (%32,2) lise ve 22'si (%17,3) üniversite mezunudur. Annelerin eğitim durumu gruplar arasında karşılaştırıldığında istatistiki olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Babaların eğitim durumuna bakıldığında YDDB grubundaki babaların 30'u (%28,3) ilkokul, 17'si (%16,0) ortaokul, 40'ı (%37,7) lise, 18'i (%16,9) üniversite mezunudur ve 1'i (%0,9) okula gitmemiştir. MDB grubundaki babaların ise 33'ü (%25,9) ilkokul, 18'i (%14,1) ortaokul, 34'ü (%26,7) lise, 41'i (%32,2) üniversite mezunudur ve 1'i (%0,7) okula gitmemiştir. Babaların eğitim durumu gruplar arasında karşılaştırıldığında MDB grubundaki babaların YDDB grubundaki babalara göre istatistiki olarak anlamlı şekilde daha yüksek eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Olguların anne ve babaları arasındaki akrabalık durumu incelendiğinde YDDB grubundaki olguların ebeveynlerinin 11'i (%10,3) akraba, MDB grubundaki ebeveynlerin ise 16'sı (%12,6) akrabadır. Gruplar karşılaştırıldığında ebeveynlerin akrabalığı açısından istatistiki olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 13).

Tablo 13. YDDB ve MDB gruplarının ailelerinin sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması

			N (%)	Toplam	χ^2	p
Annenin Vefat Durumu	YDDB	Vefat Etmiş	1 (0,9)	106	0,181	0,670
		Vefat Etmemiş	105 (99,1)			
	MDB	Vefat Etmiş	2 (1,6)	127		
		Vefat Etmemiş	125 (98,4)			
Babanın Vefat Durumu	YDDB	Vefat Etmiş	6 (5,7)	106	0,381	0,537
		Vefat Etmemiş	100 (94,3)			
	MDB	Vefat Etmiş	5 (3,9)	127		
		Vefat Etmemiş	122 (96,1)			
Anne Mesleği	YDDB	Çalışıyor	37 (35,2)	105	2,125	0,547
		Çalışmıyor	67 (63,8)			
		Emekli	1 (0,9)			
	MDB	Çalışıyor	42 (33,6)	125		
		Çalışmıyor	82 (65,6)			
		Emekli	1 (0,8)			
Baba Mesleği	YDDB	Çalışıyor	88 (87,1)	101	1,007	0,800
		Çalışmıyor	5 (4,9)			
		Emekli	8 (7,9)			
	MDB	Çalışıyor	104 (85,9)	121		
		Çalışmıyor	5 (4,1)			
		Emekli	8 (6,6)			
Anne Eğitim Düzeyi	YDDB	İlkokul	34 (32,1)	106	0,455	0,929
		Ortaokul	18 (17)			
		Lise	38 (35,8)			
		Üniversite	16 (15)			
	MDB	İlkokul	43 (33,8)	127		
		Ortaokul	21 (15,5)			
		Lise	41 (32,2)			
		Üniversite	22 (17,3)			
Baba Eğitim Düzeyi	YDDB	İlkokul	30 (28,3)	106	9,528	0,049
		Ortaokul	17 (16,0)			
		Lise	40 (37,7)			
		Üniversite	18 (16,9)			
		Okula Gitmemiş	1 (0,9)			
	MDB	İlkokul	33 (25,9)	127		
		Ortaokul	18 (14,1)			
		Lise	34 (26,7)			
		Üniversite	41 (32,2)			
		Okula Gitmemiş	1 (0,7)			
Ebeveynler Arasında Akrabalık	YDDB	Akraba	11 (10,3)	106	0,278	0,598
		Akraba Değil	95 (89,6)			
	MDB	Akraba	16 (12,6)	127		
		Akraba Değil	111 (87,4)			

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, p<0,05

Olguların ev içi şiddete tanık olup olmama durumu incelendiğinde MDB grubundaki olguların 57'si (%44,8) ev içi şiddete tanıklık ederken, YDDB grubundaki olguların ise 63'ünün (%59,4) tanıklık ettiği görülmüştür. Gruplar birbiriyle karşılaştırıldığında YDDB grubundaki olguların MDB grubundaki olgulara göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranlarda ev içi şiddete maruz kaldığı görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 14).

Ebeveynlerin ve yasal vasilerin cevaplarına göre MDB grubundaki olguların 60'ı (%47,2) intihar girişimi olmadan kendisine zarar verici davranışlarda bulunurken, YDDB grubundaki olguların 49'u (%46,2) bulunmaktadır. Olguların suicidal olmayan kendisine zarar verici davranışları arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0,05$). Olguların intihar düşüncesi incelendiğinde, MDB grubundaki olguların 79'unda (%62,2) intihar düşüncesi varken, YDDB grubundaki olguların 40'ında (%37,7) vardır. Gruplar birbiriyle karşılaştırıldığında, MDB grubundaki olguların anlamlı düzeyde daha yüksek oranlarda intihar düşüncesi olduğu görülmüştür ($p<0,05$). MDB grubundaki olguların 40'ı (%31,4) intihar girişiminde bulunmuşken, YDDB grubundaki olguların 26'sı (%24,5) bulunmuştur. Gruplar birbiriyle karşılaştırıldığında intihar girişimi açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Olguların İntihar Girişiminde Bulunma ve Ev İçi Şiddete Tanık Olma Durumu

		YDDB N: 106	MDB N: 127	χ^2	p
Ev İçi Şiddete Tanıklık	Var	63 (59,4)	57 (44,8)	4,898	0,027
	Yok	43 (40,5)	70 (55,1)		
İntihar Girişimi Olmadan KZVD	Var	49 (46,2)	60 (47,2)	0,024	0,877
	Yok	57 (53,7)	67 (52,7)		
İntihar Düşüncesi	Var	40 (37,7)	79 (62,2)	13,843	0,000
	Yok	66 (62,2)	48 (37,7)		
İntihar Girişimi	Var	26 (24,5)	40 (31,4)	1,382	0,240
	Yok	80 (75,4)	87 (68,5)		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, $p<0,05$

4.4. ÇDŞG-ŞY DSM-5 Yarı Yapılandırılmış Tanı Görüşmesi

Olguların tanı görüşmelerinde değerlendirme ÇDŞG-ŞY DSM-5 kullanılarak yarı yapılandırılmış görüşme şeklinde gerçekleşmiştir. Çocukların tanı görüşmesi sonucunda sinirlilik, mutsuzluk ve keyifsizlik ile başvuran ve çalışmaya dahil edilen hastalardan 106 (%45,5) çocuğun şimdi ve yaşam boyu YDDB tanısı, 127 (%54,5) çocuğun şimdi, 130 (%55,8) çocuğun yaşam boyu MDB tanısı, 124 (%53,2) çocuğun şimdi ve yaşam boyu DEHB tanısı, 24 (%10,3) çocuğun şimdi ve yaşam boyu davranım bozukluğu tanısı, 22 (%9,4) çocuğun şimdi ve 24 (%10,3) çocuğun yaşam boyu sosyal fobi tanısı, 39 (%16,7) çocuğun şimdi ve 40 (%17,1) çocuğun yaşam boyu yaygın anksiyete bozukluğu tanısı, 35 (%15) çocuğun şimdi ve 37 (%15,8) çocuğun yaşam boyu özgül fobi tanısı, 5 (%2,1) çocuğun şimdi ve yaşam boyu panik bozukluk tanısı, 10 (%4,2) çocuğun şimdi ve yaşam boyu yeme bozukluğu tanısı, 11 (%4,7) çocuğun madde kullanım bozukluğu tanısı, 14 (%6,0) çocuğun şimdi ve 16 çocuğun (%6,8) yaşam boyu travma sonrası stres bozukluğu tanısı, 9 (%3,6) çocuğun şimdi ve 11 çocuğun (%4,7) yaşam boyu OKB tanısı ve 7 (%3,0) çocuğun şimdi ve 8 çocuğun (%3,4) yaşam boyu tik bozukluğu tanısı aldığı görülmüştür (Tablo 15).

Tablo 15. ÇDŞG-ŞY DSM-5 Yarı yapılandırılmış görüşme sonucuna göre tanı sayıları

Tanı	Şimdi N (%)	Yaşam Boyu N (%)
YDDB	106 (45,5)	106 (45,5)
MDB	127 (54,5)	130 (55,8)
DEHB	124 (53,2)	124 (53,2)
Anksiyete Bozuklukları	69 (29,6)	106 (36,4)
Davranım Bozukluğu	24 (10,3)	24 (10,3)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	14 (6,0)	16 (6,8)
Madde Kullanım Bozukluğu	11 (4,7)	11 (4,7)
Enürezis	11 (4,7)	16 (6,8)
Yeme Bozukluğu	10 (4,2)	10 (4,2)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	9 (3,6)	11 (4,7)
Tik Bozuklukları	7 (3,0)	8 (3,4)
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	5 (2,1)	8 (3,4)
Enkoprezis	4 (1,7)	5 (2,1)

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, N: Sayı, %: Yüzde

ÇDŞG-ŞY DSM-5 yarı yapılandırılmış görüşme sonucuna göre MDB ve YDDB tanı kriterlerini aynı anda karşılayan olgular çalışmadan çıkarılmıştır. Bu psikiyatrik hastalıklara eşlik eden komorbid ruhsal hastalıkların sıklığına bakıldığında MDB tanısına 52 (%40,9) olguda anksiyete bozukluğu tanısı, 43 (%33,9) olguda DEHB tanısı, 9 (%7,1) olguda travma sonrası stres bozukluğu tanısı, 6 (%4,7) olguda davranım bozukluğu tanısı, 6 (%4,8) olguda OKB tanısı, 5 (%3,9) olguda yeme bozukluğu tanısı, 5 (%3,9) olguda karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanısı, 2 (%1,6) olguda madde kullanım bozukluğu tanısı ve 2 (%1,6) olguda tik bozukluğu tanısı görülmüştür (Tablo 16).

Tablo 16. Majör Depresif Bozukluk Tanılı Hastaların Komorbid Psikiyatrik Tanı Sayıları

Tanı	Şimdi N (%)	Kız N (%)	Erkek N (%)
Anksiyete Bozuklukları	52 (40,9)	43 (33,8)	9 (7,1)
DEHB	43 (33,9)	37 (29,1)	6 (4,7)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	9 (7,1)	9 (7,1)	0 (0,0)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	6 (4,8)	5 (3,9)	1 (0,8)
Davranım Bozukluğu	6 (4,7)	4 (3,1)	2 (1,6)
Yeme Bozukluğu	5 (3,9)	5 (3,9)	0 (0,0)
Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu	5 (3,9)	4 (3,1)	1 (0,8)
Enürezis	4 (3,1)	4 (3,1)	0 (0,0)
Madde Kullanım Bozukluğu	2 (1,6)	2 (1,6)	0 (0,0)
Tik Bozuklukları	2 (1,6)	1 (0,8)	1 (0,8)

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, N: Sayı, %: Yüzde

Yarı yapılandırılmış görüşme sonucunda YDDB tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin komorbid ruhsal hastalık sayıları ve oranlarına bakıldığında 81 (%76,4) olguda DEHB tanısı, 18 (%17) olguda davranım bozukluğu tanısı, 17 (%16,0) olguda anksiyete bozuklukları tanısı, 9 (%8,5) olguda madde kullanım bozukluğu tanısı, 5 (%4,7) olguda tik bozukluğu, 7 (%6,6) olguda enürezis, 4 (%3,7) olguda enkoprezis, 5 (%4,7) olguda TSSB, 5 (%4,7) olguda yeme bozukluğu, 3 (%2,8) olguda OKB tanısı görülmüştür (Tablo 17).

Tablo 17. Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu Tanılı Hastaların Komorbid Psikiyatrik Tanı Sayıları

Tanı	Şimdi N (%)	Kız N (%)	Erkek N (%)
DEHB	81 (76,4)	61 (57,5)	20 (18,8)
Davranım Bozukluğu	18 (17,0)	14 (13,2)	4 (3,7)
Anksiyete Bozuklukları	17 (16,0)	13 (12,2)	4 (3,7)
Madde Kullanım Bozukluğu	9 (8,5)	9 (8,4)	0 (0,0)
Enürezis	7 (6,6)	2 (1,9)	5 (4,7)
Tik Bozuklukları	5 (4,7)	1 (0,9)	4 (3,7)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	5 (4,7)	5 (4,7)	0 (0,0)
Yeme Bozukluğu	5 (4,7)	5 (4,7)	0 (0,0)
Enkoprezis	4 (3,7)	2 (1,9)	2 (1,9)
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3 (2,8)	2 (1,9)	1 (0,9)

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, N: Sayı, %: Yüzde

4.5. ÇDŞG-ŞY DSM-5 Yarı Yapılandırılmış Tanı Görüşmesi Sonuçlarının YDDB ve MDB Grupları Arasında Karşılaştırılması

YDDB ve MDB grubundaki olguların eşlik eden psikiyatrik tanıları incelendiğinde, YDDB grubundaki olgulara en sık eşlik eden üç ek tanının 81 (%76,4) olguda DEHB, 17 (%16,0) olguda anksiyete bozukluğu ve 18 (%17) olguda davranım bozukluğu; MDB grubunda ise 52 (%40,9) olguda anksiyete bozukluğu, 43 (%33,9) olguda DEHB ve 9 (%7,1) olguda TSSB olduğu görülmüştür.

Olguların ek tanıları gruplar arasında karşılaştırıldığında DEHB, davranım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve enkoprezis tanı oranlarının YDDB grubunda MDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$). Anksiyete bozuklukları, yeme bozukluğu ve TSSB ek tanı oranlarının ise MDB grubunda YDDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Obsesif kompulsif bozukluk, tik bozuklukları, enüreziste ise gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 18).

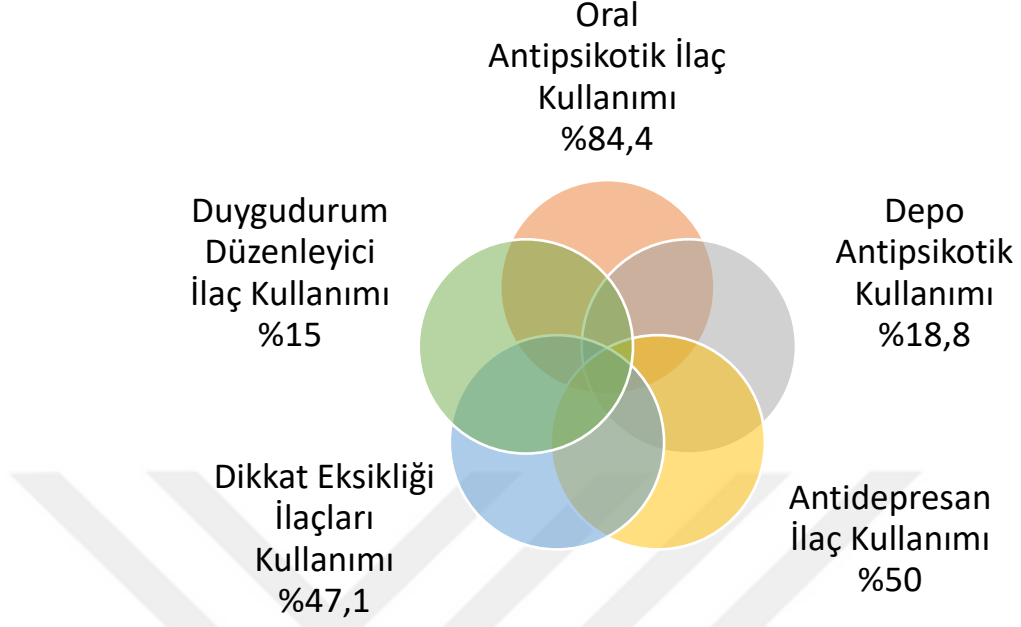
Tablo 18. YDDB ve MDB Gruplarının Ek Tanı Oranları Açısından Karşılaştırılması

Tanı	YDDB Şimdi N (%)	MDB Şimdi N (%)	χ^2	p
DEHB	81 (76,4)	43 (33,9)	42,030	0,000
Anksiyete Bozuklukları	17 (16,0)	52 (40,9)	17,196	0,000
Obsesif Kompulsif Bozukluk	3 (2,8)	3 (2,4)	2,537	0,111
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	0 (0,0)	9 (7,1)	7,814	0,005
Davranım Bozukluğu	18 (17)	6 (4,7)	9,394	0,002
Yeme Bozukluğu	0 (0,0)	5 (3,9)	4,265	0,039
Madde Kullanım Bozukluğu	9 (8,5)	2 (1,6)	6,143	0,013
Tik Bozuklukları	5 (4,1)	2 (1,6)	1,113	0,291
Enürezis	7 (6,6)	5 (3,9)	0,841	0,359
Enkoprezis	4 (3,7)	0 (0,0)	4,876	0,027

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, p<0,05

4.6. Olguların Tedavisinde Kullanılan İlaçlar

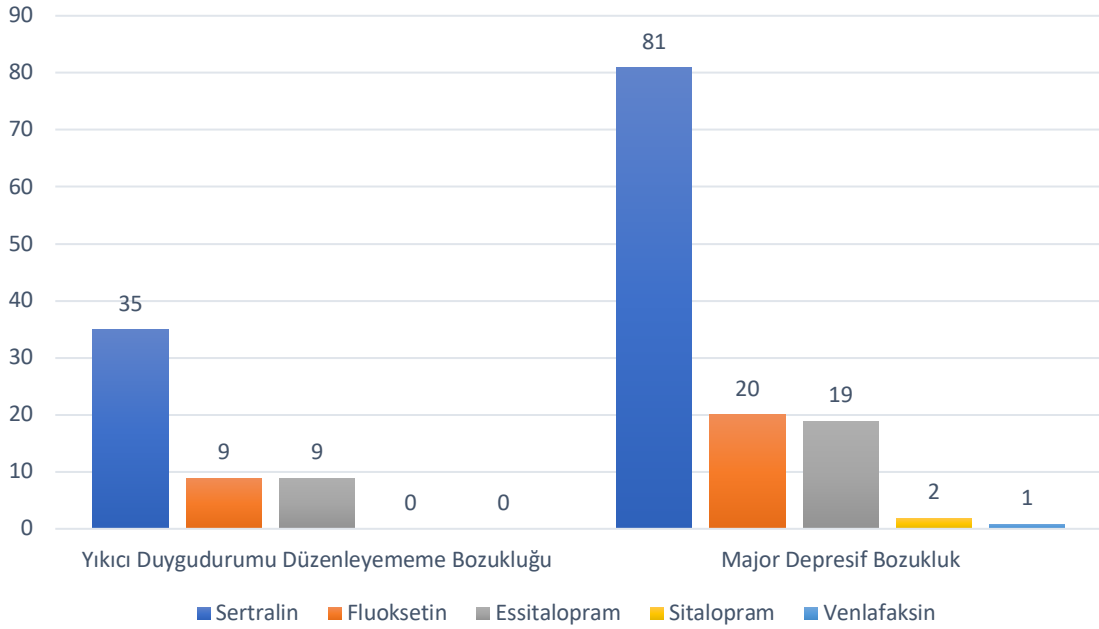
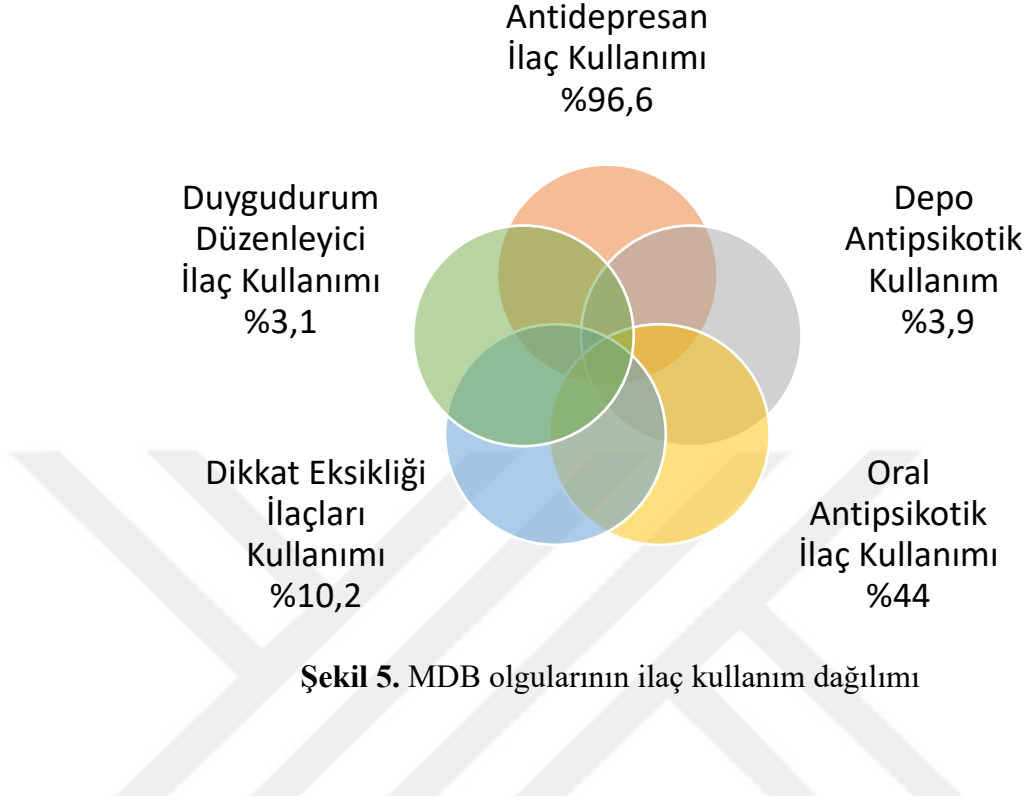
Olguların medikal tedavileri incelendiğinde YDDB tanılı olguların 53'ünün (%50) antidepresan ilaç, 90'nın (%84,9) oral antipsikotik ilaç, 20'sinin (%18,8) depo antipsikotik ilaç, 50'sinin (%47,1) dikkat eksikliği ilaçları ve 16'sının (%15) duygudurum düzenleyici ilaç kullanıldığı görülmüştür (Şekil 4).



Şekil 4. YDDB olgularının ilaç kullanım dağılımı

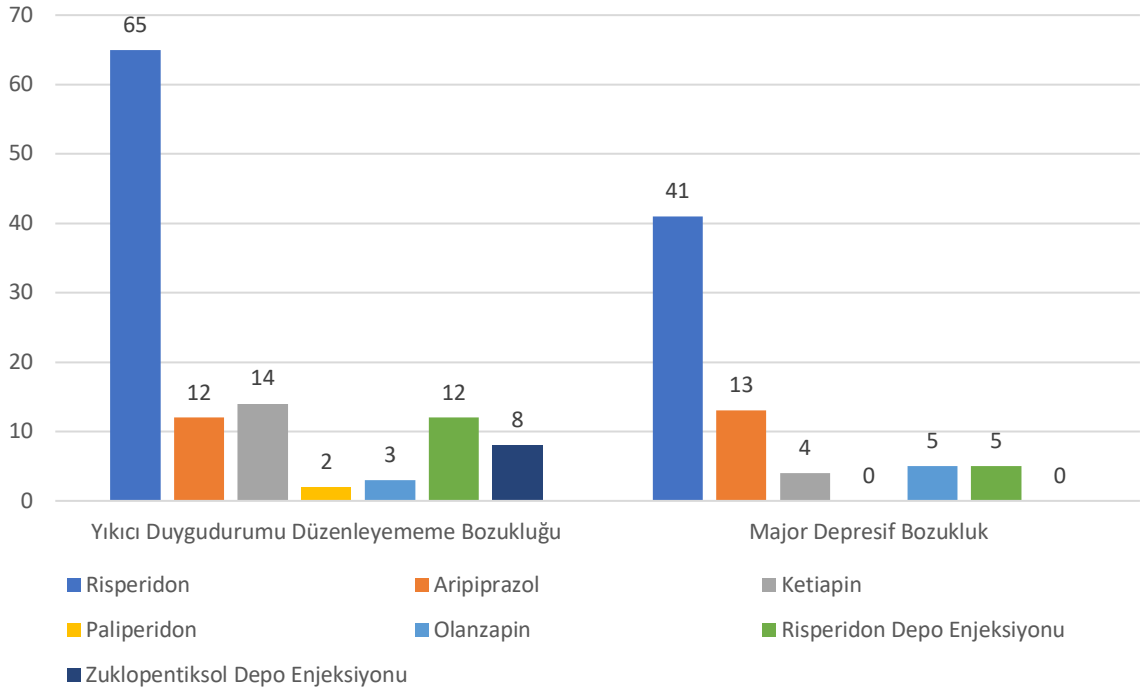
MDB tanıli olguların ise 123'ü (%96,8) antidepresan grubu ilaç, 56'sı (%44,0) oral antipsikotik grubu ilaç, 5'i (%3,9) depo antipsikotik grubu ilaç, 13'ü (%10,2) dikkat eksikliği grubu ilaçları, 4'ü (%3,1) duygudurum düzenleyici grubu ilaçları kullanmaktadır (Şekil 5).

Kullanılan antidepresan ilaç seçimi incelendiğinde YDDB tanıli olguların 35'i (%33) sertralin, 9'u (%8,5) fluoksetin ve 9'u (%8,5) essitalopram kullanırken MDB tanıli olguların ise 81'i (%63,8) sertralin, 20'si (%15,7) fluoksetin, 19'u (%15) essitalopram, 2'si (%1,6) sitalopram, 1'i (%0,8) venlafaksin kullanmaktadır (Şekil 6).



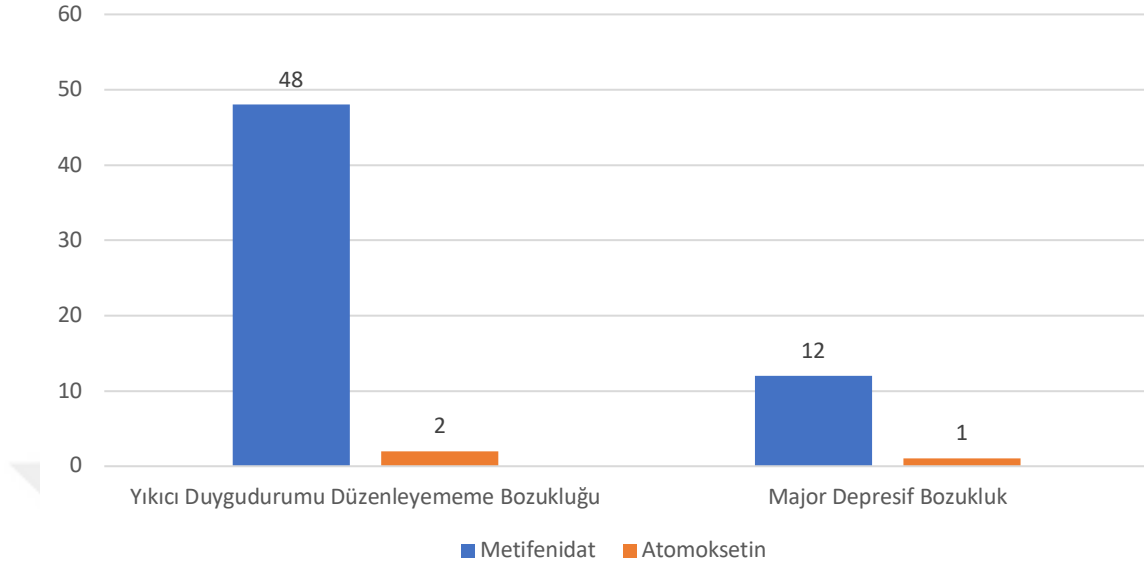
Kullanılan oral antipsikotik ilaç seçimi incelendiğinde YDDB tanılı olguların 65'i (%61,3) risperidon, 14'ü (%13,2) ketiapin, 12'si (%9,4) aripiprazol, 3'ü (%2,8) olanzapin, 2'si (%1,9) paliperidon kullanmaktadır. Depo antipsikotik seçimlerine bakıldığında olguların 12'sinin (%11,3) uzun etkili risperidon depo enjeksiyonu, 8'inin (%7,5) zuklopentiksol depo enjeksiyonu kullandığı görülmüştür (Şekil 7).

Kullanılan oral antipsikotik ilaç seçimi incelendiğinde MDB tanılı olguların 41'i (%32,3) risperidon, 12'si (%9,4) aripiprazol, 4'ü (%3,1) ketiapin, 5'i (%3,9) olanzapin kullanmaktadır. MDB tanılı hastaların depo antipsikotik ilaç seçimine bakıldığında olguların 5'i (%3,9) uzun etkili depo risperidon enjeksiyonu kullanmaktadır (Şekil 7).



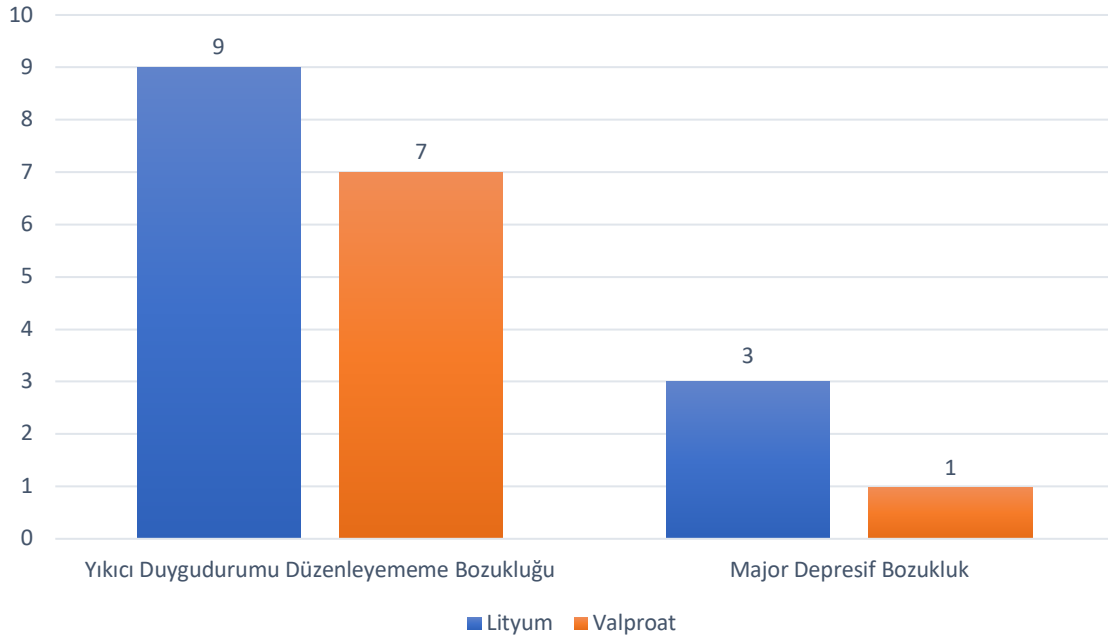
Şekil 7. Olgularda antipsikotik ilaçların kullanım dağılımı

Kullanılan dikkat eksikliği ilaçları incelendiğinde YDDB tanılı olguların 48'i (%45,3) metilfenidat, 2'si (%1,9) atomoksetin kullanırken MDB tanılı olguların ise 12'si (%9,4) metilfenidat, 1'i (%0,8) atomoksetin tedavisi kullanmaktadır (Şekil 8).



Şekil 8. Olgularda dikkat eksikliğinde kullanılan ilaçların dağılımı

Olgularda kullanılan duygudurum düzenleyici ilaç seçimi incelendiğinde YDDB tanılu grupta 9 (%8,5) hastanın lityum, 7 (%6,6) hastanın valproat tedavisi kullandığı MDB tanılu grupta ise 3 (%2,4) hastanın lityum, 9 (%8,5) hastanın valproat tedavisi kullandığı, gözlenmiştir (Şekil 9).



Şekil 1. Olgularda duygudurum düzenleyici ilaçların kullanım dağılımı

4.7. Olguların Tedavisinde Kullanılan İlaçların Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Olguların kullandıkları ilaç grupları incelendiğinde, YDDB grubunda olguların 90'ı (%84,9) oral antipsikotik, 53'ü (%50) antidepresan, 50'si (%47,1) dikkat eksikliği ilaçları, 20'si (%18,8) depo antipsikotik, 15'i (%14,1) duygudurum düzenleyici ilaç kullanmaktadır. MDB grubunda ise olguların 123'ü (%96,8) antidepresan, 56'sı (%44,0) oral antipsikotik, 13'ü (%10,2) dikkat eksikliği ilaçları, 5'i (%3,9) depo antipsikotik ve 4'ü de (%3,1) duygudurum düzenleyici ilaç kullanmaktadır.

İlaç gruplarının kullanılma oranı YDDB ve MDB grupları arasında karşılaştırıldığında, oral ve depo antipsikotik, duygudurum düzenleyici ve dikkat eksikliği ilaçlarının kullanım oranları YDDB grubunda MDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir ($p<0,05$). Antidepresan ilaç kullanımının ise MDB grubunda YDDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 19).

Tablo 19. YDDB ve MDB Gruplarının Tedavide Kullanılan İlaç Grupları Açısından Karşılaştırılması

İlaç Grubu	YDDB N (%)	MDB N (%)	χ^2	p
Antidepresan İlaç Kullanımı	53 (50,0)	123 (96,8)	68,628	0,000
Oral Antipsikotik Kullanımı	90 (84,9)	56 (44,0)	16,369	0,000
Depo Antipsikotik Kullanımı	20 (18,8)	5 (3,9)	13,447	0,000
Dikkat Eksikliği İlaçları Kullanımı	50 (47,1)	13 (10,2)	39,950	0,000
Duygudurum Düzenleyici İlaç Kullanımı	15 (14,1)	4 (3,1)	9,337	0,002

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, $p<0,05$

4.8. Olguların Psikometrik Ölçek Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan çocuk ve ergenlerden Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (ÇDÖ), Epworth Uykululuk Skalası (EUS), Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), Çocuklar

İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (Junior Temperament and Character Inventory) (ÇMKE) ve Güçler ve Güçlükler Anketi'ni (GGA) doldurmaları istenmiştir.

Olguların ÇMKE ölçeğinden aldığı puanlar 6 farklı mizaç özelliğini tanımlamaktadır. Bu mizaç özellikleri incelendiğinde olguların yenilik arayışından (YA) alınan en düşük puan 39, en yüksek puan 98 ve ortalama puan $72,6 \pm 13,0$ 'dır. Zarardan kaçınmadan (ZK) alınan en düşük puan 35, en yüksek puan 97 ve ortalama puan $66,2 \pm 12,1$ 'dir. Ödül bağımlılığına (ÖB) bakıldığında alınan en düşük puan 32, en yüksek puan 82 ve ortalama puan $59,7 \pm 9,4$ 'tür. Sebat etme (SE) incelendiğinde bu mizaç özelliğinden alınan en düşük puan 26, en yüksek puan 81 ve ortalama puanın $53,4 \pm 10,7$ olduğu görülmektedir. Kendini yönetme (KY) puanlarına bakıldığında, alınan en düşük puan 46, en yüksek puan 115 ve ortalama puan $79,0 \pm 13,8$ 'dir. Son olarak iş birliğinden (İB) alınan puanlar incelendiğinde, alınan en düşük puan 31, en yüksek puan 95 ve ortalama puan $67,1 \pm 11,5$ 'tir (Tablo 20).

Tablo 20. Olguların Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri (ÇMKE) Ölçeğinden Aldığı Puanların Ortalamaları

ÇMKE	Minimum	Maksimum	Ortalama \pm SS
MİZAÇ BOYUTLARI			
Yenilik Arayışı	39	98	$72,6 \pm 13,0$
Zarardan Kaçınma	35	97	$66,2 \pm 12,1$
Ödül Bağımlılığı	32	82	$59,7 \pm 9,4$
Sebat Etme	26	81	$53,4 \pm 10,7$
KARAKTER BOYUTLARI			
Kendini Yönetme	46	115	$79,0 \pm 13,8$
İş Birliği	31	95	$67,1 \pm 11,5$

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, ÇMKE: Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri, SS: Standart Sapma

ÇDÖ ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde MDB tanılı olgu grubunda alınan en düşük puan 15 iken en yüksek puan ise 46'dır ve ortalama puan $28,09 \pm 7,0$ 'dir. YDDB grubunda ise alınan en düşük puan 2 iken alınan en yüksek puan 19'dur ve ortalama puan $11,24 \pm 3,7$ 'dir. Olguların PUKİ ölçeğinden aldığı puanlara bakıldığında YDDB

grubunun PUKİ'den aldığı en düşük puan 1, en yüksek puan 17'dir ve ortalama puan $6,84 \pm 3,4$ 'tür. MDB grubunun PUKİ'den aldığı en düşük puan 0, en yüksek puan 20'dir ve ortalama puan $8,70 \pm 4,0$ 'tür. EUS puanları incelendiğinde YDDB grubunun EUS'tan aldığı en düşük puan 0, en yüksek puan 23'tür ve ortalama puan $11,9 \pm 6,0$ 'dır. MDB grubunun EUS'tan aldığı en düşük puan 0, en yüksek puan 24 ve ortalama puan ise $13,9 \pm 5,3$ 'tür (Tablo 21).

Tablo 21. Olguların ÇDÖ, EUS ve PUKİ Psikometrik Ölçeklerinden Aldıkları Puanların Ortalamaları

Psikometrik Ölçek		Minimum	Maksimum	Ortalama \pm SS
ÇDÖ	YDDB	2	19	$11,24 \pm 3,7$
	MDB	15	46	$28,09 \pm 7,0$
PUKİ	YDDB	1	17	$6,84 \pm 3,4$
	MDB	0	20	$8,70 \pm 4,0$
EUS	YDDB	0	23	$11,9 \pm 6,0$
	MDB	0	24	$13,9 \pm 5,3$

ÇDDÖ: Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği, PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği, EUS: Epworth Uykululuk Skalası, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, MDB: Majör Depresif Bozukluk, SS:Standart Sapma

Olguların öz bildirimine dayanan Güçler ve Güçlükler Anketi Çocuk Formu'ndan aldığı puanlar kategorize edilerek 4 temel sorun alanı ve 1 güçlü alan tanımlanır. Bu dört sorun alanının toplamı ise toplam güçlük puanını oluşturur. Gruplardaki olguların dikkat ve hareketlilik sorunlarında ortalama $5,3 \pm 2,4$ puan, davranım sorunlarında $3,3 \pm 2,0$ puan, duygusal sorunlarda $4,8 \pm 2,7$ puan, akran sorunlarında $3,7 \pm 1,9$ puan aldığı ve ortalama toplam güçlük puanının $17,1 \pm 6,1$ puan olduğu görülmüştür. Sosyal uyum alanında ise olguların ortalama $7,4 \pm 2,2$ puan aldığı gözlenmiştir (Tablo 22).

Tablo 22. Olguların Güçler ve Güçlükler Ölçeği Çocuk Formu Puanlarının Ortalamaları

Güçler ve Güçlükler Ölçeği Çocuk Formu	Minimum	Maksimum	Ortalama ± SS
Dikkat ve Hareketlilik Sorunları	0	10	5,3 ± 2,4
Davranış Sorunları	0	9	3,3 ± 2,0
Duygusal Sorunlar	0	10	4,8 ± 2,7
Akran Sorunları	0	8	3,7 ± 1,9
Toplam Güçlük Puanı	3	32	17,1 ± 6,1
Sosyal Uyum	1	10	7,4 ± 2,2

SS: Standart Sapma

Olguların ebeveynlerinin bildirimlerinden elde edilen verilere dayanan Güçler ve Güçlükler Ölçeği Ebeveyn Formu'ndan alınan puanlar incelendiğinde, dikkat ve hareketlilik sorunlarından alınan en düşük puanın 0, en yüksek puanın 10 ve ortalama puanın $5,1 \pm 2,3$, davranış sorunlarından alınan en düşük puanın 0, en yüksek puanın 9 ve ortalama puanın $3,4 \pm 2,2$, duygusal sorunlarından alınan en düşük puanın 0, en yüksek puanın 10 ve ortalama puanın $5,0 \pm 2,6$, akran sorunlarından alınan en düşük puanın 0, en yüksek puanın 13 ve ortalama puanın $3,9 \pm 1,8$ olduğu görülmüştür. Bu dört sorun alanından elde edilen puanların toplanmasıyla elde edilen toplam güçlük puanı incelendiğinde, alınan en düşük puan 3, en yüksek puan 35 ve ortalama puan $17,5 \pm 6,2$ 'dir. Sosyal uyum alanında ise alınan en düşük puan 0, en yüksek puan 10 ve ortalama puan $6,6 \pm 2,3$ 'tür (Tablo 23).

Tablo 23. Olguların Güçler ve Güçlükler Ölçeği Ebeveyn Formu Puanlarının Ortalamaları

Güçler ve Güçlükler Ölçeği Ebeveyn Formu	Minimum	Maksimum	Ortalama ± SS
Dikkat ve Hareketlilik Sorunları	0	10	5,1 ± 2,3
Davranış Sorunları	0	9	3,4 ± 2,2
Duygusal Sorunlar	0	10	5,0 ± 2,6
Akran Sorunları	0	13	3,9 ± 1,8
Toplam Güçlük Puanı	3	35	17,5 ± 6,2
Sosyal Uyum	0	10	6,6 ± 2,3

SS: Standart Sapma

Olguların ailelerinin sosyoekonomik düzeylerini kategorize edebilmek amacıyla Hollingshead-Redich Ölçeği kullanılmıştır. Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda anne-baba veya üniversite eğitimi almış ya da yüksek idari konumda anne-babaya sahip olgular yüksek, küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-babaya sahip olgular orta, yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba veya yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş anne-babaya sahip olan olgular ise düşük sosyoekonomik düzey grubuna dahil edilmiştir (Tablo 22). Elde edilen veriler incelendiğinde araştırmaya dahil edilen olguların 34'ü (%14,6) yüksek, 71'i (%30,5) orta ve 128'i (%54,9) yüksek sosyoekonomik düzeye sahiptir (Tablo 24).

Tablo 24. Olguların Ebeveynlerinin Hollingshead-Redich Ölçeği'ne Göre Sosyoekonomik Düzey Açısından Sınıflandırılması

SED Düzey	Hollingshead-Redich Ölçeği	N	%
Yüksek	Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda anne-baba	8	3,4
	Üniversite eğitimi almış ya da yüksek idari konumda anne-baba	26	11,2
Orta	Küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	71	30,5
Düşük	Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba	70	30,0
	Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş anne-baba	58	24,9

N: Sayı, %:Yüzde, SED: Sosyoekonomik Düzey

4.9. Olguların Psikometrik Test Sonuçlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen olguların ÇDÖ, PUKİ, EUS, ÇMKE ve GGA ölçeklerini; ebeveynleri ya da bakım verenlerinin ise Sosyodemografik Form ve GGA ölçeklerini doldurmaları istenmiştir. Klinisyen ÇDŞG-ŞY DSM-5 Yarı Yapılandırılmış Tanı Görüşmesi ile tanı değerlendirmesini yapmıştır ve görüşme içerisinde edindiği bilgiler aracılığıyla sosyoekonomik durumu Hollingshead Redich Ölçeği'ni kullanarak sınıflandırılmıştır.

4.9.1. Olguların Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanterinden Aldıkları Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması

ÇMKE'den alınan puanlar gruplar arasında altı farklı mizaç özelliği bakımından YDDB ve MDB grupları arasında karşılaştırılmıştır. Yenilik arayışı mizaç özelliğine bakıldığında, YDDB grubunda alınan ortalama puan $73,7 \pm 13,4$ iken, MDB grubunda $71,7 \pm 12,6$ 'dır ve iki grup birbiriyle karşılaştırıldığında yenilik arayışı mizaç özelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Zarardan kaçınma mizaç özelliğinde YDDB grubunda alınan ortalama puan $60,8 \pm 10,6$, MDB grubunda $70,7 \pm 11,5$ 'tir. Gruplar karşılaştırıldığında MDB grubunun YDDB grubuna göre zarardan kaçınma mizaç özelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı görülmüştür ($p<0,05$).

Mizaç özelliklerinden ödül bağımlılığı incelendiğinde, YDDB grubunun ortalama puanının $58,1 \pm 10,4$, MDB grubunun ise $61,0 \pm 8,3$ olduğu görülmüştür. Gruplar karşılaştırıldığında ödül bağımlılığı mizaç özelliği açısından MDB grubundaki olgular, YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek puan almıştır ($p<0,05$).

Sebat etme mizaç özelliği incelendiğinde, YDDB grubundaki olguların ortalama puanı $54,0 \pm 10,5$, MDB grubundaki olguların ise $52,9 \pm 10,9$ 'dur ve gruplar karşılaştırıldığında YDDB ve MDB grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Kendini yönetme karakter özelliğine bakıldığında, YDDB grubundaki olguların aldığı ortalama puan $80,3 \pm 13,7$, MDB grubundaki olguların ise $77,9 \pm 13,8$ 'dir ve gruplar karşılaştırıldığında YDDB ve MDB grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Son olarak iş birliği karakter özelliğinde YDDB grubundaki olguların ortalama puanlarının $64,5 \pm 12,2$, MDB grubundakilerin ise $69,2 \pm 10,3$ olduğu görüşmüştür. Gruplar karşılaştırıldığında MDB grubundaki olguların, YDDB grubundaki olgulara göre

iş birliği mizaç özelliği açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 25).

Tablo 25. Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanterinden Alınan Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması

ÇMKE	YDDB (N= 105)	MDB (N= 127)	t	p
MİZAÇ BOYUTLARI				
Yenilik Arayışı	73,7 ± 13,4	71,7 ± 12,6	1,159	0,248
Zarardan Kaçınma	60,8 ± 10,6	70,7 ± 11,5	6,724	0,000
Ödül Bağımlılığı	58,1 ± 10,4	61,0 ± 8,3	2,340	0,020
Sebat Etme	54,0 ± 10,5	52,9 ± 10,9	0,741	0,459
KARAKTER BOYUTLARI				
Kendini Yönetme	80,3 ± 13,7	77,9 ± 13,8	1,314	0,190
İş Birliği	64,5 ± 12,2	69,2 ± 10,3	3,175	0,002

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, DEHB: N: Sayı, SS:Standart Sapma, $p<0,05$

Olguların ÇMKE'den aldıkları puanlar cinsiyetler arasında karşılaştırıldığında kızlar arasında MDB tanılı olguların YDDB tanılı olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde zarardan kaçınma, ödül bağımlılığı ve iş birliği puanlarına sahip olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 26).

Erkek olgular incelendiğinde MDB grubundaki olguların zarardan kaçınma mizaç özelliğinde YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 26). Yenilik arayışı mizaç özelliğinde YDDB grubundaki erkek hastalar daha yüksek puanlar alsa da gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p>0,05$) (Tablo 26).

Tablo 26. Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanterinden Alınan Puanların Cinsiyetlere Göre Gruplar Arasında Karşılaştırılması

ÇMKE	YDDB Kız	MDB Kız	t	p	YDDB Erkek	MDB Erkek	t	p
MİZAÇ BOYUTLARI								
Yenilik Arayışı	75,3±12,4	73,4±11,5	1,075	0,284	68,6±15,6	59,0±14,0	1,955	0,058
Zarardan Kaçınma	61,0±10,2	70,9±11,0	6,322	0,000	60,3±12,1	69,4±15,3	2,075	0,045
Ödül Bağımlılığı	58,3±9,7	61,2±8,4	2,219	0,028	57,6±12,4	59,6±7,8	0,535	0,595
Sebat Etme	53,9±10,8	53,2±11,0	0,443	0,658	54,4±9,6	51,3±11,0	0,932	0,357
KARAKTER BOYUTLARI								
Kendini Yönetme	78,9±13,3	77,1±13,2	0,444	0,370	84,7±14,3	83,4±17,1	0,262	0,795
İş Birliği	63,7±12,1	68,7±10,2	3,101	0,002	67,2±12,4	73,0±10,8	1,510	0,139

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, SS:Standart Sapma, p<0,05

Hastaların ÇMKE'den aldıkları puanlar mizaç ve karakter alt boyutları konusunda incelendiğinde, yenilik arayışı mizaç özelliğinin alt boyutlarında gruplar arasında fark görülmemiştir (p>0,05). Zarardan kaçınma mizaç özelliğinin beklenti endişesi, belirsizlik korkusu, utangaçlık ve çabuk yorulmadan oluşan dört alt boyutunda da MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir (p<0,05) (Tablo 31). Ödül bağımlılığı mizaç özelliğine bakıldığında, duygusallık ve bağımlılık alt boyutlarında MDB grubundaki olgular YDDB grubundaki olgulara göre anlamlı şekilde daha yüksek puanlar almıştır (p<0,05). Sebat etme mizaç özelliğinde gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 27).

Olguların karakter özelliklerinden aldıkları puanlar incelendiğinde, kendini yönetme karakter özelliğinin, kendini kabullenme alt boyutunda YDDB grubundaki olguların MDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür (p<0,05). İş birliği karakter özelliğinde ise, empati duyma, yardımseverlik ve acıma alt boyutlarında MDB grubundaki olgular YDDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almıştır (p<0,05) (Tablo 27).

Tablo 27. Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanterinden Alt Boyutlarından Alınan Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması

ÇMKE	YDDB (n= 105)	MDB (n= 127)	t	p
YENİLİK ARAYIŞI				
YA1 (Keşfetmekten Heyecan Duyma)	19,2±3,8	19,3±3,7	0,323	0,747
YA2 (Dürtüsellik)	18,8±5,2	17,9±4,6	1,244	0,215
YA3 (Savurganlık)	17,4±4,8	16,6±4,0	1,296	0,196
YA4 (Düzensizlik)	18,3±4,9	17,7±4,7	0,919	0,359
ZARARDAN KAÇINMA				
ZK1 (Beklenti Endişesi)	17,5±4,1	20,6±4,3	5,568	0,000
ZK2 (Belirsizlik Korkusu)	10,3±3,1	11,7±3,2	3,280	0,001
ZK3 (Utangaçlık)	14,4±3,4	16,6±3,9	4,478	0,000
ZK4 (Çabuk Yorulma)	18,4±4,4	21,6±4,3	5,495	0,000
ÖDÜL BAĞIMLILIĞI				
ÖB1 (Duygusallık)	13,1±3,3	14,5±2,8	3,439	0,001
ÖB2 (İletişime Açıklık)	10,0±3,0	9,7±3,0	0,604	0,546
ÖB3 (Bağlanma)	18,8±4,8	19,0±3,8	0,228	0,820
ÖB4 (Bağımlılık)	16,1±3,6	17,7±3,5	3,336	0,001
SEBAT ETME				
SE1 (Heveslilik)	11,4±3,1	10,9±3,3	1,141	0,255
SE2 (Sıkı Çalışma)	14,6±4,6	13,6±4,5	1,658	0,099
SE3 (Hırslılık)	12,8±2,9	12,6±2,9	0,441	0,659
SE4 (Mükemmeliyetçilik)	15,1±3,8	15,7±3,5	1,243	0,215
KENDİNİ YÖNETME				
KY1 (Sorumluluk Alma)	23,1±5,1	23,1±4,8	0,079	0,937
KY2 (Amaçlılık)	19,9±3,9	19,6±4,6	0,563	0,574
KY3 (Beceriklilik)	20,7±4,1	20,7±4,2	0,000	1,000
KY4 (Kendini Kabullenme)	16,3±4,8	14,3±4,5	3,253	0,001
İŞ BİRLİĞİ				
İB1 (Sosyal Onaylanma)	18,2±4,3	17,8±3,8	0,725	0,569
İB2 (Empati Duyma)	17,9±4,4	20,1±3,7	4,025	0,000
İB3 (Yardımsızlık)	14,9±3,2	15,7±3,0	2,048	0,042
İB4 (Acıma)	13,4±3,7	15,4±3,2	4,366	0,000

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, SS: Standart Sapma, p<0,05, YA: Yenilik Arayışı, ZK: Zarardan Kaçınma, ÖB: Ödül Bağımlılığı, SE: Sebat Etme, KY: Kendini Yönetme, İB: İş Birliği

Mizaç alt boyutları cinsiyete göre incelendiğinde kız hastalarda, MDB grubunda beklenti endişesi, belirsizlik korkusu, utangaçlık, çabuk yorulma, duygusallık, bağımlılık, mükemmeliyetçilik, empati duyma, yardımseverlik ve acıma alt alanlarının YDDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Erkek hastalar incelendiğinde MDB grubunda belirsizlik korkusu, çabuk yorulma, empati duyma ve acıma alt alanları YDDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir (Tablo 28).

Tablo 28. Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanterindeki Mizaç ve Karakter Alt Boyut Puanlarının Cinsiyetlere Göre Gruplar Arasında Karşılaştırılması

ÇMKE	YDDB Kız	MDB Kız	t	p	YDDB Erkek	MDB Erkek	t	p
YENİLİK ARAYIŞI								
YA1 (Keşfetmekten Heyecan Duyma)	19,6±3,8	19,8±3,5	0,412	0,681	17,7±3,5	15,4±3,2	1,999	0,053
YA2 (Dürtüsellik)	19,2±5,0	18,4±4,4	1,207	0,229	17,4±5,5	14,9±5,1	1,403	0,169
YA3 (Savurganlık)	17,9±4,5	16,9±3,8	1,591	0,113	15,7±5,5	14,2±5,0	0,832	0,411
YA4 (Düzensizlik)	18,4±4,7	18,1±4,4	0,427	0,670	17,8±5,3	14,4±5,5	1,941	0,060
ZARARDAN KAÇINMA								
ZK1 (Beklenti Endişesi)	17,7±4,0	20,8±4,2	5,132	0,000	16,9±4,4	19,6±5,8	1,654	0,106
ZK2 (Belirsizlik Korkusu)	10,4±3,1	11,6±3,1	2,519	0,013	10,0±2,9	12,4±3,3	2,339	0,025
ZK3 (Utangaçlık)	14,2±3,2	16,7±3,9	4,637	0,000	14,9±3,9	15,8±4,4	0,623	0,537
ZK4 (Çabuk Yorulma)	18,5±4,5	21,7±4,3	4,937	0,000	18,3±4,4	21,5±4,8	2,110	0,041
ÖDÜL BAĞIMLILIĞI								
ÖB1 (Duygusallık)	13,1±3,3	14,7±2,7	3,648	0,000	13,2±3,4	13,2±3,2	0,036	0,971
ÖB2 (İletişime Açıklık)	10,0±3,0	9,6±3,0	0,911	0,363	9,9±3,3	10,8±2,7	0,875	0,387
ÖB3 (Bağlanma)	18,7±4,5	19,0±3,9	0,346	0,730	19,1±5,9	19,0±3,8	0,054	0,957
ÖB4 (Bağımlılık)	16,4±3,4	17,9±3,5	2,911	0,004	15,3±4,2	16,4±3,2	0,889	0,380
SEBAT ETME								
SE1 (Heveslilik)	11,5±3,0	10,9±3,3	1,425	0,156	10,9±3,5	11,2±3,4	0,210	0,835
SE2 (Sıkı Çalışma)	14,3±4,2	13,6±4,4	1,030	0,304	15,8±5,5	13,8±5,3	1,100	0,278
SE3 (Hırslılık)	12,8±3,1	12,8±2,8	0,173	0,863	12,7±7,6	11,7±3,3	1,068	0,292
SE4 (Mükemmeliyetçilik)	15,1±4,0	15,8±3,6	1,242	0,216	14,8±3,4	14,5±2,4	0,340	0,736
KENDİNİ YÖNETME								
KY1 (Sorumluluk Alma)	22,8±4,8	22,9±4,8	0,139	0,890	24,4±5,8	25,0±4,6	0,295	0,770
KY2 (Amaçlılık)	19,7±3,9	19,3±4,4	0,592	0,555	20,7±4,0	21,7±5,1	0,696	0,491
KY3 (Beceriklilik)	20,3±4,1	20,7±4,1	0,669	0,504	22,1±3,7	20,8±5,2	0,881	0,384
KY4 (Kendini Kabullenme)	16,0±4,5	14,1±4,5	2,835	0,005	17,4±5,5	15,8±4,9	0,914	0,367
İŞ BİRLİĞİ								
İB1 (Sosyal Onaylama)	17,9±4,1	17,7±3,5	0,412	0,681	19,0±4,9	18,5±5,5	0,299	0,766
İB2 (Empati Duyma)	17,8±4,3	19,9±3,7	3,636	0,000	18,3±4,8	21,3±3,4	2,056	0,047
İB3 (Yardımseverlik)	14,7±3,2	15,7±3,1	2,017	0,045	15,5±3,0	16,4±2,3	0,956	0,345
İB4 (Acıma)	13,1±3,7	15,2±3,2	4,093	0,000	14,2±3,3	16,8±3,2	2,306	0,027

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, SS:Standart Sapma, p<0,05, YA: Yenilik Arayışı, ZK: Zarardan Kaçınma, ÖB: Ödül Bağımlılığı, SE: Sebat Etme, KY: Kendini Yönetme, İB: İş Birliği

DEHB komorbiditesine sahip YDDB ve MDB tanılı olgu grupları birbiriyle karşılaştırıldığında yenilik arayışı, sebat etme ve kendini yönetme alanlarında istatistiki olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$) (Tablo 29).

Zarardan kaçınma mizaç özelliğinin beklenti endişesi, utangaçlık ve çabuk yorulma alt boyutları MDB+DEHB grubunda, YDDB+DEHB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır ($p<0,05$). Ödül bağımlılığı mizaç özelliğinin duygusallık ve bağımlılık alt boyutları da MDB+DEHB grubunda, YDDB+DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahiptir ($p<0,05$). İş birliği karakter boyutunun empati duyma, yardımseverlik ve acıma alt boyutları da MDB+DEHB grubunda, YDDB+DEHB grubuna göre daha yüksek puanlara sahiptir ($p<0,05$) (Tablo 29).

Olgular DEHB komorbiditesi olup olmasına göre ayrılmadığında belirsizlik korkusu alt boyutunda MDB grubundaki olguların YDDB grubuna göre, kendini kabullenme alt boyutunda ise YDDB grubunun MDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek ortalama puanlara sahip olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Tablo 29. Komorbid DEHB Tanılı YDDB ve MDB Olgularının Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Alt Boyutlarından Aldıkları Puanların Karşılaştırılması

Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri	YDDB+DEHB (n= 80)	MDB+DEHB (n= 43)	t	p
YENİLİK ARAYIŞI				
YA1 (Keşfetmekten Heyecan Duyma)	19,2±3,7	19,7±3,6	0,755	0,452
YA2 (Dürtüsellik)	19,1±5,4	17,7±4,7	1,427	0,156
YA3 (Savurganlık)	17,5±4,5	16,6±4,0	0,551	0,583
YA4 (Düzensizlik)	18,3±4,7	17,1±5,0	1,271	0,206
ZARARDAN KAÇINMA				
ZK1 (Beklenti Endişesi)	17,2±4,0	19,8±5,1	3,003	0,003
ZK2 (Belirsizlik Korkusu)	10,4±3,0	11,0±2,9	1,072	0,286
ZK3 (Utangaçlık)	14,2±3,2	16,2±3,5	3,204	0,002
ZK4 (Çabuk Yorulma)	18,1±4,3	20,3±4,9	2,541	0,012
ÖDÜL BAĞIMLILIĞI				
ÖB1 (Duygusalılık)	12,8±3,4	14,3±2,8	2,328	0,022
ÖB2 (İletişime Açıklık)	10,1±3,0	9,7±3,2	0,603	0,547
ÖB3 (Bağlanma)	18,9±4,9	19,6±3,9	0,768	0,444
ÖB4 (Bağımlılık)	15,9±3,7	17,4±3,7	2,034	0,044
SEBAT ETME				
SE1 (Heveslilik)	11,3±3,3	11,0±3,3	0,445	0,657
SE2 (Sıkı Çalışma)	14,2±4,2	13,7±4,5	0,554	0,581
SE3 (Hırslılık)	12,5±3,0	12,5±2,2	0,012	0,991
SD4 (Mükemmeliyetçilik)	15,2±4,0	16,1±2,9	1,379	0,170
KENDİNİ YÖNETME				
KY1 (Sorumluluk Alma)	23,3±4,9	23,3±5,0	0,001	1,000
KY2 (Amaçlılık)	20,2±4,0	20,2±4,2	0,071	0,944
KY3 (Beceriklilik)	20,9±4,2	21,6±4,1	0,932	0,353
KY4 (Kendini Kabullenme)	16,5±4,6	15,6±5,0	0,889	0,376
İŞ BİRLİĞİ				
İB1 (Sosyal Onaylanma)	18,3±4,2	19,0±3,6	1,008	0,316
İB2 (Empati Duyma)	17,9±4,5	19,9±3,9	2,431	0,017
İB3 (Yardıms severlik)	14,8±3,1	16,4±2,5	2,776	0,006
İB4 (Acıma)	13,1±3,8	15,1±3,6	2,775	0,007

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, SS:Standart Sapma, p<0,05, YA: Yenilik Arayışı, ZK: Zarardan Kaçınma, ÖB: Ödül Bağımlılığı, SE: Sebat Etme, KY: Kendini Yönetme, İB: İş Birliği

4.9.2. Olguların PUKİ Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

PUKİ ölçeği uyku kalitesinin ölçülebilmesi amacıyla hazırlanmış, 24 sorudan oluşan bir ölçektir. Uyku kalitesini gösteren 7 farklı bileşen ve puan türü bulunmaktadır. Bu bileşenler hastanın verdiği cevaplar değerlendirilerek klinisyen tarafından 0-3 arasında puanlanmaktadır. YDDB grubundaki olguların vermiş olduğu cevapların puanlandırılması Tablo 30'da gösterilmektedir. Ölçekteki 7 bileşenden alınan puanların toplanması ile toplam PUKİ puanı oluşmaktadır ve bu puan uyku kalitesini tanımlamaktadır. PUKİ toplam puanı ne kadar yüksekse uyku kalitesi de o kadar kötü olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 30. YDDB Grubundaki Olguların PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Dağılımı

PUKİ	0 Puan N (%)	1 Puan N (%)	2 Puan N (%)	3 Puan N (%)
PUKİ Bileşen-1 Uyku Kalitesi	Çok iyi 10 (9,4)	İyi 59 (55,6)	Kötü 29 (27,3)	Çok Kötü 8 (7,5)
PUKİ Bileşen-2 Uyku Latansı	≤ 15 dk. 38 (35,8)	16-30 dk. 24 (22,6)	31-60 dk. 22 (20,7)	>60 dk. 22 (20,7)
PUKİ Bileşen-3 Uyku Süresi	>7 saat 73 (68,8)	6-7 saat 16 (15,0)	5-6 saat 15 (14,1)	<5 saat 2 (1,8)
PUKİ Bileşen-4 Uyku Aışkanlığı	UE ≥ %85 84 (79,2)	%75 ≥ UE ≥ %84 11 (10,3)	%65 ≥ UE ≥ %74 5 (4,7)	UE < %65 6 (5,6)
PUKİ Bileşen-5 Uyku Bozukluğu	Hiç 7 (6,6)	< 1 (hf) 58 (54,7)	1 / 2 kez (hf) 36 (33,9)	3 veya ↑ (hf) 5 (4,7)
PUKİ Bileşen-6 Uyku İlacı Kullanımı	Hiç 72 (67,9)	< 1 (hf) 7 (6,6)	1 / 2 kez (hf) 7 (6,6)	3 veya ↑ (hf) 20 (18,8)
PUKİ Bileşen-7 Gündüz İşlev Bozukluğu	Asla 28 (26,4)	1 / 2 kez (ay) 36 (33,9)	1 / 2 kez (hf) 28 (26,4)	Haftada 3 veya ↑ 14 (13,2)

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği, N:Sayı, %:Yüzde, dk.:Dakika, hf: Hafta, UE: Uyku Etkinliği

MDB grubundaki olgularda YDDB grubundaki olgulara benzer şekilde PUKİ ölçeğindeki soruları son 1 aylarını değerlendirerek doldurmuşlardır. Ölçeklerde verdikleri cevapların 0-3 arasında puanlaması yapılmıştır ve dağılımı Tablo 31'de gösterilmiştir.

Tablo 31. MDB Grubundaki Olguların PUKİ Alt Bileşen Puanlarının Dağılımı

PUKİ	0 Puan N (%)	1 Puan N (%)	2 Puan N (%)	3 Puan N (%)
PUKİ Bileşen-1 Uyku Kalitesi	Çok iyi 16 (12,5)	İyi 55 (43,3)	Kötü 41 (32,2)	Çok Kötü 15 (11,8)
PUKİ Bileşen-2 Uyku Latansı	≤ 15 dk. 28 (22,0)	16-30 dk. 26 (20,4)	31-60 dk. 27 (21,2)	>60 dk. 46 (36,2)
PUKİ Bileşen-3 Uyku Süresi	>7 saat 58 (45,6)	6-7 saat 28 (22,0)	5-6 saat 36 (28,3)	<5 saat 5 (3,9)
PUKİ Bileşen-4 Uyku Aışkanlığı	UE ≥ %85 94 (74,0)	%75 ≥ UE ≥ %84 9 (7,1)	%65 ≥ UE ≥ %74 13 (10,2)	UE < %65 11 (8,6)
PUKİ Bileşen-5 Uyku Bozukluğu	Hiç 3 (2,4)	< 1 (hf) 50 (39,4)	1 / 2 kez (hf) 60 (47,2)	3 veya ↑ (hf) 14 (11,0)
PUKİ Bileşen-6 Uyku İlacı Kullanımı	Hiç 92 (72,4)	< 1 (hf) 3 (2,4)	1 / 2 kez (hf) 4 (3,1)	3 veya ↑ (hf) 28 (22,0)
PUKİ Bileşen-7 Gündüz İşlev Bozukluğu	Asla 23 (18,1)	1 / 2 kez (ay) 32 (25,2)	1 / 2 kez (hf) 33 (25,9)	Haftada 3 veya ↑ 39 (30,7)

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği, N:Sayı, %:Yüzde, dk.:Dakika, hf: Hafta, UE: Uyku Etkinliği

Birinci bileşen uyku kalitesini tanımlar. Olguların PUKİ'deki birinci bileşen puanlarına bakıldığında, YDDB grubundaki ortalama puanın $1,3 \pm 0,7$, MDB'deki ortalama puanın $1,4 \pm 0,8$ olduğu görülmüştür. Gruplar bileşen-1 açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir ($p > 0,05$).

İkinci bileşen uyku latansını tanımlamaktadır. Grupların ikinci bileşen puanlarına bakıldığında YDDB grubundaki ortalama puanın $1,2 \pm 1,1$ ve MDB grubundaki ortalama puanın $1,7 \pm 1,1$ olduğu görülmüştür. Gruplar bileşen-2 açısından karşılaştırıldığında uyku latansı, MDB grubundaki olgularda YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha uzundur ($p < 0,05$).

Üçüncü bileşen uyku süresini tanımlamaktadır. Grupların üçüncü bileşen puanlarına bakıldığında, YDDB grubundaki ortalama puan $0,4 \pm 0,8$, MDB grubundaki ortalama puan $0,9 \pm 0,9$ 'dur. Gruplar bileşen-3 açısından karşılaştırıldığında, MDB grubundaki olguların uyku süresinin YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kısadır ($p < 0,05$).

Dördüncü bileşen uyku alışkanlığını tanımlamaktadır. Grupların dördüncü bileşen puanları incelendiğinde YDDB grubundaki olguların ortalama puanı $0,3 \pm 0,8$, MDB grubundaki olguların ortalama puanı $0,5 \pm 0,9$ 'dur. Gruplar bileşen-4 açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Beşinci bileşen uyku bozukluğunu tanımlamaktadır. Olguların beşinci bileşen puanlarına bakıldığında, YDDB grubundaki olguların ortalama puanı $1,3 \pm 0,6$, MDB grubundaki olguların ortalama puanı ise $1,6 \pm 0,7$ 'dir. Gruplar bileşen-5 açısından karşılaştırıldığında, MDB grubundaki olguların uyku bozukluğu puanlarının YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Altıncı bileşen uyku ilacı kullanımını tanımlar. Grupların altıncı bileşen puanlarına bakıldığında YDDB ve MDB grubundaki olguların ortalama puanlarının $0,7 \pm 1,2$ olduğu ve iki grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p>0,05$).

Yedinci bileşen gündüz işlev bozukluğunu tanımlar. Olguların yedinci bileşen puanlarına bakıldığında, YDDB grubundaki olguların ortalama puanı $1,2 \pm 0,9$, MDB grubundaki olguların ortalama puanı $1,6 \pm 1,0$ 'dir. Gruplar bileşen-7 açısından karşılaştırıldığında MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek gündüz işlev bozukluğu olduğu görülmüştür ($p<0,05$).

Son olarak 7 bileşenin toplanmasıyla ortaya çıkan toplam PUKİ puanı ne kadar yüksekse uyku kalitesinin de o kadar kötü olduğunu göstermektedir. Toplam PUKİ puanları incelendiğinde, YDDB grubundaki olguların ortalama puanının $6,8 \pm 3,4$, MDB grubundaki olguların ortalama puanının ise $8,7 \pm 4,0$ olduğu görülmüştür. Gruplar toplam PUKİ puanı açısından karşılaştırıldığında, MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek kötü uyku kalitesi özelliklerine sahip olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 32).

Tablo 32. YDDB ve MDB Gruplarının PUKİ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		N	Ortalama ± SS	t	p
PUKİ Bileşen-1 Uyku Kalitesi	YDDB	106	1,3 ± 0,7	0,962	0,337
	MDB	127	1,4 ± 0,8		
PUKİ Bileşen-2 Uyku Latansı	YDDB	106	1,2 ± 1,1	2,947	0,004
	MDB	127	1,7 ± 1,1		
PUKİ Bileşen-3 Uyku Süresi	YDDB	106	0,4 ± 0,8	3,560	0,000
	MDB	127	0,9 ± 0,9		
PUKİ Bileşen-4 Uyku Alışkanlığı	YDDB	106	0,3 ± 0,8	1,389	0,166
	MDB	127	0,5 ± 0,9		
PUKİ Bileşen-5 Uyku Bozukluğu	YDDB	106	1,3 ± 0,6	3,308	0,001
	MDB	127	1,6 ± 0,7		
PUKİ Bileşen-6 Uyku İlacı Kullanımı	YDDB	106	0,7 ± 1,2	0,099	0,921
	MDB	127	0,7 ± 1,2		
PUKİ Bileşen-7 Gündüz İşlev Bozukluğu	YDDB	106	1,2 ± 0,9	3,098	0,002
	MDB	127	1,6 ± 1,0		
PUKİ Toplam	YDDB	106	6,8 ± 3,4	3,733	0,000
	MDB	127	8,7 ± 4,0		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği, N: Sayı, SS: Standart Sapma, p<0,05

YDDB olguları DEHB eşlik eden ve etmeyen olarak iki grup şeklinde birbiriyle karşılaştırıldığında bileşen 5 dışında kalan PUKİ alt bileşenleri ve toplam puanı açısından gruplar arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Uyku bozukluklarını tanımlayan bileşen-5 ise sadece YDDB tanısı konmuş grupta, YDDB+DEHB komorbid tanıları konmuş gruba göre anlamlı düzeyde daha fazla puan almıştır (p<0,05) (Tablo 33).

Tablo 33. YDDB Olgu Grubunda Komorbid DEHB Olan ve Olmayan Olguların PUKİ puanlarının Karşılaştırılması

		N	Ortalama ± SS	t	p
PUKİ Bileşen-1 Uyku Kalitesi	YDDB+DEHB	81	1,3 ± 0,7	0,529	0,620
	YDDB	25	1,4 ± 0,8		
PUKİ Bileşen-2 Uyku Latansı	YDDB+DEHB	81	1,1 ± 1,1	1,880	0,063
	YDDB	25	1,6 ± 1,1		
PUKİ Bileşen-3 Uyku Süresi	YDDB+DEHB	81	0,4 ± 0,7	1,347	0,181
	YDDB	25	0,6 ± 0,9		
PUKİ Bileşen-4 Uyku Ahşkanlığı	YDDB+DEHB	81	0,4 ± 0,8	1,173	0,243
	YDDB	25	0,2 ± 0,6		
PUKİ Bileşen-5 Uyku Bozukluğu	YDDB+DEHB	81	1,2 ± 0,6	3,075	0,002
	YDDB	25	1,7 ± 0,6		
PUKİ Bileşen-6 Uyku İlacı Kullanımı	YDDB+DEHB	81	0,7 ± 1,1	0,737	0,463
	YDDB	25	0,9 ± 1,2		
PUKİ Bileşen-7 Gündüz İşlev Bozukluğu	YDDB+DEHB	81	1,3 ± 1,0	1,056	0,293
	YDDB	25	1,0 ± 0,9		
PUKİ Toplam	YDDB+DEHB	81	6,6 ± 3,5	1,312	0,193
	YDDB	25	7,6 ± 2,9		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği, N: Sayı, SS:Standart Sapma, p<0,05

4.9.3. Olguların EUS Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

EUS gündüz uykululuğunu tanımlamaya yardımcı olarak kullanılan bir ölçektir. EUS puanları yükseldikçe gün içerisindeki uykululuk artmaktadır. Olguların EUS puanları incelendiğinde YDDB grubundaki olguların ortalama EUS puanları $11,9 \pm 6,0$ iken, MDB grubundaki olguların ortalama EUS puanı $13,9 \pm 5,3$ 'tür ve gruplar EUS puanı açısından karşılaştırıldığında MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek gündüz uykululuğu gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 34).

Tablo 34. YDDB ve MDB Gruplarının EUS Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Tanı	N	Ortalama ± SS	t	p
EUS Puanı	YDDB	106	11,9 ± 6,0	2,744	0,007
	MDB	127	13,9 ± 5,3		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, EUS: Epworth Uykululuk Skalası, SS: Stnadart Sapma, N: Sayı, p<0,05

EUS toplam puanlarının 10'un üzerinde olması gün içi artmış uykululuğu göstermektedir. Olgular EUS puanı 10 ve üzerinde olan ile 10'un altında olan şeklinde ikiye ayrılarak incelendiğinde YDDB grubundaki olguların 72'sinde (%67,9) gündüz uykululuğu varken, MDB grubundaki olguların 103'ünde (%81,1) gündüz uykululuğu bulunduğu görülmektedir. Gruplar karşılaştırıldığında MDB grubundaki olgular YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek gündüz uykululuğuna sahiptir (p<0,05) (Tablo 35).

Tablo 35. YDDB ve MDB Gruplarının EUS Puanlarına Göre Gündüz Uykululuğu Açısından Karşılaştırılması

EUS	YDDB N (%)	MDB N (%)	χ^2	p
Gündüz Uykululuğu Var	72 (67,9)	103 (81,1)	5,366	0,021
Gündüz Uykululuğu Yok	34 (32,0)	24 (18,9)		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, Epworth Uykululuk Skalası, SS: Stnadart Sapma, N: Sayı, p<0,05

YDDB olgu grubundaki hastalar komorbid DEHB eşlik eden ve etmeyen olarak iki gruba ayrılıp EUS puanları karşılaştırıldığında, sadece YDDB tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin, komorbid DEHB tanısı konmuş çocuk ve ergenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla gündüz uykululuğuna sahip olduğu görülmüştür (p<0,05) (Tablo 36).

Tablo 36. YDDB olgu grubunda komorbid DEHB olan ve olmayan olguların PUKİ puanlarının karşılaştırılması

	Tanı	N	Ortalama ± SS	t	p
EUS Puanı	YDDB+DEHB	81	11,0 ± 6,1	2,723	0,004
	YDDB	25	14,7 ± 5,0		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Epworth Uykululuk Skalası, N: Sayı, SS:Standart Sapma, p<0,05

4.9.4. Olguların ÇDÖ Toplam Puanlarının Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Olguların ÇDÖ'den aldığı ortalama puanlar MDB ve YDDB grupları arasında karşılaştırıldığında, MDB grubundaki olguların ortalama ÇDÖ puanı $28,09 \pm 7,0$, YDDB grubundaki olguların puanı ise $11,24 \pm 3,7$ 'dir. Gruplar ÇDÖ puanları açısından karşılaştırıldığında MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek ÇDÖ puanlarına sahip olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 37).

Tablo 37. YDDB ve MDB Gruplarının ÇDÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		N	Ortalama \pm SS	t	p
ÇDÖ Puanı	YDDB	106	$11,24 \pm 3,7$	22,047	0,000
	MDB	127	$28,09 \pm 7,0$		

ÇDDÖ: Çocuklar İçin Depresyon Değerlendirme Ölçeği, N: Sayı, SS: Standart Sapma, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, MDB: Majör Depresif Bozukluk

4.9.5. Olguların Güçler ve Güçlükler Anketinden Aldıkları Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Güçler ve güçlükler formu çocuk formundan alınan puanlar gruplar arasında karşılaştırıldığında dikkat ve hareketlilik sorunlarından alınan ortalama puan YDDB grubundaki olgularda $4,6 \pm 2,5$ puan, MDB grubunda $5,7 \pm 2,3$ puandır. Olgular karşılaştırıldığında MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre dikkat ve hareketlilik sorunlarından anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0,05$).

Davranış sorunlarından alınan puanlar incelendiğinde, YDDB grubundaki ortalama puanın $3,7 \pm 2,2$, MDB grubundaki ortalama puanın $3,0 \pm 1,8$ olduğu, gruplar karşılaştırıldığında olguların davranış sorunlarından aldığı puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p > 0,05$).

Duygusal sorunlarından alınan puanlar incelendiğinde, YDDB grubundaki olguların ortalama puanının $3,4 \pm 2,4$, MDB grubundaki olguların ise $5,7 \pm 2,5$ olduğu görülmüştür. Gruplar karşılaştırıldığında duygusal sorunlar açısından MDB grubundaki

olguların YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puanlar aldığı görülmüştür ($p<0,05$).

Akran sorunları incelendiğinde YDDB grubundaki olgular ortalama $3,4 \pm 1,6$ puan alırken, MDB grubundaki olgular ise $3,9 \pm 2,1$ puan almıştır. Gruplar karşılaştırıldığında olgular arasında akran sorunları açısından anlamlı bir fark görülmemiştir ($p>0,05$).

Toplam güçlük puanına bakıldığında ise YDDB grubundaki olgular ortalama $15,2 \pm 5,6$ puan alırken, MDB grubundaki olgular $18,4 \pm 6,2$ puan almıştır. Gruplar toplam güçlük puanı açısından karşılaştırıldığında MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı saptanmıştır ($p<0,05$).

Ölçek değerlendirmesinde bulunan dört güçlük alanının yanında sosyal uyum alanı ise çocuğun güçlerini değerlendiren beş maddenin toplamından oluşur. Güçler ve güçlükler anketinin çocuk formunda YDDB grubundaki olguların ortalama sosyal uyum puanı $6,8 \pm 2,6$ puan iken, MDB grubundaki olguların ortalama sosyal uyum puanı ise $7,8 \pm 1,9$ puandır. Gruplar birbiriyle sosyal uyum açısından karşılaştırıldığında MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür ($p<0,05$) (Tablo 38).

Tablo 38. Olguların Güçler ve Güçlükler Anketi Çocuk Formundan Aldıkları Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Güçler ve Güçlükler Ölçeği Çocuk Formu	Tanı	Ortalama \pm SS	t	p
Dikkat ve Hareketlilik Sorunları	YDDB	$4,6 \pm 2,5$	2,424	0,017
	MDB	$5,7 \pm 2,3$		
Davranış Sorunları	YDDB	$3,7 \pm 2,2$	1,795	0,075
	MDB	$3,0 \pm 1,8$		
Duygusal Sorunlar	YDDB	$3,4 \pm 2,4$	4,706	0,000
	MDB	$5,7 \pm 2,5$		
Akran Sorunları	YDDB	$3,4 \pm 1,6$	1,252	0,213
	MDB	$3,9 \pm 2,1$		
Toplam Güçlük Puanı	YDDB	$15,2 \pm 5,6$	2,765	0,007
	MDB	$18,4 \pm 6,2$		
Sosyal Uyum	YDDB	$6,8 \pm 2,6$	2,415	0,017
	MDB	$7,8 \pm 1,9$		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, SS:Standart Sapma, $p<0,05$

Ailelerin bildirimine dayanan Güçler ve Güçlükler Ölçeği Ebeveyn Formu incelendiğinde YDDB grubundaki olguların dikkat ve hareketlilik sorunları alanından ortalama $6,0 \pm 2,3$ puan, MDB grubundaki olguların $4,3 \pm 2,0$ puan aldığı ve gruplar karşılaştırıldığında YDDB grubundaki olguların MDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0,05$).

Davranış sorunlarına bakıldığında, YDDB grubundaki olguların ortalamam puanının $4,3 \pm 2,1$, MDB grubundaki olguların ise ortalama $2,7 \pm 2,0$ puan aldığı ve gruplar karşılaştırıldığında YDDB grubundaki olguların MDB grubundakilere göre davranış sorunları açısından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0,05$).

Duygusal sorunlara bakıldığında YDDB grubundaki olguların ortalama puanı $4,6 \pm 2,7$, MDB grubundaki olguların $5,3 \pm 2,5$ 'tir. Gruplar duygusal sorunlar açısından karşılaştırıldığında MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı görülmüştür ($p < 0,05$).

Akran sorunları incelendiğinde YDDB grubundaki olguların ortalama puanının $3,7 \pm 1,6$, MDB grubundakilerin ise $4,0 \pm 2,0$ olduğu görülmüştür. Gruplar akran sorunları açısından birbiriyle karşılaştırıldığında olgu grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Dört sorun alanının toplamından oluşan toplam güçlük puanı incelendiğinde, YDDB grubundaki olguların ortalama puanı $18,8 \pm 6,2$ puan, MDB grubundaki olguların ortalama puanı ise $16,5 \pm 6,0$ 'dır. Gruplar karşılaştırıldığında toplam güçlük puanı açısından YDDB grubundaki olguların MDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek puanlar aldığı görülmüştür ($p < 0,05$) (Tablo 39).

Olguların sosyal uyum puanları incelendiğinde YDDB grubundaki olguların ortalama sosyal uyum puanının $6,2 \pm 2,5$ puan, MDB grubundaki olguların ise $7,0 \pm 2,1$ puan olduğu görülmüştür. Gruplar birbiriyle karşılaştırıldığında GGA çocuk formuna benzer şekilde MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde yüksek sosyal uyum puanlarına sahip olduğu görülmüştür (p<0,05) (Tablo 39).

Tablo 39. Olguların Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formundan Aldıkları Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Güçler ve Güçlükler Ölçeği Ebeveyn Formu	Tanı	Ortalama ± SS	t	p
Dikkat ve Hareketlilik Sorunları	YDDB	6,0 ± 2,3	5,990	0,000
	MDB	4,3 ± 2,0		
Davranış Sorunları	YDDB	4,3 ± 2,1	5,638	0,000
	MDB	2,7 ± 2,0		
Duygusal Sorunlar	YDDB	4,6 ± 2,7	2,070	0,040
	MDB	5,3 ± 2,5		
Akran Sorunları	YDDB	3,7 ± 1,6	1,384	0,168
	MDB	4,0 ± 2,0		
Toplam Güçlük Puanı	YDDB	18,8 ± 6,2	2,779	0,006
	MDB	16,5 ± 6,0		
Sosyal Uyum	YDDB	6,2 ± 2,5	2,533	0,012
	MDB	7,0 ± 2,1		

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, SS:Standart Sapma, p<0,05

GGA anketinin 2,8,12,13 ve 22.maddelerinin toplamından elde edilen disregülasyon profili de çalışmalarda kullanılmaktadır. CBCL ölçeğinin disregülasyon profiline benzer bir değerlendirme yaptığı gösterilmiş olan ölçekten 5 ve üstünde puan alan olguların duygusal ve davranışsal disregülasyona sahip oldukları düşünülmektedir (209).

GGA Çocuk Formu incelendiğinde YDDB grubundaki olguların 32'sinde (%36,3), MDB grubundaki olguların ise 43'ünde (%43,4) duygusal ve davranışsal disregülasyon bulunmaktadır. Olgu grupları birbiriyle karşılaştırıldığında gruplar arasında disregülasyon profili açısından anlamlı fark bulunmamıştır (p<0,05) (Tablo 40).

Tablo 40. GGA Çocuk Formu Disregülasyon Profiline Olgu Grupları Arasında Karşılaştırılması

GGA-Çocuk Formu	Disregülasyon Durumu	N, (%)	Toplam N	χ^2	p
YDDB	Var	32 (36,3)	88	0,627	0,429
	Yok	56 (63,6)			
MDB	Var	43 (43,4)	99		
	Yok	55 (55,5)			

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, N: Sayı, SS:Standart Sapma, p<0,05

Olguların GGA Ebeveyn Formu incelendiğinde YDDB grubundaki olguların 48'inde (%45,2), MDB grubundaki olguların ise 33'ünde (%25,9) duygusal ve davranışsal disregülasyon bulunmaktadır (Tablo 41). Gruplar birbiriyle karşılaştırıldığında YDDB grubundaki olguların MDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla disregülasyona sahip olduğu görülmüştür (p<0,05).

Tablo 41. GGA Ebeveyn Formu Disregülasyon Profiline Olgu Grupları Arasında Karşılaştırılması

GGA-Ebeveyn Formu	Disregülasyon Durumu	N, (%)	Toplam (N)	χ^2	p
YDDB	Var	48 (45,2)	106	9,488	0,002
	Yok	58 (54,7)			
MDB	Var	33 (25,9)	127		
	Yok	94 (74,1)			

MDB: Majör Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi, N: Sayı, %: Yüzde, p<0,05

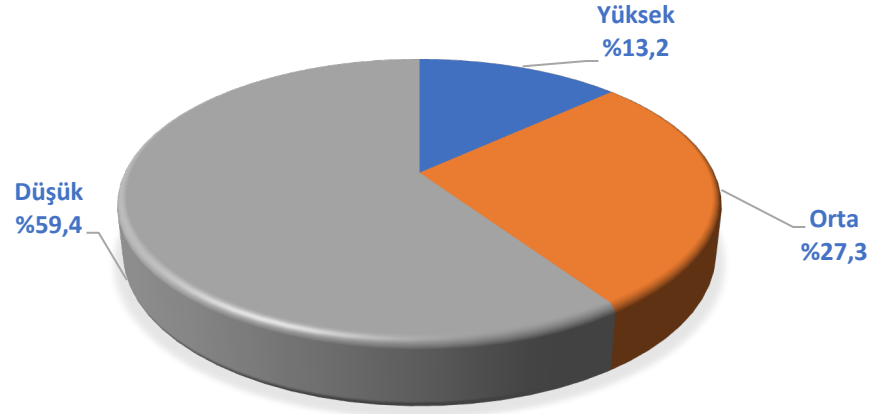
4.9.6. Olguların Hollingshead-Redich Ölçeği'nden Aldıkları Puanların Gruplar Arasında Karşılaştırılması

Grupların sosyoekonomik düzeyleri Hollingshead-Redich Ölçeği'ne göre YDDB ve MDB grupları arasında karşılaştırıldığında, YDDB grubundaki olguların 14'ünün (%13,2) yüksek, 29'unun (%27,3) orta ve 63'ünün (%59,4) düşük sosyoekonomik düzeyde olduğu görülmüştür. MDB grubunda ise olguların 20'si (%15,7) yüksek, 42'si (%33,0) orta ve 65'i (%51,1) düşük sosyoekonomik düzeydedir. MDB ve YDDB grupları karşılaştırıldığında sosyoekonomik düzey açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$) (Tablo 42).

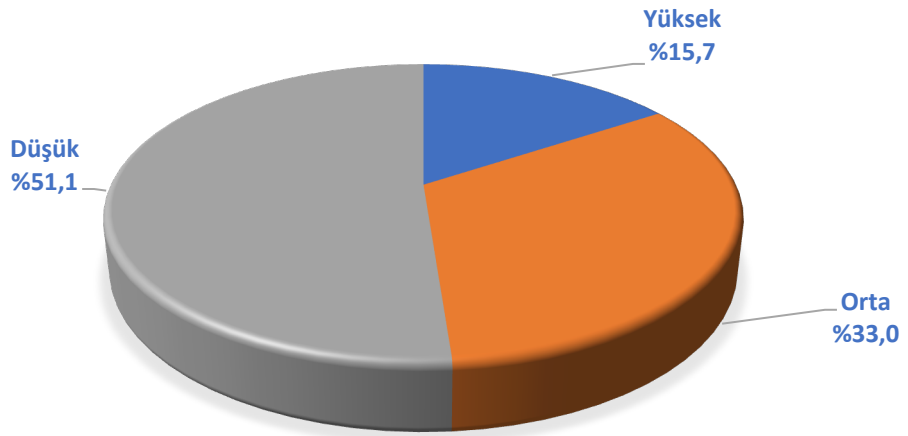
Tablo 42. Olguların Ebeveynlerinin Hollingshead-Redich Ölçeği'ne Göre Sosyoekonomik Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hollingshead-Redich Ölçeği	SED	YDDB N, (%)	MDB N (%)	χ^2	p
1*	Yüksek	14 (13,2)	20 (15,7)	1,591	0,451
2*					
3*	Orta	29 (27,3)	42 (33,0)		
4*	Düşük	63 (59,4)	65 (51,1)		
5*					

MDB: Majr Depresif Bozukluk, YDDB: Yıkıcı Duygudurumu Düzenleyememe Bozukluğu, SED: Sosyoekonomik Düzey, N: Sayı, $p<0,05$, 1*: Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda anne-baba, 2*: Üniversite eğitimi almış ya da yüksek idari konumda anne-baba, 3*: Küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba, 4*: Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne-baba, 5*: Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitilmiş anne-baba



Şekil 10. YDDB tanılı olguların sosyoekonomik düzeylerinin dağılımı



Şekil 11. MDB tanılı olguların sosyoekonomik düzeylerinin dağılımı

5. TARTIŞMA

Bu çalışma Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda polikliniğe sinirlilik, mutsuzluk veya keyifsizlik şikayetleri ile başvuran değerlendirme sonucunda YDDB veya MDB tanısı konmuş 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin katılımıyla yapılmıştır. Çalışmada DSM-5 tanı sisteminde Depresif Bozukluklar tanı grubu altında yer alan YDDB ve MDB tanısı konmuş olguların sosyodemografik özellikler, ek tanılar, kullanılan ilaçlar, mizaç ve uyku özellikleri açısından karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YDDB tanısı DSM-5 ile birlikte tanı sistemlerine girmiş yeni bir tanıdır. YDDB tanısı koyma konusundaki eksiklikler nedeniyle bu tanıyla ilgili bilimsel çalışmaların literatürde kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu nedenle sinirlilik, huzursuzluk ve keyifsizlik gibi klinik semptomlarla kliniğe başvurabilen YDDB tanılı çocukların mizaç, uyku ve klinik özelliklerinin incelenmesi ve MDB tanılı olgularla karşılaştırılmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. İyi bildiğimiz kadarıyla literatürde YDDB tanısının mizaç ve karakter özelliklerini, uyku kalitesini, klinik özelliklerini, ek tanılarını ve ilaç kullanımlarını MDB tanılı olgularla karşılaştıran çalışma bulunmamaktadır. Bu alanda yapılan ilk çalışmadır.

5.1. Olgu Gruplarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Sosyodemografik özellikler hakkındaki bilgiler olgu gruplarının ebeveynleri veya yasal vasileri tarafından doldurulan sosyodemografik form aracılığıyla edinilmiştir. Çalışmaya alınan çocuk ve ergenlerin (n=233) yaş ortalaması $14,7 \pm 1,9$ (yıl) olup YDDB grubunda (n=106) $14,5 \pm 2,09$ (yıl), MDB grubunda (n=127) ise $15,0 \pm 1,56$ (yıl)'dır. Gruplar arasında yaş açısından istatistiksel anlamlı bir fark yoktur. YDDB grubundaki olguların %75,4'ü, MDB grubundaki olguların ise %84,2'si kızdır. Her iki olgu grubunda da kız/erkek oranı yüksek olmakla birlikte gruplar arasında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamaktadır.

Çalışmamızda YDDB grubundaki olguların kız/erkek oranının 3/1 olduğu görülmüştür. Literatüre bakıldığında Tufan ve arkadaşlarının Bolu'da YDDB tanısı konmuş 36 çocuk ve ergenle geriye dönük yaptığı çalışmada kız/erkek oranı 1/3,5 (%22-77)(41), Benarous ve arkadaşlarının YDDB'li çocuk ve ergenlerde üzerinde Kanada'da yapmış olduğu çalışmada kız/erkek oranı %39/61 (210) olarak görülmüştür. Mayes ve arkadaşlarının ABD'de 376 YDDB tanılı olguda yapmış olduğu çalışmada ise kız/erkek cinsiyet oranları %46/54 olarak görülmüştür (211). Cinsiyet açısından yapılan değerlendirme sonucunda çalışmamızda kız/erkek oranının literatüre göre daha yüksek çıktığı görülmüştür. Çalışmamızda YDDB grubunun literatüre oranla daha yüksek kız oranına sahip olması kliniğimizin hasta popülasyonu içerisinde Ankara'da bulunan birçok Çocuk Bakım Kuruluşu'ndan ayaktan başvuran ve düzenli takibi yapılan YDDB tanılı kız çocuklarının sayısının fazla olması ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda MDB grubu YDDB grubu ile karşılaştırılmak üzere kontrol grubu olarak seçilmiştir. MDB tanısı ile ilgili yapılan yaygın epidemiyolojik çalışmalarda özellikle ergenlik dönemi ve sonrası süreçte kız/erkek oranının 2/1 olduğu görülmüştür (123). 2018 yılında Türkiye genelinde 5842 çocuk ve ergen üzerinde yapılan epidemiyolojik çalışmada ise MDB'de kız/erkek oranı 1,2/1 olarak bulunmuştur (212).

YDDB olgu grubunda yapılan çalışmaların sosyodemografik verileri incelendiğinde ortalama yaşın çalışmamıza göre daha düşük olduğu görülmüştür. Tufan ve arkadaşlarının çalışmasında 9.0 ± 2.5 , Benarous ve arkadaşlarının çalışmasında 11.5 ± 3.4 'tür. Literatürde yer alan çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmamıza dahil edilen olguların yaş ortalamasının daha yüksek olduğu görülmektedir. YDDB semptomlarının yaşla birlikte azalma eğiliminde olduğu bilinmektedir (211). Çalışmamızda ortalama yaşın yüksek oluşu da kız/erkek oranlarındaki farklılığı açıklayan bir başka neden olabilir.

Olguların örgün eğitimi bırakma durumlarına bakıldığında YDDB grubundaki olguların MDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha fazla örgün eğitimi terk ettikleri görülmüştür. Hjorth ve ark.'nın 2016 yılında yapmış oldukları çalışmada kötü mental sağlık ile okulu bırakma durumu arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (213). 2020 yılında 20 makale ve tez çalışmasının dahil edildiği bir gözden geçirme makalesinde

çocuk ve ergenlerin okuldan kaçma, suça karışma, devamsızlık yapma gibi davranışlarının okulu terkinde etkili olabileceği gösterilmiştir (214). Aynı zamanda okula uyum sağlamakta zorluk, kendisini yalnız ve değersiz hissetme, öğrenme güçlükleri de etkili olabilecek diğer bireysel faktörlerdendir (214). Literatürde YDDB tanılı olguların örgün eğitimi bırakmaları ile ilgili çalışma bulunmasa da YDDB tanılı çocuk ve ergenlerin sosyal uyum sağlamada zorlukları, öfke patlamaları, yüksek DEHB komorbiditeleri göz önüne alındığında örgün eğitimi bırakma durumları bu faktörlerle ilişkili olabilir.

Olguların anne ve baba yaşı incelendiğinde, YDDB grubundaki olgularının ortalama anne yaşı $40,9 \pm 6,03$ yıl, MDB grubundaki olguların ise $43,1 \pm 5,78$ yıl olarak görülmüştür. YDDB grubundaki babaların ortalama yaşı $45,2 \pm 6,24$ yıl, MDB grubundaki babaların ise $46,9 \pm 6,24$ yıldır. Gruplar karşılaştırıldığında YDDB grubundaki olguların annelerinin yaşları MDB grubuna göre anlamlı derecede daha küçükken, baba yaşları açısından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır. Anlamlı fark olmasa da baba yaşları MDB grubuna göre daha düşüktür. Literatürde 1723 annenin dahil edildiği bir çalışmada genç anne olmanın çocuklarda içselleştirici ve dışsallaştırıcı semptomların görülme olasılığını arttırdığı görülmüştür (215). YDDB grubundaki annelerin anlamlı düzeyde daha genç olması görülen davranışsal sorunlarını arttırmış olabilir.

Olgularının ebeveynlerinin eğitim durumuna bakıldığında, YDDB grubundaki olguların annelerinin 16'sı (%15) üniversite mezunuyken, MDB grubundaki annelerin 22'si (%17)'si üniversite mezunudur. YDDB grubundaki olguların babalarının 18'i (%16,9)'u üniversite mezunuyken, MDB grubundaki babaların 74'ü (%58,2) üniversite mezunudur. Anne eğitim durumları gruplar arasında benzer görülürken, baba eğitim durumları arasında anlamlı düzeyde fark bulunmaktadır. Lin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada YDDB grubundaki olguların ebeveynlerinin eğitim durumu incelendiğinde YDDB grubundaki olguların ebeveynlerinin hem sağlıklı kontrol grubuna göre hem de diğer psikiyatrik hastalık tanısı almış gruba göre daha düşük eğitim düzeyine sahip olduğu görülmüştür (216). YDDB grubundaki babaların eğitim düzeylerinin daha düşük olması bu araştırma sonucu ile açıklanabilir. Bulgularımız literatürle uyumludur.

Sosyodemografik formda ailelere sorularak öğrenilen ev içi şiddete tanık olma durumu incelendiğinde YDDB grubundaki olguların MDB grubuna göre istatistiksel olarak

anlamli düzeyde daha fazla ev içi şiddete tanıklık ettiği görölmüştür. Ev içi şiddete maruz kalan çocuk ve ergenlerin daha fazla davranışsal soruna sahip olduğu bilinmektedir (217,218). Çocukların ev içerisinde anne ve baba arasındaki şiddete tanıklık etmesi davranışsal sorunları arttırmaktadır (218). Holt ve arkadaşlarının yapmış olduğu gözden geçirme makalesinde aile içi şiddete maruz kalan çocuk ve ergenlerin duygusal, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma, duygusal ve davranışsal sorunlar geliştirme ve hayatlarındaki diğer olumsuzluklara daha fazla maruz kalma riskinin arttığını ortaya koymaktadır (218). Ev içi şiddete tanık olan gençler daha fazla saldırganlık gösterme, okuldan kaçma, akademik başarısızlıklar sergileme ve suça karışma riskine sahiptir (219,220). YDDB’de anlamlı şekilde yüksek görölen ev içi şiddete tanık olma durumu olguların şiddetli sözel ve davranışsal öfke patlamaları ile ilişkili olabilir. Bulgu literatürle uyumludur.

Yine sosyodemografik formdan elde edilen bilgilere göre YDDB grubundaki olgular MDB grubundaki olgulara benzer oranlarda non-suisidal KZVD ve suisid girişimine sahip olsa da MDB grubundaki olgular daha fazla suisidal düşünceye sahiptir. Literatürde YDDB tanısı konmuş olguların intihar düşünce ve girişimlerini değerlendiren çalışma bulunmasa da MDB tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin yüksek suisid düşünce ve girişime sahip olduğu literatürle uyumludur (221).

5.2. YDDB Olgularının Psikiyatrik Komorbiditelerinin Değerlendirilmesi ve MDB Olgularıyla Karşılaştırılması

Çalışmaya dahil edilen olguların tanı değerlendirmeleri yarı yapılandırılmış ÇDŞG-ŞY DSM-5 görüşme yöntemiyle yapılmıştır. YDDB grubunda 106, MDB grubunda ise 127 çocuk ve ergen bulunmaktadır. Tanı değerlendirmeleri sonucunda hem YDDB hem de MDB tanıları konan hastalar çalışmadan çıkarılmıştır bu nedenle olgu gruplarına eşlik eden tanı grupları arasında MDB ve YDDB tanıları bulunmamaktadır.

YDDB tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin psikiyatrik komorbiditeleri incelendiğinde, Freeman ve ark. çalışmasında YDDB tanılı hastaların %81’ine DEHB, %24’üne davranım bozukluğu, %25’ine anksiyete bozukluğu ve %11’ine MDB’nin eşlik

ettiği görülmektedir (222). Findling ve ark. retrospektif olarak yaptıkları çalışmada ise YDDB tanılı çocuk ve ergenlerin %71,7'sine DEHB, %50,2'sine anksiyete bozukluğu ve %27,1'ine davranım bozukluğu ve %70,1'ine distimik bozukluk veya depresif bozukluk eşlik etmektedir (223).

Lin ve ark.'nın 2021 yılında yapmış oldukları ulusal epidemiyolojik çalışmada YDDB tanısı konan 30 çocuğun komorbid tanıları incelendiğinde, %63,3'ünde DEHB, %40'ında anksiyete bozukluğu, %13,3'ünde MDB, %6,6'sında davranım bozukluğu tanılarının eşlik ettiğini izlenmiştir (224).

Çalışmamızda komorbid psikiyatrik hastalıklar incelendiğinde, YDDB grubundaki olguların 81'ine (%76,4) DEHB, 18'ine (%17) davranım bozukluğu, 17'sine (%16) anksiyete bozukluğu ve 9'una (%8,5) madde kullanım bozukluğu tanısı eşlik etmektedir. Çalışmaya dahil edilen 106 YDDB tanılı olgunun yanı sıra çalışmadan çıkarılan YDDB ve MDB komorbid tanılarına sahip olgular düşünüldüğünde YDDB'ye eşlik eden MDB komorbiditesi bulunan 28 olgu (%20,8) olduğu görülmektedir. YDDB olgu grubunda DEHB, davranım bozukluğu, MKB, enkoprezis komorbiditeleri MDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazladır. YDDB tanılı olgulardaki yüksek DEHB komorbiditesi göz önüne alındığında YDDB tanılı hastaların takip ve tedavi süreçlerinde DEHB tanı değerlendirmesi, tedavi ve takip süreçlerinin dikkatle yürütülmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda DEHB tanılı olguların tedavi ve takip sürecinde YDDB tanısı akılda tutulmalıdır. YDDB grubu davranım bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu konusunda da risk altındadır. Bulgularımız literatürle uyumludur.

MDB tanılı gençlerin %40 ile %90'ında psikiyatrik komorbiditeler bulunmaktadır. Yaygın görülen komorbiditeler arasında anksiyete bozuklukları, yıkıcı davranış bozuklukları, DEHB ve madde kullanım bozuklukları yer alır (225).

Mathialagan ve ark.'nın 2020 yılında 122.020 ergeni dahil ettikleri bir gözden geçirme çalışmasında MDB'a eşlik eden anksiyete bozukluğu oranı %45,8 olarak bulunmuştur (221). Aynı çalışmada DEHB ve davranım bozukluğu oranı %24,2, psikotik bozuklukların oranı %1,1, madde kullanım bozukluğu oranı ise %15,3 bulunmuştur (221).

Çalışmamıza dahil edilen MDB olgularının komorbidite oranları incelendiğinde, olguların 52'sine (%40,9) anksiyete bozuklukları, 43'üne (%33,9) DEHB, 9'una (%7,1) TSSB, 6'sına (%4,7) davranım bozukluğu, 3'üne (%3,9) OKB, 2'sine (%1,6) madde kullanım bozukluğu eşlik etmektedir. MDB tanılı olguların YDDB tanılı olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla anksiyete bozukluğu komorbiditesine sahip olduğu görülmüştür. MDB tanılı olguların yüksek anksiyete bozukluğu komorbiditesine sahip olması literatürle uyumludur (221).

5.3. YDDB Olgularının Tedavisinde Kullanılan İlaçların Değerlendirilmesi ve MDB Olgularıyla Karşılaştırılması

Olguların kullandığı ilaç gruplarının dağılımına bakıldığında, YDDB tanılı hastaların 90'ı (%84,9) oral antipsikotik grubu ilaç, 53'ü (%50) antidepresan grubu ilaç, 50'si (%47,1) dikkat eksikliği grubu ilaçları, 20'si (%18,8) depo antipsikotik grubu ilaç ve 15'i (%14,1) duygudurum düzenleyici grubu ilaç tedavilerini kullanmaktadır. YDDB grubundaki olgular MDB grubundakilere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla antipsikotik ilaç, duygudurum düzenleyici ilaç ve dikkat eksikliği grubu ilaçları ile tedavi edilmektedir. YDDB grubundaki duygu düzenleme sorunları, öfke patlamaları ve irritabilite nedeniyle olguların klinik takiplerinde antipsikotik ilaç kullanımının yüksek olduğu düşünülmektedir.

YDDB tanı grubu için irritabilite ve öfke patlamalarında olduğu gibi spesifik bir tedavi rehberi bulunmamaktadır. Literatür incelendiğinde YDDB tanılı çocuk ve ergenlerde stimülanlar (226), ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar (227), duygudurum düzenleyici ilaçlar (228) ve antidepresan ilaçlar (229) denenmiştir. Findling ve ark. retrospektif olarak yapmış oldukları çalışmada YDDB tanı grubundaki hastaların %60,2'si dikkat eksikliği grubu ilaçlar, %58,9'u antipsikotik grubundan ilaçlar, %54,3'ü antidepresan grubu ilaçlar ve %27,3'ü duygudurum düzenleyici grubu ilaçlar kullanmaktadır (223). Findling ve ark.'ının çalışmasına benzer şekilde YDDB grubundaki olguların antipsikotik ilaç kullanım oranı antidepresan grubu ve duygudurum düzenleyici ilaç gruplarına göre daha yüksek görülmektedir. Çalışmamızdaki bu bulgular literatürle uyumludur.

MDB grubundaki olguların ise 123'ü (%96,8) antidepresan grubu ilaç, 56'sı (%44,0) oral antipsikotik grubu ilaç, 13'ü (%10,2) dikkat eksikliği grubu ilaç, 5'i (%3,9) depo antipsikotik grubu ilaç ve 4'ü (%3,1) duygudurum düzenleyici grubu ilaçları kullanmaktadır. YDDB grubu ile karşılaştırıldığında bu gruptaki olgular istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla antidepresan grubu ilaç kullanmaktadır.

Antipsikotik kullanımı incelendiğinde, çalışmamızda literatüre oranla daha yüksek antipsikotik kullanımı olduğu görülmüştür. Bu farklılık, Ankara'dan ve çevre illerden şiddetli irritabilite semptomları bulunan ve yatış gereksinimi duyulan çocuk ve ergenlerin kliniğimize yönlendirilmesi, tedavi ve takip süreçlerinin kliniğimizde devam etmesi sebebiyle olabilir.

Depresyon tanılı çocuk ve ergenlerin farmakoterapisinde ilk seçenek ilaç grubu hastanın yaşına uygun FDA onaylı SSRI grubu ilaçlar olmalıdır (230). SSRI tedavisine dirençli veya güçlendirme tedavisine ihtiyaç duyan olgularda antidepresan grubu ilaçların yanına antipsikotik grubu ilaçların eklenmesi klinik yanıtı arttırmaktadır (231–234). 2007 yılında dirençli MDB tanılı 1500 ayaktan tedavi gören hastayı kapsayan 10 klinik araştırma raporundan elde edilen verilerin analizi sonucunda yayınlanan meta-analiz, MDB tanılı hastaların tedavisinde kullanılan standart antidepresanların atipik antipsikotik ajanlarla desteklenmesinin faydasını desteklemektedir (233). Nelson ve ark.'nın 2009 yılında antidepresan tedaviye ek atipik antipsikotik ve plasebonun karşılaştırıldığı 16 randomize kontrollü çalışmadan 3480 hastanın dahil edildiği metaanaliz sonucunda, ek antipsikotik tedavisinin plaseboya göre anlamlı düzeyde daha etkili olduğu gösterilmiştir (232). 2019 yılında 350 depresyon tanılı ayaktan başvuran ergenin dahil edildiği, Ankara'da yapılan bir çalışmada ergenlerin %87,4'ünün sadece SSRI, %6'sının SSRI+AAP (atipik antipsikotik) ve %1'inin ise SNRI+AAP kullandığı gözlenmiştir. Çalışmaya katılan olguların %97,1'i medikal tedavi almaktadır. Bu çalışmaya dahil edilen hastaların 35'i (%10) ağır şiddette depresyona sahipken geri kalanı 315 (%90) hafif ve orta şiddette depresyonla takip edilmektedir (235).

Çalışmada depresyon şiddetini derecelendirmek için ÇDÖ kullanılmıştır. Ölçeğin kesme puanı Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 19 olarak belirtilmiştir. Ölçek puanı arttıkça depresyonun şiddeti artmaktadır. 2015 yılında Kore'de 468 öğrencinin dahil

edildiği bir çalışmada ÇDÖ toplam puanı değerlendirilirken, hafif, orta ve şiddetli depresyonu belirtecek üç kesme puanı kullanılabileceği gösterilmiştir. Toplam ÇDÖ puanının 15-20 arasında olması hafif, 20-25 arasında olması orta ve 25'ten yüksek olması ağır depresyonu tariflemektedir (236). Çalışmamızda MDB grubuna dahil edilen olguların ÇDÖ puanları incelendiğinde 71'inin (%55,9) ağır düzeyde depresyonu vardır. Literatürle karşılaştırıldığında ek antipsikotik tedavi kullanan çocuk ve ergenlerin oranının yüksek olması, çalışmamıza dahil edilen MDB grubundaki olguların semptom şiddetlerinin yüksek olmasıyla açıklanabilir.

Literatürle uyumlu olarak, çalışmamızda depresyon tanılı çocuk ve ergenlerin güçlendirme tedavilerinde antidepresanlara ek olarak atipik antipsikotik ilaçlar tercih edilmiştir. MDB grubuna dahil edilen olgulardan antidepresana ek atipik antipsikotik ilaç eklenen grupta ÇDÖ puanı $30,03 \pm 7,0$ 'dır. Sadece antidepresan tedavi alan grupta ise $25,0 \pm 6,1$ 'dir. İki grup birbiriyle karşılaştırıldığında ek atipik antipsikotik tedavisi alan grubun ÇDÖ puanlarının sadece antidepresan alan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu gözlenmiştir.

5.4. Olguların Psikometrik Test Sonuçlarının Değerlendirilmesi

5.4.1. Olguların Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri'nden Aldıkları Puanlarının Değerlendirilmesi

ÇMKE, çocuk ve ergenlerin mizaç ve karakter özelliklerini değerlendirmek amacıyla oluşturulmuş 125 soruluk bir envanterdir. Envanter olgular tarafından doldurulur. ÇMKE; yenilik arayışı (YA), zarardan kaçınma (ZK), ödül bağımlılığı (ÖB) ve sebat etme (SE) olmak üzere dört mizaç boyutu ve kendini yönetme (KY) ve iş birliği (İB) olmak üzere iki karakter boyutundan oluşan bir ölçektir. Olguların cevaplamış olduğu soruların puanlaması ile bu 6 temel boyutun yanı sıra bu özelliklerle ilişkili 24 alt boyut da değerlendirilmektedir. Cloninger 1990'lı yılların başında kişiliğin psikobiyojik modelini geliştirmiştir. Kurama göre mizaç özellikleri kalıtsal olduğu için çocukluk döneminde ortaya çıkarken, karakter özellikleri ise yaşla birlikte olgunlaşır ve gelişir. Cloninger ve ark. Cloninger'in psikobiyojik kişilik teorisine dayanarak, kişiliğin yedi

farklı boyutunu ölçmek için Mizaç ve Karakter Envanteri adını verdikleri kapsamlı bir ölçüm aracı geliştirmişlerdir (237). Bu envanterde çocuklar için kullanılan ölçekten farklı olarak kendini aşmayı da içeren 3 karakter boyutu bulunmaktadır (237,238).

Çalışmamızda YDDB grubundaki olgular MDB grubundaki olgular ile karşılaştırıldığında, ZK, ÖB ve İB alanlarında anlamlı düzeyde daha düşük puanlar almıştır. Diğer mizaç alanlarında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmemiştir.

Copeland ve ark.'nın 2004 yılında ÇMKE'yi kullanarak 412 çocuk ve ergen üzerinde yapmış oldukları çalışmada, içselleştirici ve dışsallaştırıcı sorunlar ve mizaç özellikleri arasındaki ilişki incelenmiştir (239). Sorun alanları ailelerin doldurduğu CBCL ve CBCL'den elde edilen ergenlerin doldurdukları 'Youth Self Report' aracılığıyla öğrenilmiştir (239). Dışsallaştırıcı problemler yaşayan çocuk ve ergenlerin YA mizaç özelliğiyle pozitif korelasyon gösterdiği ancak içselleştirici problemler yaşayan çocuk ve ergenlerle ilişkisinin olmadığı gözlenmiştir. İçselleştirici problemler yaşayan çocuk ve ergenlerin ise ZK mizaç özelliğiyle pozitif korelasyon gösterdiği ancak dışsallaştırıcı problemler yaşayan olgularla ilişkisinin olmadığı gösterilmiştir (239).

Literatür incelendiğinde, Hansenne ve ark.'nın 40 MDB tanısı konmuş ve 40 sağlıklı kontrol grubu üzerinde yetişkinlerle yapmış olduğu çalışmada mizaç ve karakter envanteri kullanılmıştır. Depresyon tanılı yetişkinlerin kontrol grubuna göre ZK alanında daha yüksek, İB ve KY alanlarında ise daha düşük puanlar aldığı görülmüştür (240). Kang ve ark.'nın 2019 yılında 6-12 yaş arası 113 DEHB tanısı konmuş çocuğu dahil ederek yaptıkları çalışmada, dışsallaştırıcı ve içselleştirici problemler ile mizaç özellikleri arasındaki ilişki incelenmiştir. DEHB tanısı konmuş çocuklardan içselleştirici problemler yaşayanlarla ZK mizaç özelliği, dışsallaştırıcı problemler yaşayanlarla YA mizaç özelliğinin korelasyonunun olduğu gösterilmiştir (241).

ZK kişilerin kendisine zarar verme ihtimali olan potansiyel tehlikelerden uzak durma ve kaçınma eğilimini ölçer. Bu mizaç özelliğinden alınan yüksek puanlar bireyin potansiyel risklerden kaçınma ve güvenlik önlemleri alma arayışında olduğunu ifade eder. ZK mizaç özelliğinin alt boyutları ise beklenti endişesi, belirsizlik korkusu, utangaçlık ve çabuk yorulmadır (237,238,242). ZK mizaç boyutundan alınan puanlar arttıkça içe

yönelim sorunları ve endişeli olma hali, çekingenlik, utangaçlık artmaktadır (241,243). Bulgularımız incelendiğinde literatüre de uyumlu olarak MDB olgu grubunun YDDB olgu grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek ZK puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Aynı zamanda tüm alt boyutlarda da MDB grubu YDDB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek puanlara sahiptir. Bu bulgu literatürle uyumludur.

ÖB ise bireylerin sosyal ilişkiler içerisinde onaylanma ihtiyacını ve bu ilişkiler içerisinde ödül beklentisi ile uyumlu davranışlar sergilemesini ifade eder. Yüksek ÖB puanları kişilerin sosyal ilişkilerde dışarıdan gelen olumlu tepkilere ve onaya ihtiyaç duyduklarını ve ilişki içerisinde buna bağımlı olduklarını gösterir (237,238,242). Bu mizaç özelliğinin alt boyutları duygusallık, iletişime açıklık, bağlanma ve bağımlılıktır. Depresif belirtiler gösteren ergenlerin ÖB mizaç özelliğinden daha yüksek puanlar aldığı gösterilmiştir (244). Alt puanlar incelendiğinde duygusallık ve bağımlılık alt boyutlarında MDB tanılı olguların YDDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Bu bulgu literatürle uyumludur.

SE mizaç özelliği bireyin hedeflerine ulaşabilme yolunda sergilediği kararlılığı ve azmi gösterir. SE mizaç özelliğinden alınan yüksek puanlar kişinin uzun vadeli hedefleri olduğunu ve bu süreçte pes etme eğiliminde olmadığını göstermektedir. SE mizaç özelliğinin alt boyutları; heveslilik, sıkı çalışma, hırslılık ve mükemmeliyetçiliktir. Çalışmamızda YDDB ve MDB tanılı gruplar arasında bu özellik açısından anlamlı fark görülmemiştir. Çalışmamızda MDB grubu ile karşılaştırılan YDDB grubunda SE mizaç özelliği açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde YDDB ve MDB tanılarını SE açısından karşılaştıran çalışma bulunmamaktadır. MDB tanılı ve DEHB tanılı olguların sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı çalışmalarda her iki grupta da SE mizaç özelliğinden alınan puanların düşük olduğu görülmüştür (243,245). Güney ve ark.'nın 17-22 yaş aralığında 37 DEHB tanısı konmuş gencin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırdıkları çalışmada DEHB tanılı gençlerin SE mizaç özelliği kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşük puanlara sahip olduğu görülmüştür (245). YDDB tanılı olguların duygu düzenlemedeki zorlukları, hayal kırıklığına karşı olan düşük toleransları (28) ve yüksek DEHB komorbiditeleri ile sebat etme konusundaki zorlukları açıklanabilir.

YA mizaç özelliği literatürde dışsallaştırıcı problemler ilişkilendirilmiştir. Literatürde içselleştirici ve dışsallaştırıcı sorun alanlarını belirlemek amacıyla sıklıkla CBCL tercih edilmiştir. Çalışmamızda CBCL'e benzer sonuçlar veren GGA çocuk ve ebeveyn anketi kullanılmıştır. Ebeveynler ve bakım verenlerin doldurduğu GGA sonuçlarına dayanarak YDDDB grubundaki olguların dikkat ve hareket sorunları ve davranış sorunları gibi dışsallaştırıcı problem alanlarında anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı düşünüldüğünde Dougherty ve ark.'nın 2014 yılında yapmış oldukları çalışmada ebeveynlerinin ifade ettiği YDDDB tanılı olguların daha cesur, daha hareketli ve daha az dikkatli olmaları sonucu ile bulgularımız uyumludur.

YA mizaç özelliği kişinin yeniliğe ve yeni deneyimlere karşı eğilimini ölçer. YA'dan alınan yüksek puanlar, kişinin maceralara ve heyecan verici deneyimlere karşı daha ilgili olduğunu göstermektedir. YDDDB olgu grubu ve MDB olgu grubu YA mizaç özelliği açısından karşılaştırıldığında YDDDB grubundaki olguların MDB grubundaki olgulara göre daha yüksek ölçek puanlarına sahip olduğu görülmüştür ancak yapılan istatistiksel karşılaştırmalarda bu sonuç anlamlı bulunmamıştır. YDDDB olgu grubuna eşlik eden ve dışsallaştırıcı davranış sorun alanlarına yol açan DEHB tanısının mizaç özelliklerini etkileyebileceği düşünülmüştür. YDDDB olgu grubu komorbid DEHB tanısı bulunan ve bulunmayan iki gruba ayrılmış ve YA mizaç özelliği açısından karşılaştırılmıştır. Bu karşılaştırma sonucunda iki grubun YA mizaç özelliği puanlarının birbirine benzer olduğu görülmüştür. Her iki YDDDB grubunda da benzer mizaç özellikleri görülmesi YDDDB tanısının DEHB eşlik etsin ya da etmesin kendisine özgü bir mizaç yapısı olmasını desteklemektedir.

İş birliği karakter özelliği ise kişinin sosyal ilişkiler içerisinde empati kurma, başkalarına yardım etme ve iş birliği yapma alanlarındaki becerisini gösterir (237,238,242). Bu karakter özelliğinin alt boyutları ise sosyal onaylanma, empati duyma, yardımseverlik ve acımadır. MDB grubundaki olguların empati duyma ve acıma alt boyutlarında YDDDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. Başkalarının duygularını anlamada yaşanan zorluklar YDDDB tanılı olguların duyguları fark etme, yorumlama, düzenleme ve buna uygun yanıtlar oluşturmasına engel olabilir. Duyguları anlamada ve düzenlemede ciddi zorluklar yaşayan YDDDB tanılı çocuk

ve ergenler işlevselliklerini bozacak düzeyde sözel ya da fiziksel öfke patlamaları sergilemektedir. Bu bulgular hastaların klinik özellikleri ile uyumlu olsa da YDDB tanıli çocuk ve ergenlerin iş birliği mizaç özellikleri ile ilgili literatür bilgisi bulunmamaktadır.

Kendini yönetme karakter özelliği kişinin kendi hedeflerine ulaşmak için sorumluluk alması, kendi kararlarını verebilmesi ve hedeflerine odaklanabilmesini göstermektedir. KY'den alınan yüksek puanlar kişinin hedeflerine ulaşma konusunda bağımsız olması ve kendisini düzenleme becerisine sahip olduğunu göstermektedir. KY karakter özelliği sorumluluk alma, amaçlılık, beceriklilik ve kendini kabullenme alt boyutlarına sahiptir. Kore'de bir ortaokulda 623 öğrencinin dahil edildiği çalışmada KY karakter özelliğinin hem içselleştirici hem de dışsallaştırıcı patolojilerde negatif korelasyona sahip olduğu gösterilmiştir (246). MDB tanısı konmuş olguların sağlıklı kontrol grubuna göre daha düşük KY puanları olduğu gösterilmiştir (247). Davranış sorunları olan 16-18 yaş arası 140 ergenin dahil edildiği çalışmada ise davranış sorunları olan ergenlerin düşük KY puanlarına sahip olduğu gösterilmiştir (248).

MDB tanıli olgu grubu YDDB tanıli olgularla karşılaştırıldığında YDDB grubundaki olguların kendini kabullenme alt boyutunda MDB grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı ancak diğer alt alanlarda anlamlı fark olmadığı görülmüştür. MDB'de dönemsel olarak yoğun değersizlik ve suçluluk düşünceleri görülebilmektedir. Bu durum hastaların YDDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla kendini kabullenmemelerine yol açmış olabilir. Literatürde YDDB ve MDB grubunu KY açısından karşılaştıran çalışma bulunmasa da her iki grubun da düşük KY puanlarına sahip olması ve aralarında kendini kabullenme alt boyutu dışında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaması literatürle uyumludur. Olvera ve ark.'nın 2009 yılında bipolar bozukluk tanıli 38 ergeni dahil ettikleri bir çalışmada ÇMKE hem çocuklara hem de ebeveynlere doldurtulmuştur. KY alanında bipolar bozukluk tanıli konmuş ergenler ebeveynlerine göre kendilerine daha yüksek KY puanları vermişlerdir (249). Kendini kabullenme alt boyutunda, YDDB grubundaki bireylerin daha yüksek puanlar elde etmeleri, bu gruptaki katılımcıların mizaç ve karakter özellikleri hakkındaki öz bildirimlerinin sonuçlarıyla ilişkilendirilebilir.

Zaninotto ve ark.'nın 2016 yılında duygudurum bozuklukların mizaç özellikleri üzerine yapmış oldukları sistematik meta-analiz çalışmasına, 28 çalışmadan 2817 bipolar bozukluk tanılı olgu, 44 çalışmadan 3169 MDB tanılı olgu ve 48 çalışmadan 11464 sağlıklı kontrol grubu dahil edilmiştir. Bipolar bozukluk grubu ile MDB grubu karşılaştırıldığında, YA mizaç özelliğinde BB tanılı olgular MDB olgularından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar alırken, ZK alanında ise MDB grubundaki olgular BP grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almıştır (243). Aynı çalışmada MDB grubu ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırıldığında, MDB grubundaki olguların sağlıklı kontrol grubuna göre YA, ÖB, SE, KY ve İB alanlarında daha düşük puanlar aldığı ve bu alanlarda daha yetersiz olduğu görülmüştür. ZK alanında ise MDB grubundaki olgular sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar almıştır (243).

Literatürde çocuklar ve yetişkinlerin dahil edildiği, mizaç özellikleri ile birçok psikopatoloji arasındaki ilişkilerin araştırıldığı çalışmalar bulunsa da YDDB tanısı konan olguların mizaç özellikleriyle ilgili sadece bir araştırmaya ulaşılmıştır (23). Bu çalışmaya 3-4 yaş arasında çocuğu olan 541 aile dahil edilmiştir ve çocuklar 6 yaşına geldiğinde tekrar değerlendirme yapılmıştır. Bakım verenlerin doldurmuş olduğu çocuk davranış anketi ile çocukların mizaç özellikleri değerlendirilmiştir. Çocukların 6 yaşında yapılan psikiyatrik değerlendirmesi sonucunda YDDB tanısı konan ve konmayan çocuklar birbiriyle mizaç dahil olmak üzere çeşitli faktörler de karşılaştırılmıştır. YDDB'ye yol açan prediktörlerin belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada, çocuk davranış anketinin hem anne hem de babalar tarafından doldurulması istenmiştir. Annelerin doldurduğu ölçekte YDDB tanısı konmuş çocukların konmamış çocuklara göre daha yüksek negatif duygusal tepkilere, daha yüksek dışadönüklük, enerji ve cesarete ve daha düşük dikkat ve çaba gerektiren kontrole sahip olduğu görülmüştür. Babaların doldurduğu ölçekler incelendiğinde, YDDB tanılı çocuklar diğer gruba göre daha hareketli, cesur bulunurken dikkat ve çaba gerektiren kontrolü sağlama konusunda daha kötüdür (23).

Sonuç olarak YDDB tanılı çocuk ve ergenlerin MDB grubuyla karşılaştırılması sonucunda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az zarardan daha kaçındığı ve daha az beklenti endişesine, belirsizlik korkusuna, utangaçlığa ve yorgunluğa sahip olduğu

görülmüştür. YDDB tanılı olgular MDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha az bağımlı ve duygusaldır. Aynı zamanda istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az yardımsever, işbirlikçi ve empatiklerdir. YDDB grubundaki olguların sözel ve davranışsal öfke patlamalarına sahip olması, karşısındaki insanların duygularını anlamada ve buna uygun davranışlar sergilemede eksik olmaları klinik gözlemlerimizle uyumludur. Duyguları anlama, yorumlama ve düzenlemede yaşanan zorluklar sözel ve davranışsal öfke patlamaları için zemin oluşturmuş olabilir. Öfke patlamaları arasında devam eden kızgın, sinirli duygudurum ise olguların duygularını düzenleme, karşısındaki insanların duygu ve düşüncelerini yorumlama, empati yapma konusundaki yetersizlikleriyle ilişkili olarak görülebilir. Tanı kriterlerini karşılamaları için şikayetlerin 10 yaşından önce başlaması da genetik özelliklerin baskın olduğu mizaç özelliklerinin psikopatoloji üzerindeki yerini kuvvetlendirmektedir. MDB grubuna göre daha az işbirlikçi ve yardımsever olmaları da işlevselliklerini ve sosyal ilişkilerini bozan önemli faktörlerden olabilir.

5.4.2. Olguların Uyku Kalitesinin PUKİ ve EUS Ölçek Puanları ile Değerlendirilmesi

Olguların uyku kaliteleri ve gündüz uykululuk düzeylerini belirlemek amacıyla PUKİ ve EUS ölçeklerinin katılımcılar tarafından doldurulmaları istenmiştir.

PUKİ'den alınan puanların analiz edilmesi sonucunda uyku bozukluklarını gösteren 7 farklı bileşen ve toplam uyku kalitesi puanı iki grup arasında karşılaştırılmıştır. YDDB grubundaki olguların total uyku kalitesi MDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha iyidir.

PUKİ alt bileşenleri incelendiğinde YDDB grubundaki olguların MDB tanılı olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kısa uyku latans süresi olduğu, daha az uyku bozukluğu ve gündüz işlev bozukluğunun görüldüğü ve daha uzun uyku süresine sahip olduğu görülmüştür. Total uyku süreleri incelendiğinde, MDB grubundaki olguların ortalama uyku süresi $7,5 \pm 2,2$, YDDB grubundaki olguların ise $8,3 \pm 1,9$ 'dur. MDB grubundaki olguların 58'i (%45,6) 7 saatten daha uzun süre uyurken, YDDB grubundaki olguların 73'ü (%68,8) 7 saatten daha uzun süre uyumaktadır.

YDDB grubundaki olguların 81'ine (%76,4) DEHB komorbid tanısı eşlik etmektedir. YDDB+DEHB komorbid tanıları bulunan 81 olgu ile DEHB komorbiditesi olmayan YDDB tanılı 25 olgunun PUKİ toplam puanı ve alt bileşenleri karşılaştırıldığında öznel uyku kalitesi, uyku latansı, uyku süresi, efektif uyku alışkanlığı, uyku ilacı kullanımı, gündüz işlev bozukluğu ve toplam PUKİ puanları arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. Uykuya geç dalma, gece uyanma, rahat nefes alamama, kötü rüyalar görme gibi ölçek maddelerinin toplamından oluşan uyku bozukluğu alt bileşeninde ise sadece YDDB tanısı konmuş grubun YDDB+DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür. Literatürde YDDB+DEHB ve yalnız YDDB grubu hastaların uyku özelliklerini karşılaştıran çalışma bulunmamaktadır.

Olguların gündüz uykululuğunu değerlendiren EUS ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde, YDDB grubundaki olguların ortalama puanının $11,9 \pm 6,0$, MDB grubundaki olguların ise $13,9 \pm 5,3$ 'tür. Gruplar karşılaştırıldığında MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha fazla gündüz uykululuğu semptomlarına sahip olduğu görülmüştür. Literatür EUS ölçeğinden 10'ün üzerinde puan almanın artmış gündüz uykululuğu ile korele olduğunu göstermektedir (250). Buna göre YDDB vakalarının %67,9'unda gündüz uykululuğu görülürken, MDB grubundaki olguların %81,1'inde görülür.

EUS puanları YDDB+DEHB ve yalnız YDDB grubu arasında karşılaştırıldığında, sadece YDDB tanısı konmuş olguların YDDB ve DEHB komorbiditesine sahip olgulara göre anlamlı düzeyde daha fazla gündüz uykululuk şikayetinde bulunduğu gözlenmiştir.

Waxmonsky ve ark.'nın 2017 yılında 784 DEHB tanılı çocuk ve ergenin dahil ederek uyku kalitesini incelemiş oldukları çalışmada ebeveynlerin doldurdıkları uyku ölçekleri ve polisomnografi verileri kullanılmıştır. Çalışmada YDDB belirtileri gösteren 61 olgu ile göstermeyen 604 olgu karşılaştırıldığında polisomnografi verilerinde uyku bozukluğu açısından anlamlı bir fark elde edilmemiştir. Ancak çalışmanın sonucunda YDDB+DEHB tanılı grubun sadece DEHB tanılı gruba göre anne ve babaların ifade ettiği daha fazla klinik uyku bozukluğu belirtilerine sahip olduğu görülmüştür (251). Bununla birlikte uyku bozukluğu belirtilerinin YDDB'ye doğrudan katkı sağlayan önemli bir belirteç olmadığı düşünülmektedir. Diğer dışsallaştırıcı davranış bozukluklarına benzer

şekilde yapılan polisomnografi değerlendirmelerinde polisomnografi değişkenleri ile YDDB semptomları arasında da anlamlı bir ilişki bulunmadığı ifade edilmiştir (251).

Estreda-Prat ve ark.'nın 2017 yılında YDDB, DEHB ve bipolar bozukluk tanısı konmuş toplam 35 çocuk ve ergen üzerinde yapmış oldukları polisomnografi çalışmasında uyku değerlendirilirken 'Sleep disturbance Scale for Children' Ölçeği ve polisomnografi verileri kullanılmıştır (252). Ölçek sonucunda YDDB ve Bipolar bozukluk tanılı gruplar karşılaştırıldığında bipolar bozukluk tanısı konmuş olguların anlamlı düzeyde daha yüksek ölçek puanlarına ve uyku bozukluğuna sahip olduğu görülürken, DEHB ve YDDB grupları arasında anlamlı bir fark görülmemiştir (252). Ancak yazarlar bu sonucun katılımcı sayısının az olması ile de ilişkili olabileceğini bildirilmiştir. Polisomnografi sonuçları incelendiğinde, YDDB ve BP grupları ve YDDB ve DEHB grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (252).

Literatürde DEHB ve YDDB vakaları arasında polisomnografik değişkenlerle ilgili belirgin farklılıklar olmadığı gösterilmiştir (251,252). Çalışmamızda sadece YDDB ve sadece DEHB tanılı hastalar birbiriyle karşılaştırılmasa da sadece YDDB tanılı vakaların YDDB+DEHB tanılı vakalarla karşılaştırılması sonucunda yedi bileşenli PUKİ ölçeğinin uyku bozukluklarını değerlendiren sadece bir bileşeninde YDDB grubundaki olguların anlamlı şekilde daha fazla sorun yaşadığı farkı dışında diğer altı bileşende anlamlı farklılıklar görülmediği gözlenmiştir.

Çocuk ve ergenlerde görülen depresyonda iştah ve kilo değişiklikleri, enerji kaybı ve uykusuzluk yetişkinlere göre daha sık görülmektedir (253). Moo-Estrella ve ark.'nın 2021'de 524 çocuğun dahil edildiği çalışmada depresif belirtiler ve uyku sorunları arasındaki ilişki karşılaştırılmıştır. Çalışmaya dahil edilen çocukların 105'i (%20) ÇDÖ'ye göre depresif belirtiler göstermektedir. Çalışmada depresif belirtiler ve gece uyanma, kabuslar, gündüz uyanma zorluğu arasında ilişki saptanmıştır (254).

YDDB ve MDB grubundaki olguların total uyku kalitesi ve gündüz uykululuğu karşılaştırıldığında ise MDB grubundaki olguların daha kötü uyku kalitesine ve daha fazla gündüz uykululuğu ve bununla ilgili işlev bozukluklarına sahip olduğu görülmüştür.

Uyku bozuklukları Bipolar bozukluk tip1 ve 2, MDB, siklotimi gibi duygudurum bozukluğu gibi birçok psikopatolojide tanı ve klinik görünümde önemli bir rol almaktadır (255). DSM-5'te depresif bozukluklar başlığı altında yer alan yeni bir duygudurum bozukluğu tanısı olan YDDB'de uyku bozuklukları hakkında literatürde bulunan bilgiler kısıtlıdır. YDDB olgu grubunda MDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla antipsikotik grup ilaç kullanılması uyku bozukluklarının daha az görülmüş olmasını sağlamış olabilir. DSM-5 kriterlerinde MDB tanısında uyku miktarında artma ya da azalma olması tanıyı destekleyen kriterlerinden biri olarak yer almaktadır. YDDB tanısı, tanı sistemlerine çocuk ve ergenlere bipolar bozukluk tanısı konma oranlarının son yıllarda hızla artmış olması ile birlikte girmiştir. DSM-4'te irritabilite ve öfke patlamaları ile karakterize edilen ADDB'de aynı zamanda uykusuzluk, ajitasyon, uçuşan fikirler, baskılı konuşma gibi aşırı uyarılma belirtileri de bulunmaktadır. DSM-5'te ise bu aşırı uyarılmışlık belirtileri tanı kriteri olmaktan çıkarılmış ve YDDB tanısı ortaya çıkmıştır. Bipolar bozukluktan ve ADDB'den farklı olarak uykusuzluk şikayetinin YDDB tanılı hastalarda bulunmaması hem literatürü hem de tanı sistemini desteklemektedir. YDDB yoğun duygu regülasyon bozukluğu, öfke patlamaları ve irritabilite semptomlarına rağmen MDB olgu grubundan anlamlı düzeyde daha az uyku bozukluğuna sahiptir. Bu durum YDDB'nin uyku bozuklukları ve gündüz uykululuğunun sık görüldüğü MDB'den ve uykusuzluğu enerji artışı semptomlarının görüldüğü bipolar bozukluktan ayrılmasına yardımcı olmaktadır.

5.4.3. Olguların Depresif Belirtilerinin ÇDÖ ile Değerlendirilmesi

YDDB ve MDB grubundaki olgular çalışmaya dahil edilirken komorbid YDDB ve MDB tanılarına sahip olgular çalışmadan çıkarılmıştır. Çocuk ve ergenlerin depresyon şiddeti değerlendirilirken ÇDÖ ölçeği her iki grupta bulunan olgular tarafından doldurulmuştur. Bulgular incelendiğinde YDDB tanı grubundaki olguları ortalama ÇDÖ puanları $11,24 \pm 3,7$, MDB grubundaki olguların ise $28,09 \pm 7,0$ 'dir. MDB olgu grubundaki vakaların ÇDÖ puanları YDDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. MDB tanılı çocuk ve ergenlerde ÇDÖ depresyon tanısı için tarama aracı olarak da kullanılabilen etkin bir ölçektir. Literatürde farklı kesme puanları olsa da çocuk ve

ergenlerde depresyon tanısı koymaya yardımcı olan ve bu tanıyı anksiyete bozukluğu ve yıkıcı davranış bozukluklarından ayırt eden önemli bir araçtır (256).

Mulraney ve ark.'nın 2016 yılında YDDB ve DEHB komorbiditesi olan 39 çocuğu dahil ettiği çalışmada çocukların %2,6'sında eşlik eden depresyon tanısı olduğu görülmüştür (257). Lin ve ark. 2021 yılında yaptıkları çalışmada YDDB tanısı konmuş çocuk ve ergenlerin %13,3'ünde MDB komorbiditesi saptamışlardır (216). Freeman ve ark.'nın 2016 yılında yapmış oldukları bir çalışmada ise YDDB'ye eşlik eden MDD, distimik bozukluk, başka türlü adlandırılmayan depresif bozuklukların da dahil edildiği depresif bozukluklar komorbidite oranının %32 olduğu gösterilmiştir (222).

Brotman ve ark.'nın 2006 yılında 1420 ADDB'li çocuğu dahil ettikleri uzunlamasına epidemiyolojik çalışmada, bu tanıya sahip çocukların yetişkinlik döneminde tanıya sahip olmayan çocuklarla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde yüksek oranlarda depresyon tanısı aldıkları görülmüştür (258). Literatür YDDB tanılı çocuk ve ergenlere ilerleyen yıllarda depresyon tanısı konma oranlarının yüksek olduğunu göstermektedir (53,75,225).

Çalışmamızda YDDB ve MDB komorbiditesi olan olgular çalışmadan çıkarılmıştır. Bu olgular YDDB tanısı konmuş olguların %20,8'ini oluşturmaktadır. MDB tanı grubundaki olguların ortalama ÇDÖ puanının YDDB tanı grubuna oranla yüksek olması literatüre uygun olmakla birlikte YDDB ve MDB komorbid tanılı vakaların çalışmadan çıkarılmasıyla da desteklenmiş olabilir.

5.4.4. Olguların Güçler ve Güçlükler Anketi Çocuk ve Ebeveyn Formlarından Aldıkları Puanların Değerlendirilmesi

Çalışmada GGA'nın çocuk ve ebeveyn formu kullanılarak MDB ve YDDB olgu grubu birbiriyle karşılaştırılmıştır. GGA formu çocuk ve ergenlerin duygusal sorunları, davranış sorunları, akran sorunları, dikkat ve hareketlilik sorunlarını tanımlayan 4 alt alan ve bu alanların toplamından oluşan bir toplam güçlük puanı elde edilir. Olguların güçlü yanlarını gösteren sosyal uyum alanı da değerlendirilen bir diğer alandır. Dört sorun alanı

ve bir uyum sağlayıcı alan olmak üzere toplam 5 farklı alan GGA çocuk ve ebeveyn formu tarafından değerlendirilir.

Çalışmalarda sıklıkla tercih edilen bir ölçek olan GGA'nın 5 faktörlü değerlendirmesi dışında içselleştirici sorunlar, dışsallaştırıcı sorunlar ve sosyal uyum alt bileşenlerinden oluşan üç faktörlü bir yapısı da bulunmaktadır (259). Bu üç faktörlü yapıda duygusal sorunlar ve akran sorunları içselleştirici sorun alanını, davranış sorunları, dikkat ve hareketlilik sorunları ise dışsallaştırıcı sorun alanını oluşturmaktadır (259).

Çalışmamızda ebeveynler veya bakım verenler tarafından doldurulan GGA puanları incelendiğinde YDDB tanısı konmuş olguların MDB tanısı konmuş olgulara göre dikkat ve hareketlilik sorunları, davranış sorunları ve toplam güçlük puanı alanlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puanlar aldığı görülmüştür. MDB grubundaki olguların ise duygusal sorunlar alanında YDDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek puanlara sahip olduğu izlenmiştir. MDB tanılı olguların duygusal sorunlara sahip olması hem klinikle hem de literatürle uyumludur (260). YDDB tanılı olgular ise DSM-5'te Depresif Bozukluklar başlığı altında yer almalarına rağmen duygusal sorunlardan ziyade davranış sorunları, dikkat ve hareketlilik sorunlarına anlamlı düzeyde daha fazla sahiptir. Çalışmamızda MDB tanılı hastaların duygu düzenlemedeki zorlukları duygusal sorunlara yol açarken, YDDB tanılı hastaların duygu düzenleme sorunları öfke patlamalarına ve davranış sorunları ile ilişkili olabilir. YDDB tanılı olgulara yüksek oranda eşlik eden DEHB komorbiditesi dikkat ve hareketlilik sorun alanından alınan yüksek puanları desteklemiş olabilir. İki tanı da aynı tanı grubu altında yer alsalar da klinikte gözlenen sorun alanları açısından birbirinden farklı yerlerde bulunmaktadır.

Çalışmamızda çocuk ve ergenlerin doldurdukları GGA puanları incelendiğinde, YDDB grubundaki olguların MDB grubundaki olgulara göre davranış sorunları alanında daha yüksek puan aldığı ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı görülmemektedir. Duygusal sorunlar, dikkat sorunları ve toplam güçlük alanında ise MDB grubundaki olguların YDDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip olduğu görülmüştür. Hem olguların kendisini değerlendirdiği hem de ebeveynlerin değerlendirdiği ölçeklerde ortak olarak MDB grubu daha fazla duygusal sorun yaşamaktadır. Davranış sorunları, dikkat ve hareketlilik sorunları gibi dışsallaştırıcı

problemler değerlendirilirken çocuk ve ebeveyn anket sonuçları arasında fark olduğu görülmüştür. YDDB tanılı olgular daha az dikkat ve hareketlilik sorunu ve davranış sorunu yaşadığını ifade ederken, ebeveynler olguların davranış ve dikkat ve hareketlilik sorunu alanlarında daha fazla sorun yaşadığını ifade etmiştir. GGA'nin çocuklar ve ebeveynler tarafından eş zamanlı doldurulması sonucunda aradaki uyumun incelendiği birçok çalışma bulunmaktadır (259,261,262). Bu çalışmalarda ebeveyn-çocuk formları arasında tutarlılık olabileceği gibi farklar da görülmüştür. Japonya'da 12-18 yaş arasındaki 1254 çocuğun dahil edildiği bir çalışmada, GGA çocuk formu ortalama puanının tüm alt alanlarda GGA ebeveyn formu ortalama puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür (263). Bu bağlamda yapılan bir diğer çalışma Li ve ark.'nın İtalyan ebeveynler ve çocuklarının GGA farklılıklarını daha önce yapılmış olan Çinli ve İngiliz ebeveynlerle karşılaştırdığı çalışmadır (264). Çalışmanın sonucunda İtalyan annelerin Çinli annelere göre çocuklarındaki hiperaktivite, akran sorunları ve toplam güçlük düzeyinin daha düşük ve sosyal uyum düzeyini daha yüksek olarak belirtmiştir. İtalyan anneler İngiliz annelere göre çocuklarının hiperaktivite düzeylerini daha düşük olarak derecelendirmiştir (264). Goodman ve ark.'nın GGA'nin çocuk, ebeveyn ve öğretmen formlarını çocukluk çağı psikopatolojilerini ön görmek amacıyla kullanımını değerlendirdikleri çalışmada anketin davranış bozukluğu, hiperaktivite, depresyon ve bazı anksiyete bozuklukları olan bireylerin %70'ten fazlasını tespit ettiği görülmüştür. Çalışmada GGA ölçek puanlarının psikopatolojilerle karşılaştırması sonucunda ebeveyn ve öğretmen formlarının hastalığı ön görme konusunda ergen formlarına göre daha güvenilir olabileceği gösterilmiştir (265). YDDB tanılı çocuk ve ergenlerin öz bildirimine dayanan GGA anketinde ebeveynlerine göre daha az davranış, dikkat ve hareketlilik sorunu tariflemeleri bu literatür verileri ile açıklanabilir (259,261,262).

Hem çocuk hem de ebeveyn GGA formunda sosyal uyum alanı YDDB grubundaki olgularda MDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha düşük puanlara sahiptir. YDDB grubundaki olguların sosyal uyum alanındaki zorlukları MDB grubundaki olgulara göre anlamlı düzeyde daha fazladır. Literatürde YDDB ve MDB grubundaki olguları güç ve güçlük alanları konusunda değerlendiren bir çalışma bulunmamaktadır. Hem YDDB hem de MDB tanılı olgularda sosyal işlevsellikte azalma görülebilse de YDDB'deki ciddi

duygudurum düzensizliği, sürekli sinirlilik hali, sözel ve davranışsal öfke patlamaları MDB grubuna göre çok daha fazla görülen sosyal ilişki sorunlarının sebebi olabilir.

Balazs ve ark.'nın 2013 yılında yaptığı ve 11 ülkeden 12395 çocuk ve ergenin dahil edildiği çalışmada Beck Depresyon Ölçeği ve Güçler ve Güçlükler Ölçeği kullanılmıştır (260). Eşik altı düzeyde depresyon ve anksiyete belirtileri gösteren çocuk ve ergenlerin göstermeyenlere göre anlamlı düzeyde yüksek GGA ortalama puanlarına sahip olduğu görülmüştür. Eşik düzeyde depresyon ve anksiyete belirtileri olan grup ise eşik altı depresyon ve anksiyete belirtileri gösteren olgulara göre anlamlı düzeyde yüksek GGA ortalama puanına sahiptir (260).

DSM-4 anksiyete bozuklukları ve MDB'yi içselleştirici psikopatolojiler, davranım bozukluğu ve KOKGB'nu ise dışsallaştırıcı psikopatolojiler olarak adlandırmıştır (266). DEHB tanısı konmuş 244 çocuk üzerinde yapılmış olan çalışmada DEHB'ye eşlik eden içselleştirici ve dışsallaştırıcı komorbiditeler ve GGA ebeveyn formu arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmada GGA ebeveyn formundaki davranış sorunları alt alanı ile dışsallaştırıcı psikopatolojiler arasında anlamlı ilişki olduğu gözlenmiştir (267). İçselleştirici psikopatolojilerde ise duygusal sorunlar dışsallaştırıcı psikopatolojilere göre anlamlı düzeyde daha fazla görülmektedir (259). Çalışmamızda YDDB tanılı olguların MDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek davranış sorunlarına sahip olması YDDB'nde depresyon ve kaygı bozukluğu gibi içselleştirici bir sorundan ziyade davranım bozukluğu ve KOKGB gibi dışsallaştırıcı bir psikopatoloji gibi bir kliniğine ve sorun alanlarına sahip olduğunu göstermektedir.

Güçler ve güçlükler anketinin 5 maddesinin toplanması ile oluşturan duygusal ve davranışsal disregülasyonu gösteren disregülasyon profili incelendiğinde ebeveynlerden elde edilen verilere göre YDDB grubundaki olguların %45,2'sinde, MDB grubundaki olguların ise %25,9'unda disregülasyon olduğu görülmüştür (209). YDDB grubundaki disregülasyon oranı MDB grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. YDDB tanılı çocuk ve ergenlerde tanı yoğun duygudurum disregülasyonu görülmesi tanı ile uyumludur. Disregülasyonun tüm vakalarda değil de %45,2 oranında görülmesi olguların aktif medikal tedavi kullanıyor olması ile ilişkili olabilir.

Sonuç olarak literatürde GGA'ni kullanan birçok çalışma bulunsa da YDDB tanısı konmuş çocukların MDB tanısı konmuş çocuklarla karşılaştırmasını ve değerlendirmesini yapan çalışma bulunmamaktadır. YDDB tanılı olgular MDB grubuna göre hem çocuk hem de ebeveyn formlarında duygusal sorunlar açısından anlamlı düzeyde daha az sorun yaşamaktadır. Bu durum literatürde içselleştirici psikopatolojileri olan hastaların duygusal sorunlar açısından yüksek puanlar almasıyla desteklenmektedir (259). YDDB tanılı hastaların ciddi duygu düzenleme bozuklukları, sözel ve davranışsal öfke patlamaları hastaların akran sorunlarını MDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla yaşamaları ile ilişkili olabilir. Dikkat ve hareketlilik sorunları ise YDDB tanılı çocuk ve ergenlerde MDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Bu hastaların yüksek DEHB komorbiditesi bu sorunlara katkı sağlamış olabilir. Hastaların günlük hayatta yaşadığı duygusal, davranışsal sorunlar, akran problemleri, dikkat ve hareketlilik şikayetleri okul, aile ve sosyal hayatta büyük kayıplara sebep olabilmektedir. YDDB tanılı hasta grubunda davranışsal, dikkat, duygusal ve akran sorunları alanlarının ayrıntılı şekilde değerlendirilmesi tedavi sürecinde fayda olabilir. Aynı zamanda sosyal uyumu arttıracak önlemler alınması işlevselliğe katkı sağlayabilir.

5.4.5. Olguların Sosyoekonomik Durumlarının Hollingshead-Redich Ölçeği ile Değerlendirilmesi

Hollingshead-Redich Ölçeği ebeveynlerin sosyoekonomik durumlarını belirleyen klinisyen tarafından doldurulan beş seçenekten oluşan bir ölçektir. Ölçek socunda yüksek, orta ve düşük sosyoekonomik düzey şeklinde üç farklı kategori elde edilir. Çalışmamızda YDDB grubundaki olguların 14'ü (%13,2) yüksek, 29'u (%27,3) orta ve 63'ü (%59,4) düşük sosyoekonomik düzeye sahipken, MDB grubundaki olguların 20'si (%15,7) yüksek, 42'si (%33) orta ve 65'i (%51,8) düşük sosyoekonomik düzeye sahiptir. Her iki grupta da olguların yarısından fazlası düşük sosyoekonomik düzey grubuna aittir (%59,4-51,8). Gruplar sosyoekonomik düzey açısından birbiriyle karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir. İki grup sosyoekonomik düzey açısından birbirine benzerdir.

Çalışmalar çocukluk döneminde düşük sosyoekonomik düzeye sahip olmanın hem çocukluk döneminde hem de yetişkinlik döneminde MDB için bir risk faktörü olduğunu göstermektedir (268–271). Çocuk ve ergenlerin mental sağlığı ve sosyoekonomik durumu arasındaki ilişkiyi inceleyen 55 çalışmanın dahil edildiği bir gözden geçirme çalışmasında 52 çalışmada düşük sosyoekonomik düzey ve mental sağlık sorunları arasında ilişki olduğu gösterilmiştir (272).

Çalışmamızda da hem MDB hem de YDDB grubundaki olguların düşük sosyoekonomik düzeye sahip olması literatürle uyumlu olarak görülmüştür. Her iki grubun benzer sosyoekonomik durumlara sahip olmaları daha sağlıklı karşılaştırmalar yapılmasına olanak sağlamıştır.

5.5. Çalışmanın Kısıtlılıkları

- Çalışmamız kesitsel bir çalışma olduğu için hastaların medikal tedavileri hakkında bilgiler olsa da kullanılan tedaviye karşı klinik yanıtları mevcut değildir.
- Kliniğimiz Ankara'da bulunan iki yataklı servisten biridir ve aynı zamanda Ankara'daki çeşitli Çocuk Koruma Evleri'nde kalan ağırlıklı olarak kız hastaların tedavi ve takip süreçlerinin gerçekleştirildiği bir merkezdir. Çalışmaya dahil edilen olguların cinsiyet oranları bu bağlamdan etkilenebilir.
- Çalışmamız primer bir uyku çalışması olmadığı için polisomnografi verileri bulunmamaktadır. Uyku bozuklukları hakkındaki bilgiler PUKİ ve EUS ölçekleri kullanılarak hastaların öz bildirimleri ile öğrenilmiştir.
- Çalışmamızda mizaç, karakter ve uyku özellikleri ile ilgili edinilen bilgiler hastaların öz bildirimine dayanmaktadır. Güçler ve güçlükler anketi ebeveyn formu ve sosyodemografik form dışında ebeveynlerden bilgi alınmamıştır.
- Çalışmamızda YDDB ve MDB tanımlı olguların sosyodemografik özellikleri, ilaç kullanım durumları, mizaç, karakter ve uyku özellikleri birbiriyle karşılaştırılmış olsa da sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılması yapılamamıştır.

5.6. Çalışmanın Güçlü Yönleri

- Çalışmamız literatürde kısıtlı veri bulunan yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğunun mizaç ve karakter özelliklerini, sosyodemografik verilerini, klinik özelliklerini, ilaç kullanımlarını ve uyku özelliklerini değerlendirme konusunda geniş kapsamlı yapılan ilk çalışmadır.
- DSM-5'te Depresif Bozukluklar başlığı altında bulunan MDB ve YDDB tanı gruplarını olgularla mizaç ve karakter özellikleri, ilaç kullanımı ve klinik özellikleri açısından birbiriyle karşılaştırma fırsatı tanımıştır.
- Çalışmaya 106 YDDB tanısı konmuş hasta dahil edilmiştir. YDDB tanısının daha az bilinen yeni bir tanısı olması sebebiyle literatürle karşılaştırıldığında geniş bir örnekleme klinik verileri değerlendirme fırsatı tanımıştır.
- YDDB hasta grubuna sık eşlik eden DEHB komorbiditesi olan olguların ve DEHB komorbiditesi olmayan olgularla karşılaştırılması sağlanmıştır. Bu sayede DEHB komorbiditesinin YDDB tanısı üzerindeki mizaç ve klinik özelliklerini değerlendirme fırsatı tanımıştır.
- Olguların dahil edilme kriterleri göz önüne alındığında YDDB ve MDB komorbid tanıları konan çocuk ve ergenler çalışmadan çıkarılmıştır. Bu sayede YDDB ve MDB tanıları daha sağlıklı şekilde birbiriyle karşılaştırılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Çalışmamız YDDB tanılı olguların mizaç ve karakter özelliklerini, uyku kalitesini, ilaç kullanımlarını MDB grubu ile karşılaştıran ilk çalışmadır. DSM-5'te Depresif Bozukluklar başlığı altında yer alan, duygu düzenleme sorunları görülen iki patoloji karşılaştırılmıştır.
2. YDDB tanılı olguların MDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha az zarardan kaçındığı, daha az ödül bağımlılığı olduğu, daha az iş birliği ve empati yapabildiği izlenmiştir. Yenilik arayışının ise YDDB grubundaki olgularda daha fazla olduğu görülmüştür.
3. YDDB tanılı olgu grubunda en fazla kullanılan ilaç grubu %84,4 oranında oral antipsikotik ilaçlardır. En sık kullanılan ilaç ise %61,3 oranında risperidondur. MDB tanılı olgu grubunda ise en fazla kullanılan ilaç grubu %96,6 oranında antidepresan ilaçlardır. En sık kullanılan ilaç ise %63,3 oranında sertralindir.
4. İki olgu grubu kullanılan ilaç grupları açısından karşılaştırıldığında YDDB tanılı grup, MDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla oral ve depo antipsikotik grubu ilaçları, duygudurum düzenleyici grubu ilaçları ve dikkat eksikliği tedavisi grubu ilaçları kullanmaktadır. MDB tanılı olgular ise YDDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla antidepresan grubu ilaç kullanmaktadır.
5. YDDB tanılı olgulara en sık eşlik eden üç tanı; DEHB (%76,4), davranım bozukluğu (%17) ve anksiyete bozukluğudur (%16) buna karşın MDB tanılı olgulara en sık eşlik eden üç tanı; anksiyete bozukluğu (%40,9), DEHB (%33,9) ve TSSB'dir (%7,1).
6. YDDB ve MDB olgu grupları eşlik eden tanıları açısından birbiriyle karşılaştırıldığında, YDDB grubuna MDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla DEHB, davranım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve enkoprezis eşlik etmektedir. MDB grubundaki olgularda ise YDDB grubuna oranla anlamlı düzeyde daha fazla anksiyete bozukluğu, TSSB ve yeme bozukluğu ek tanıları bulunmaktadır.

7. YDDB olgularının ebeveynleri bu gruptaki çocuk ve ergenlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla davranış sorunu, dikkat ve hareket sorunu tariflemiştir. YDDB grubundaki olguların sosyal uyumu MDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha kötüdür.
8. Olguların ego dayanıklılığını ve öz düzenleme becerilerini gösteren disregülasyon profili incelendiğinde YDDB grubundaki olguların %45,2'sinde, MDB grubundaki olguların ise %25,9'unda disregülasyon olduğu görülmüştür.
9. YDDB grubundaki olguların total uyku kalitesi MDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha iyidir. YDDB grubundaki olgular MDB grubuna oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha kısa uyku latansına, daha uzun uyku süresine, daha az uyku bozukluğuna sahiptir.
10. YDDB grubunda gündüz uykululuğu ve buna bağlı işlevsellikte bozulma MDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha azdır. YDDB vakalarının %67,9'unda gündüz uykululuğu görülürken, MDB grubundaki olguların %81,1'inde görülür.
11. DEHB komorbiditesi olmayan YDDB vakalarında olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksek gündüz uykululuğu olduğu görülmüştür.
12. YDDB grubundaki olguların 16'sı (%15), MDB grubundaki olguların 4'ü (%3,1) örgün eğitime devam etmemektedir. YDDB grubunda örgün eğitime devam etmeyen olgular MDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazladır.
13. YDDB grubundaki anne ve babaların yaş ortalamaları MDB grubundaki olguların anne babalarının yaş ortalamalarından daha düşüktür. Gruplar arasındaki anne yaşları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.
14. Olguların babalarının eğitim düzeyleri YDDB grubunda MDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha düşüktür.
15. YDDB grubundaki olgular MDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla ev içi şiddete tanık olmuştur.
16. Suisidal düşünceler MDB grubundaki olgularda YDDB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bulunmaktadır.

17. Beklenildiği gibi MDB grubundaki olguların ÇDÖ'den aldıkları depresyon puanları YDDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.
18. Gruplar arasında sosyoekonomik durum açısından anlamlı fark görülmemiştir.

Bu çalışma YDDB grubundaki olguların mizaç ve karakter özelliklerinin MDB tanımlı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı ilk çalışmadır. Kontrol grubu olarak MDB tanımlı olguların seçilmesinin nedeni her iki hastalığın da DSM-5'te depresif bozukluklar altında yer alması, duygu disregülasyonu görülebilmesi ve polikliniğe benzer şikayetler ile başvuru yapabilmeleridir. YDDB tanımlı çocukların yetişkinlik döneminde yüksek oranlarda MDB tanısı alması da bir diğer sebebi oluşturmaktadır.

Her iki tanı da Depresif Bozukluklar başlığı altında yer alsa da farklı mizaç ve karakter özelliklerine sahiptir. YDDB grubundaki olguların MDB grubundakilere göre daha az beklenti endişesi, belirsizlik korkusu, utangaçlık ve yorgunluk yaşadığı görülmüştür. YDDB grubundaki olgular MDB grubuna göre daha az duygusal ve bağımlıdır. Aynı zamanda empati kurma yeteneklerinin daha kötü olduğu, acıma duygusuna daha az sahip oldukları ve daha az yardımsever oldukları görülmüştür. YDDB grubundaki olguların empati duygularını geliştirme ve sosyal becerilerini desteklemek için gelişimin erken dönemlerinden itibaren çalışmak faydalı olabilir. YDDB grubundaki olguların sosyal uyumları MDB grubuna göre daha kötüdür. Sosyal becerilerin ve ilişkilerin geliştirilmesi olguların hem şu anki hem de gelecekteki semptom şiddetini azaltabilir.

YDDB grubundaki olgular MDB grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla antipsikotik ilaç, duygudurum düzenleyici ve DEHB grubu ilaç kullanmaktadırlar. Bu hastaların psikiyatrik semptomlarının yanı sıra metabolik parametrelerinin de yakından takip edilmesi ilaç yan etkilerine karşı çocuk ve ergenleri koruyabilir.

YDDB hasta grubunda komorbidite oranı %83, MDB grubunda %79'dur. Klinik değerlendirmelerde ek tanıların değerlendirilmesi ve medikal tedavinin komorbiditeler göz önüne alınarak düzenlenmesi önemlidir.

MDB grubundaki olguların uyku kalitesi daha kötü, uyku süresi daha kısa ve gündüz uykululuğu YDDB grubuna göre daha fazla olsa da YDDB grubundaki olguların %67,9'unda gündüz uykuluğu görülmektedir. Uyku hijyeninin sağlanması her iki olgu grubunda da gündüz işlevselliğinin artmasına yardımcı olabilir.

Sonuç olarak YDDB'nin yeni bir tanı olması nedeniyle bu alanda yapılan her çalışmanın literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.



7. KAYNAKLAR

1. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Carlson GA, Stringaris A, Leibenluft E, et al. DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychol Med*. 2014 Aug 20;44(11):2339–50.
2. Herrman H, Kieling C, McGorry P, Horton R, Sargent J, Patel V. Reducing the global burden of depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *The Lancet*. 2019 Jun;393(10189):e42–3.
3. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th edn. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
4. 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 Jul;55(7):556–70.
5. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 2011 Oct;378(9801):1515–25.
6. Rothbart MK. *Becoming Who We Are: Temperament and Personality in Development*. The Guilford Press. 2011;
7. Owens J, Au R, Carskadon M, Millman R, Wolfson A, Braverman PK, et al. Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults: An Update on Causes and Consequences. *Pediatrics*. 2014 Sep 1;134(3):e921–32.
8. Gregory AM, Sadeh A. Annual Research Review: Sleep problems in childhood psychiatric disorders – a review of the latest science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016 Mar 28;57(3):296–317.

9. Harvey AG, Murray G, Chandler RA, Soehner A. Sleep disturbance as transdiagnostic: consideration of neurobiological mechanisms. *Clin Psychol Rev.* 2011 Mar;31(2):225–35.
10. Caravale B, Sette S, Cannoni E, Marano A, Riolo E, Devescovi A, et al. Sleep Characteristics and Temperament in Preterm Children at Two Years of Age. *Journal of Clinical Sleep Medicine.* 2017 Sep 15;13(09):1081–8.
11. Melegari MG, Sette S, Vittori E, Mallia L, Devoto A, Lucidi F, et al. Relations Between Sleep and Temperament in Preschool Children With ADHD. *J Atten Disord.* 2020 Feb 22;24(4):535–44.
12. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry.* 2014 Mar;171(3):276–93.
13. Burke JD, Boylan K, Rowe R, Duku E, Stepp SD, Hipwell AE, 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 Nov;123(4):841–51.
14. Ambrosini PJ, Bennett DS, Elia J. Attention deficit hyperactivity disorder characteristics: II. Clinical correlates of irritable mood. *J Affect Disord.* 2013 Feb;145(1):70–6.
15. 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 Feb;41(3):273–84.
16. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent Irritability: Phenotypic Associations and Genetic Links With Depressed Mood. *American Journal of Psychiatry.* 2012 Jan;169(1):47–54.
17. 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 May;54(5):377–84.
18. 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 Nov;53(11):1191-1205.e4.
 19. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Stringaris A, Leibenluft E, Carlson GA, et al. Preschool Irritability: Longitudinal Associations With Psychiatric Disorders at Age 6 and Parental Psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Dec;52(12):1304–13.
 20. Whelan YM, Leibenluft E, Stringaris A, Barker ED. Pathways from maternal depressive symptoms to adolescent depressive symptoms: the unique contribution of irritability symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015 Oct;56(10):1092–100.
 21. Degnan KA, Fox NA. Behavioral inhibition and anxiety disorders: Multiple levels of a resilience process. *Dev Psychopathol*. 2007 Jun 20;19(3):729–46.
 22. Forbes MK, Rapee RM, Camberis AL, McMahon CA. Unique Associations between Childhood Temperament Characteristics and Subsequent Psychopathology Symptom Trajectories from Childhood to Early Adolescence. *J Abnorm Child Psychol*. 2017 Aug 9;45(6):1221–33.
 23. Dougherty LR, Smith VC, Bufferd SJ, Carlson GA, Stringaris A, Leibenluft E, et al. DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychol Med*. 2014 Aug 20;44(11):2339–50.
 24. Sorcher LK, Goldstein BL, Finsaas MC, Carlson GA, Klein DN, Dougherty LR. Preschool Irritability Predicts Adolescent Psychopathology and Functional Impairment: A 12-Year Prospective Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2022 Apr;61(4):554-564.e1.

25. Orhan Öztürk, Aylin Uluşahin. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri; 2008.
26. Leibenluft E, Stoddard J. The developmental psychopathology of irritability. *Dev Psychopathol.* 2013 Nov 17;25(4pt2):1473–87.
27. Leibenluft E. Severe Mood Dysregulation, Irritability, and the Diagnostic Boundaries of Bipolar Disorder in Youths. *American Journal of Psychiatry.* 2011 Feb;168(2):129–42.
28. Deveney CM, Connolly ME, Haring CT, Bones BL, Reynolds RC, Kim P, et al. Neural Mechanisms of Frustration in Chronically Irritable Children. *American Journal of Psychiatry.* 2013 Oct;170(10):1186–94.
29. Caprara GV, 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 Jan;6(6):665–74.
30. Brotman MA, Kircanski K, Stringaris A, Pine DS, Leibenluft E. Irritability in Youths: A Translational Model. *American Journal of Psychiatry.* 2017 Jun;174(6):520–32.
31. Carver CS, Harmon-Jones E. Anger is an approach-related affect: Evidence and implications. *Psychol Bull.* 2009;135(2):183–204.
32. POTE GAL M, KOSOROK MR, DAVIDSON RJ. Temper Tantrums in Young Children: 2. Tantrum Duration and Temporal Organization. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics.* 2003 Jun;24(3):148–54.
33. Blanchard-Fields F, Coats AH. The experience of anger and sadness in everyday problems impacts age differences in emotion regulation. *Dev Psychol.* 2008 Nov;44(6):1547–56.

34. Copeland WE, Wolke D, Shanahan L, Costello EJ. Adult Functional Outcomes of Common Childhood Psychiatric Problems. *JAMA Psychiatry*. 2015 Sep 1;72(9):892.
35. 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 Jul;55(7):556–70.
36. Evans SC, Burke JD, Roberts MC, Fite PJ, Lochman JE, de la Peña FR, et al. Irritability in child and adolescent psychopathology: An integrative review for ICD-11. *Clin Psychol Rev*. 2017 Apr;53:29–45.
37. Stringaris A, Baroni A, Haimm C, Brotman M, Lowe CH, Myers F, et al. Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: risk for manic episodes on follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Apr;49(4):397–405.
38. Yeh M, Weisz JR. Why are we here at the clinic? Parent–child (dis)agreement on referral problems at outpatient treatment entry. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(6):1018–25.
39. Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal Patterns of Anxiety From Childhood to Adulthood: The Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Jan;53(1):21–33.
40. Wiggins JL, Brotman MA, Adleman NE, Kim P, Oakes AH, Reynolds RC, et al. Neural Correlates of Irritability in Disruptive Mood Dysregulation and Bipolar Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2016 Jul;173(7):722–30.
41. Tufan E, Topal Z, Demir N, Taskiran S, Savci U, Cansiz MA, et al. Sociodemographic and Clinical Features of Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A Chart Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Mar;26(2):94–100.

42. Gatzke-Kopp LM, Willner CJ, Jetha MK, Abenavoli RM, DuPuis D, Segalowitz SJ. How does reactivity to frustrative non-reward increase risk for externalizing symptoms? *International Journal of Psychophysiology*. 2015 Nov;98(2):300–9.
43. 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. *American Journal of Psychiatry*. 2007 Feb;164(2):309–17.
44. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. DSM-5 Changes: Implications for Child Serious Emotional Disturbance [Internet]. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2016 Jun. Table 18, DSM-IV to DSM-5 Oppositional Defiant Disorder Comparison. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519712/table/ch3.t14/>.
45. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining Clinical Phenotypes of Juvenile Mania. *American Journal of Psychiatry*. 2003 Mar;160(3):430–7.
46. Biederman J, Wilens TE, Mick E, Faraone S V, Spencer T. Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence? *Biol Psychiatry*. 1998 Aug;44(4):269–73.
47. Moreno C, Laje G, Blanco C, Jiang H, Schmidt AB, Olfson M. National Trends in the Outpatient Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder in Youth. *Arch Gen Psychiatry*. 2007 Sep 1;64(9):1032.
48. Blader JC, Carlson GA. Increased Rates of Bipolar Disorder Diagnoses Among U.S. Child, Adolescent, and Adult Inpatients, 1996–2004. *Biol Psychiatry*. 2007 Jul;62(2):107–14.
49. Leibenluft E, Charney DS, Towbin KE, Bhangoo RK, Pine DS. Defining Clinical Phenotypes of Juvenile Mania. *American Journal of Psychiatry*. 2003 Mar;160(3):430–7.

50. Copeland WE, Angold A, Costello EJ, Egger H. Prevalence, Comorbidity, and Correlates of DSM-5 Proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2013 Feb;170(2):173–9.
51. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult Outcomes of Youth Irritability: A 20-Year Prospective Community-Based Study. *American Journal of Psychiatry*. 2009 Sep;166(9):1048–54.
52. Leibenluft E, Cohen P, Gorrindo T, Brook JS, Pine DS. Chronic Versus Episodic Irritability in Youth: A Community-Based, Longitudinal Study of Clinical and Diagnostic Associations. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006 Aug;16(4):456–66.
53. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, et al. Prevalence, Clinical Correlates, and Longitudinal Course of Severe Mood Dysregulation in Children. *Biol Psychiatry*. 2006 Nov;60(9):991–7.
54. Stringaris A, Baroni A, Haimm C, Brotman M, Lowe CH, Myers F, et al. Pediatric bipolar disorder versus severe mood dysregulation: risk for manic episodes on follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Apr;49(4):397–405.
55. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess*. 2007;19(3):309–17.
56. Bruno A, Celebre L, Torre G, Pandolfo G, Mento C, Cedro C, et al. Focus on Disruptive Mood Dysregulation Disorder: A review of the literature. *Psychiatry Res*. 2019 Sep;279:323–30.
57. Sparks GM, Axelson DA, Yu H, Ha W, Ballester J, Diler RS, et al. Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Chronic Irritability in Youth at Familial Risk for Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Apr;53(4):408–16.

58. Munhoz TN, Santos IS, Barros AJD, Anselmi L, Barros FC, Matijasevich A. Perinatal and postnatal risk factors for disruptive mood dysregulation disorder at age 11: 2004 Pelotas Birth Cohort Study. *J Affect Disord.* 2017 Jun;215:263–8.
59. 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 Mar;26(2):107–13.
60. Wolfe D, MR,. Assessment of Emotional Status Among Maltreated Children: the Effect of Child Abuse and Neglect. . The Guilford Press, New York NY: 1991;
61. Matijasevich A, Murray J, Cooper PJ, Anselmi L, Barros AJD, Barros FC, et al. Trajectories of maternal depression and offspring psychopathology at 6 years: 2004 Pelotas cohort study. *J Affect Disord.* 2015 Mar;174:424–31.
62. Bellisle F. Effects of diet on behaviour and cognition in children. *British Journal of Nutrition.* 2004 Oct 9;92(S2):S227–32.
63. Roberson-Nay R, Leibenluft E, Brotman MA, Myers J, Larsson H, Lichtenstein P, et al. Longitudinal Stability of Genetic and Environmental Influences on Irritability: From Childhood to Young Adulthood. *American Journal of Psychiatry.* 2015 Jul;172(7):657–64.
64. Sparks GM, Axelson DA, Yu H, Ha W, Ballester J, Diler RS, et al. Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Chronic Irritability in Youth at Familial Risk for Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2014 Apr;53(4):408–16.
65. Caprara GV, Paciello M, Gerbino M, Cugini C. Individual differences conducive to aggression and violence: trajectories and correlates of irritability and hostile rumination through adolescence. *Aggress Behav.* 2007 Jul;33(4):359–74.
66. 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 Nov;49(11):1105-1116.e1.

67. Dickstein DP, Garvey M, Pradella AG, Greenstein DK, Sharp WS, Castellanos FX, et al. Neurologic Examination Abnormalities in Children with Bipolar Disorder or Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry*. 2005 Oct;58(7):517–24.
68. Fava M, Hwang I, Rush AJ, Sampson N, Walters EE, Kessler RC. The importance of irritability as a symptom of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry*. 2010 Aug 10;15(8):856–67.
69. Judd LL, Schettler PJ, Coryell W, Akiskal HS, Fiedorowicz JG. Overt Irritability/Anger in Unipolar Major Depressive Episodes. *JAMA Psychiatry*. 2013 Nov 1;70(11):1171.
70. Weissman MM, Wickramaratne P, Gamaroff MJ, Warner V, Pilowsky D, Kohad RG, et al. Offspring of Depressed Parents: 30 Years Later. *American Journal of Psychiatry*. 2016 Oct;173(10):1024–32.
71. PILOWSKY DJ, WICKRAMARATNE P, NOMURA Y, WEISSMAN MM. Family Discord, Parental Depression, and Psychopathology in Offspring: 20-Year Follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Apr;45(4):452–60.
72. LEWINSOHN PM, OLINO TM, KLEIN DN. Psychosocial impairment in offspring of depressed parents. *Psychol Med*. 2005 Oct 29;35(10):1493–503.
73. Dougherty LR, Barrios CS, Carlson GA, Klein DN. Predictors of Later Psychopathology in Young Children with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2017 Jun;27(5):396–402.
74. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult Diagnostic and Functional Outcomes of DSM-5 Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2014 Jun;171(6):668–74.
75. Copeland WE, Shanahan L, Egger H, Angold A, Costello EJ. Adult Diagnostic and Functional Outcomes of DSM-5 Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2014 Jun;171(6):668–74.

76. PETERSON BS, ZHANG H, LUCIA RS, KING RA, LEWIS M. Risk Factors for Presenting Problems in Child Psychiatric Emergencies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996 Sep;35(9):1162–73.
77. Copeland WE, Angold A, Shanahan L, Costello EJ. Longitudinal Patterns of Anxiety From Childhood to Adulthood: The Great Smoky Mountains Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Jan;53(1):21–33.
78. Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychol Assess*. 2007;19(3):309–17.
79. Stringaris A, Cohen P, Pine DS, Leibenluft E. Adult Outcomes of Youth Irritability: A 20-Year Prospective Community-Based Study. *American Journal of Psychiatry*. 2009 Sep;166(9):1048–54.
80. Mürner-Lavanchy I, Kaess M, Koenig J. Diagnostic instruments for the assessment of disruptive mood dysregulation disorder: a systematic review of the literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 Jan 7;32(1):17–39.
81. 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 Jul;41(5):645–55.
82. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, et al. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012 Nov 10;53(11):1109–17.
83. Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Choi SW, Nichols SR, Kestler J, Burns JL, et al. Advancing a multidimensional, developmental spectrum approach to preschool disruptive behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Jan;53(1):82–96.e3.

84. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997 Jul;38(5):581–6.
85. Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
86. Güvenir T, ÖA, BB, AH, ŞB ve İS. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2008 Feb;15:65–74.
87. Güvenir T, ÖA, BB, AH, ŞB ve İS. Güçler ve Güçlükler Anketi'nin (GGA) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2008 Feb;15:65–74.
88. Yalın Ş. Güçler ve Güçlükler Anketinin ileri psikometrik özellikleri (Tez Çalışması). İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2008. .
89. Gadow KD, DeVincent CJ, Drabick DAG. Oppositional Defiant Disorder as a Clinical Phenotype in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. 2008 Aug 11;38(7):1302–10.
90. Dickstein DP, Towbin KE, Van Der Veen JW, Rich BA, Brotman MA, Knopf L, et al. Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Lithium in Youths with Severe Mood Dysregulation. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009 Feb;19(1):61–73.
91. Coccaro EF, Noblett KL, McCloskey MS. Attributional and emotional responses to socially ambiguous cues: Validation of a new assessment of social/emotional information processing in healthy adults and impulsive aggressive patients. *J Psychiatr Res*. 2009 Jul;43(10):915–25.
92. Fava M, Rosenbaum JF. Anger attacks in patients with depression. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 15:21–4.

93. Towbin K, Vidal-Ribas P, Brotman MA, Pickles A, Miller K V., Kaiser A, et al. A Double-Blind Randomized Placebo-Controlled Trial of Citalopram Adjunctive to Stimulant Medication in Youth With Chronic Severe Irritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Mar;59(3):350–61.
94. 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 Mar;41(3):253–61.
95. McCracken JT, McGough J, Shah B, Cronin P, Hong D, Aman MG, et al. Risperidone in Children with Autism and Serious Behavioral Problems. *New England Journal of Medicine*. 2002 Aug;347(5):314–21.
96. Marcus RN, Owen R, Kamen L, Manos G, McQuade RD, Carson WH, 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 Nov;48(11):1110–9.
97. Krieger FV, Pheula GF, Coelho R, Zeni T, Tramontina S, Zeni CP, et al. An Open-Label Trial of Risperidone in Children and Adolescents with Severe Mood Dysregulation. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2011 Jun;21(3):237–43.
98. Waxmonsky JG, Waschbusch DA, Belin P, Li T, Babocsai L, Humphery H, et al. A Randomized Clinical Trial of an Integrative Group Therapy for Children With Severe Mood Dysregulation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Mar;55(3):196–207.
99. Margolin G, Patterson GR. Differential consequences provided by mothers and fathers for their sons and daughters. *Dev Psychol*. 1975 Jul;11(4):537–8.
100. 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 Nov;50(11):1173-1185.e2.
101. DICKSTEIN DP, NELSON EE, McCLURE EB, GRIMLEY ME, KNOPF L, BROTMAN MA, et al. Cognitive Flexibility in Phenotypes of Pediatric Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Mar;46(3):341–55.
 102. Crick NR, Dodge KA. A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychol Bull*. 1994 Jan;115(1):74–101.
 103. Stoddard J, Sharif-Askary B, Harkins EA, Frank HR, Brotman MA, Penton-Voak IS, et al. An Open Pilot Study of Training Hostile Interpretation Bias to Treat Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Feb;26(1):49–57.
 104. Brotman MA, Rich BA, Guyer AE, Lunsford JR, Horsey SE, Reising MM, et al. Amygdala Activation During Emotion Processing of Neutral Faces in Children With Severe Mood Dysregulation Versus ADHD or Bipolar Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2010 Jan;167(1):61–9.
 105. Polanczyk G V., Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual Research Review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2015 Mar;56(3):345–65.
 106. Goldman S. Developmental Epidemiology of Depressive Disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2012 Apr;21(2):217–35.
 107. Birmaher B, Brent D. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Nov;46(11):1503–26.

108. Geller B, Zimmerman B, Williams M, Bolhofner K, Craney JL. Bipolar Disorder at Prospective Follow-Up of Adults Who Had Prepubertal Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2001 Jan;158(1):125–7.
109. Thapar A, Rice F. Twin Studies in Pediatric Depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006 Oct;15(4):869–81.
110. Cowen PJ. Neuroendocrine and Neurochemical Processes in Depression. *Psychopathol Rev*. 2016 May 21;a3(1):3–15.
111. Watson D, Clark LA, Carey G. Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *J Abnorm Psychol*. 1988 Aug;97(3):346–53.
112. Spruit A, Goos L, Weenink N, Rodenburg R, Niemeyer H, Stams GJ, et al. The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2020 Mar 7;23(1):54–69.
113. Maier SF, Seligman MEP. Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychol Rev*. 2016 Jul;123(4):349–67.
114. American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th edn. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing.
115. Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*. 2001 Jun;49(12):1002–14.
116. NELSON EE, LEIBENLUFT E, McCLURE EB, PINE DS. The social re-orientation of adolescence: a neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychol Med*. 2005 Feb 21;35(2):163–74.
117. Silberg J, Pickles A, Rutter M, Hewitt J, Simonoff E, Maes H, et al. The Influence of Genetic Factors and Life Stress on Depression Among Adolescent Girls. *Arch Gen Psychiatry*. 1999 Mar 1;56(3):225.

118. Blakemore SJ. The social brain in adolescence. *Nat Rev Neurosci*. 2008 Apr;9(4):267–77.
119. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: I. Methods and Public Health Burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Oct;44(10):972–86.
120. LEWINSOHN PM, ROHDE P, KLEIN DN, SEELEY JR. Natural Course of Adolescent Major Depressive Disorder: I. Continuity Into Young Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Jan;38(1):56–63.
121. Pillai A, Patel V, Cardozo P, Goodman R, Weiss HA, Andrew G. Non-traditional lifestyles and prevalence of mental disorders in adolescents in Goa, India. *British Journal of Psychiatry*. 2008 Jan 2;192(1):45–51.
122. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of Child and Adolescent Psychiatric Disorders in Southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Jun;43(6):727–34.
123. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev*. 2008 Apr;115(2):291–313.
124. ANGOLD A, COSTELLO EJ, ERKANLI A, WORTHMAN CM. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychol Med*. 1999 Sep 1;29(5):1043–53.
125. Ma J, Lee KV, Stafford RS. Depression treatment during outpatient visits by U.S. children and adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2005 Dec;37(6):434–42.
126. Dunn V, Goodyer IM. Longitudinal investigation into childhood-and adolescence-onset depression: Psychiatric outcome in early adulthood. *British Journal of Psychiatry*. 2006 Mar 2;188(3):216–22.

127. FAVA GA, RUINI C, BELAISE C. The concept of recovery in major depression. *Psychol Med*. 2007 Mar 23;37(03):307.
128. Garber J. Depression in Children and Adolescents. *Am J Prev Med*. 2006 Dec;31(6):104–25.
129. Tully EC, Iacono WG, McGue M. An Adoption Study of Parental Depression as an Environmental Liability for Adolescent Depression and Childhood Disruptive Disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2008 Sep;165(9):1148–54.
130. Rice F, Harold G, Thapar A. The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2002 Jan;43(1):65–79.
131. Weissman MM, Pilowsky DJ, Wickramaratne PJ, Talati A, Wisniewski SR, Fava M, et al. Remissions in Maternal Depression and Child Psychopathology. *JAMA*. 2006 Mar 22;295(12):1389.
132. Hay DF, Pawlby S, Waters CS, Sharp D. Antepartum and postpartum exposure to maternal depression: different effects on different adolescent outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2008 Oct;49(10):1079–88.
133. Hammen C, Brennan PA. Severity, Chronicity, and Timing of Maternal Depression and Risk for Adolescent Offspring Diagnoses in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Mar 1;60(3):253.
134. Ramchandani P, Psychogiou L. Paternal psychiatric disorders and children's psychosocial development. *The Lancet*. 2009 Aug;374(9690):646–53.
135. Hariri AR, Mattay VS, Tessitore A, Kolachana B, Fera F, Goldman D, et al. Serotonin Transporter Genetic Variation and the Response of the Human Amygdala. *Science (1979)*. 2002 Jul 19;297(5580):400–3.
136. Lewinsohn PM, Allen NB, Seeley JR, Gotlib IH. First onset versus recurrence of depression: Differential processes of psychosocial risk. *J Abnorm Psychol*. 1999 Aug;108(3):483–9.

137. BIRMAHER B. Course and outcome of child and adolescent major depressive disorder. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am*. 2002 Jul;11(3):619–37.
138. Emslie GJ, Kennard BD, Mayes TL, Nightingale-Teresi J, Carmody T, Hughes CW, et al. Fluoxetine Versus Placebo in Preventing Relapse of Major Depression in Children and Adolescents. *American Journal of Psychiatry*. 2008 Apr 1;165(4):459–67.
139. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006 Mar 22;47(3–4):372–94.
140. Nock MK, Green JG, Hwang I, McLaughlin KA, Sampson NA, Zaslavsky AM, et al. Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents. *JAMA Psychiatry*. 2013 Mar 1;70(3):300.
141. Walter HJ, Abright AR, Bukstein OG, Diamond J, Keable H, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Major and Persistent Depressive Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2023 May;62(5):479–502.
142. Pumariega AJ, Rothe E, Mian A, Carlisle L, Toppelberg C, Harris T, et al. Practice Parameter for Cultural Competence in Child and Adolescent Psychiatric Practice. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Oct;52(10):1101–15.
143. FORD T, GOODMAN R, MELTZER H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Oct;42(10):1203–11.
144. YOUNG JF, MUFSON L, DAVIES M. Impact of Comorbid Anxiety in an Effectiveness Study of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Aug;45(8):904–12.
145. Reynolds WM, Coats KI. A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol*. 1986;54(5):653–60.

146. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr.* 1981 Feb;46(5–6):305–15.
147. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychol Bull.* 2006 Jan;132(1):132–49.
148. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *Arch Gen Psychiatry.* 2007 Oct 1;64(10):1132.
149. Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL, Nakonezny PA, Jones JM, Foxwell AA, et al. Sequential Treatment With Fluoxetine and Relapse-Prevention CBT to Improve Outcomes in Pediatric Depression. *American Journal of Psychiatry.* 2014 Oct;171(10):1083–90.
150. Kaufman NK, Rohde P, Seeley JR, Clarke GN, Stice E. Potential Mediators of Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Comorbid Major Depression and Conduct Disorder. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73(1):38–46.
151. Asarnow JR, McKowen J, Jaycox LH. Improving care for depression. In: *Treatments for Adolescent Depression.* Oxford University Press; 2009. p. 159–74.
152. CURRY J, ROHDE P, SIMONS A, SILVA S, VITIELLO B, KRATOCHVIL C, et al. Predictors and Moderators of Acute Outcome in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2006 Dec;45(12):1427–39.
153. Varigonda AL, Jakubovski E, Taylor MJ, Freemantle N, Coughlin C, Bloch MH. Systematic Review and Meta-Analysis: Early Treatment Responses of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Pediatric Major Depressive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015 Jul;54(7):557–64.
154. Jakubovski E, Varigonda AL, Freemantle N, Taylor MJ, Bloch MH. Systematic Review and Meta-Analysis: Dose-Response Relationship of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry.* 2016 Feb;173(2):174–83.

155. Klomek AB, Mufson L. Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006 Oct;15(4):959–75.
156. Gunlicks-Stoessel M, Mufson L, Jekal A, Turner JB. The impact of perceived interpersonal functioning on treatment for adolescent depression: IPT-A versus treatment as usual in school-based health clinics. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(2):260–7.
157. Young JF, Gallop R, Mufson L. Mother–Child Conflict and Its Moderating Effects on Depression Outcomes in a Preventive Intervention for Adolescent Depression. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2009 Aug 31;38(5):696–704.
158. Shiner RL, & CA. Temperament and the development of personality traits, adaptations, and narratives. *Handbook of temperament*. 2012;497–516.
159. Chess S, Thomas A. Temperamental Individuality from Childhood to Adolescence. *J Am Acad Child Psychiatry*. 1977 Mar;16(2):218–26.
160. Rothbart MK, Ellis LK. Temperament and self-regulation. In: R. F. Baumeister K. D. Vohs, editor. *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* . 2004. p. 357–70.
161. Rothbart MK, Posner MI, Boylan A. Chapter 3 Regulatory Mechanisms in Infant Development. In 1990. p. 47–66.
162. Kagan J, Reznick JS, Clarke C, Snidman N, Garcia-Coll C. Behavioral Inhibition to the Unfamiliar. *Child Dev*. 1984 Dec;55(6):2212.
163. Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Jun 1;44(6):573.
164. Cloninger CR. A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Dec 1;50(12):975.

165. Gillespie NA, Cloninger CR, Heath AC, Martin NG. The genetic and environmental relationship between Cloninger's dimensions of temperament and character. *Pers Individ Dif*. 2003 Dec;35(8):1931–46.
166. Josefsson K, Cloninger CR, Hintsanen M, Jokela M, Pulkki-Råback L, Keltikangas-Järvinen L. Associations of personality profiles with various aspects of well-being: A population-based study. *J Affect Disord*. 2011 Sep;133(1–2):265–73.
167. Rothbart MK. Measurement of Temperament in Infancy. *Child Dev*. 1981 Jun;52(2):569.
168. Goldsmith HH. Studying Temperament via Construction of the Toddler Behavior Assessment Questionnaire. *Child Dev*. 1996 Feb;67(1):218.
169. Putnam SP, Gartstein MA, Rothbart MK. Measurement of fine-grained aspects of toddler temperament: The Early Childhood Behavior Questionnaire. *Infant Behav Dev*. 2006 Jul;29(3):386–401.
170. Rothbart MK, Ahadi SA, Hershey KL, Fisher P. Investigations of Temperament at Three to Seven Years: The Children's Behavior Questionnaire. *Child Dev*. 2001 Sep;72(5):1394–408.
171. Luby JL, Svrakic DM, McCallum K, Przybeck TR, Cloninger CR. The Junior Temperament and Character Inventory: Preliminary Validation of a Child Self-Report Measure. *Psychol Rep*. 1999 Jun 1;84(3_suppl):1127–38.
172. Luby JL, Svrakic DM, McCallum K, Przybeck TR, Cloninger CR. The Junior Temperament and Character Inventory: Preliminary Validation of a Child Self-Report Measure. *Psychol Rep*. 1999 Jun 1;84(3_suppl):1127–38.
173. Kose S, Celikel FC, Akin E, Kaya C, Cumurcu BE, Etikan I, et al. Normative data and factorial structure of the Turkish version of the Junior Temperament and Character Inventory-Revised. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2017 Jan 2;27(1):6–13.

174. Kagan J, Fox NA. Biology, Culture, and Temperamental Biases. In: Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development. 2006. p. 167–225.
175. Rothbart MK, Ahadi SA, Evans DE. Temperament and personality: Origins and outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 2000;78(1):122–35.
176. Wachs TD, & BJE. Temperament. In: Blackwell handbook of infant development . 2001. p. 465–501.
177. Zappitelli MC, Bordin IA, Hatch JP, Caetano SC, Zunta-Soares G, Olvera RL, et al. Temperament and character traits in children and adolescents with major depressive disorder: A case–control study. *Compr Psychiatry*. 2013 May;54(4):346–53.
178. Dahl RE, Lewin DS. Pathways to adolescent health sleep regulation and behavior. *Journal of Adolescent Health*. 2002 Dec;31(6):175–84.
179. Yoo SS, Gujar N, Hu P, Jolesz FA, Walker MP. The human emotional brain without sleep — a prefrontal amygdala disconnect. *Current Biology*. 2007 Oct;17(20):R877–8.
180. McGlinchey EL, Talbot LS, Chang K hao, Kaplan KA, Dahl RE, Harvey AG. The Effect of Sleep Deprivation on Vocal Expression of Emotion in Adolescents and Adults. *Sleep*. 2011 Sep;34(9):1233–41.
181. Talbot LS, McGlinchey EL, Kaplan KA, Dahl RE, Harvey AG. Sleep deprivation in adolescents and adults: Changes in affect. *Emotion*. 2010;10(6):831–41.
182. Silk JS, Vanderbilt-Adriance E, Shaw DS, Forbes EE, Whalen DJ, Ryan ND, et al. Resilience among children and adolescents at risk for depression: Mediation and moderation across social and neurobiological contexts. *Dev Psychopathol*. 2007 Jun 20;19(3):841–65.

183. Walker MP, Stickgold R. Sleep, Memory, and Plasticity. *Annu Rev Psychol.* 2006 Jan 1;57(1):139–66.
184. Diekelmann S, Born J. The memory function of sleep. *Nat Rev Neurosci.* 2010 Feb 4;11(2):114–26.
185. Zuckerman B, Stevenson J, Bailey V. Sleep problems in early childhood: continuities, predictive factors, and behavioral correlates. *Pediatrics.* 1987 Nov;80(5):664–71.
186. Johnson EO, Roth T, Breslau N. The association of insomnia with anxiety disorders and depression: Exploration of the direction of risk. *J Psychiatr Res.* 2006 Dec;40(8):700–8.
187. Danielsson NS, Harvey AG, MacDonald S, Jansson-Fröjmark M, Linton SJ. Sleep Disturbance and Depressive Symptoms in Adolescence: The Role of Catastrophic Worry. *J Youth Adolesc.* 2013 Aug 12;42(8):1223–33.
188. Sinai D, Tikotzky L. Infant sleep, parental sleep and parenting stress in families of mothers on maternity leave and in families of working mothers. *Infant Behav Dev.* 2012 Apr;35(2):179–86.
189. Gress-Smith JL, Luecken LJ, Lemery-Chalfant K, Howe R. Postpartum Depression Prevalence and Impact on Infant Health, Weight, and Sleep in Low-Income and Ethnic Minority Women and Infants. *Matern Child Health J.* 2012 May 11;16(4):887–93.
190. Owens JA, Belon K, Moss P. Impact of Delaying School Start Time on Adolescent Sleep, Mood, and Behavior. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010 Jul 1;164(7).
191. Sadeh A. A Brief Screening Questionnaire for Infant Sleep Problems: Validation and Findings for an Internet Sample. *Pediatrics.* 2004 Jun 1;113(6):e570–7.

192. Chervin RD, Hedger K, Dillon JE, Pituch KJ. Pediatric sleep questionnaire (PSQ): validity and reliability of scales for sleep-disordered breathing, snoring, sleepiness, and behavioral problems. *Sleep Med.* 2000 Feb;1(1):21–32.
193. Harvey AG, Stinson K, Whitaker KL, Moskowitz D, Virk H. The subjective meaning of sleep quality: a comparison of individuals with and without insomnia. *Sleep.* 2008 Mar;31(3):383–93.
194. Johns MW. A New Method for Measuring Daytime Sleepiness: The Epworth Sleepiness Scale. *Sleep.* 1991 Nov 1;14(6):540–5.
195. Honaker SM, Meltzer LJ. Bedtime Problems and Night Wakings in Young Children: An Update of the Evidence. *Paediatr Respir Rev.* 2014 Dec;15(4):333–9.
196. Mindell JA, Kuhn B, Lewin DS, Meltzer LJ, Sadeh A, American Academy of Sleep Medicine. Behavioral treatment of bedtime problems and night wakings in infants and young children. *Sleep.* 2006 Oct;29(10):1263–76.
197. Lipton J, Becker RE, Kothare S V. Insomnia of childhood. *Curr Opin Pediatr.* 2008 Dec;20(6):641–9.
198. Meltzer LJ, Mindell JA. Systematic Review and Meta-Analysis of Behavioral Interventions for Pediatric Insomnia. *J Pediatr Psychol.* 2014 Sep;39(8):932–48.
199. Owens JA, Babcock D, Blumer J, Chervin R, Ferber R, Goetting M, et al. The Use of Pharmacotherapy in the Treatment of Pediatric Insomnia in Primary Care: Rational Approaches. A Consensus Meeting Summary. *Journal of Clinical Sleep Medicine.* 2005 Jan 15;01(01):49–59.
200. Bruni O, Alonso-Alconada D, Besag F, Biran V, Braam W, Cortese S, et al. Current role of melatonin in pediatric neurology: Clinical recommendations. *European Journal of Paediatric Neurology.* 2015 Mar;19(2):122–33.

201. Cortese S, Brown TE, Corkum P, Gruber R, O'Brien LM, Stein M, et al. Assessment and Management of Sleep Problems in Youths With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Aug;52(8):784–96.
202. Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroglu F, Cengel Kultur SE, Akdemir D, Foto Ozdemir D, et al. Reliability and Validity of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, DSM-5 November 2016-Turkish Adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). *Turkish Journal of Psychiatry*. 2019;
203. Öy B. Çocuklar için depresyon ölçeği geçerlilik güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1991;2:132–7.
204. Buysse DJ, Hall ML, Strollo PJ, Kamarck TW, Owens J, Lee L, et al. Relationships between the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), Epworth Sleepiness Scale (ESS), and clinical/polysomnographic measures in a community sample. *J Clin Sleep Med*. 2008 Dec 15;4(6):563–71.
205. Ağargün MY, Anlar KH. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin Geçerliliği ve Güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996;7:107–11.
206. Izci B, Ardic S, Firat H, Sahin A, Altinors M, Karacan I. Reliability and validity studies of the Turkish version of the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep and Breathing*. 2008 May 6;12(2):161–8.
207. Kose S, Celikel FC, Akin E, Kaya C, Cumurcu BE, Etikan I, et al. Normative data and factorial structure of the Turkish version of the Junior Temperament and Character Inventory-Revised. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*. 2017 Jan 2;27(1):6–13.
208. Hollingshead AB., Redlich FC. Social class and mental illness: a community study. New York: John Wiley and Sons. 1958;

209. Holtmann M, Becker A, Banaschewski T, Rothenberger A, Roessner V. Psychometric Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire-Dysregulation Profile. *Psychopathology*. 2011;44(1):53–9.
210. Benarous X, Renaud J, Breton JJ, Cohen D, Labelle R, Guilé JM. Are youths with disruptive mood dysregulation disorder different from youths with major depressive disorder or persistent depressive disorder? *J Affect Disord*. 2020 Mar;265:207–15.
211. Mayes SD, Mathiowetz C, Kokotovich C, Waxmonsky J, Baweja R, Calhoun SL, et al. Stability of Disruptive Mood Dysregulation Disorder Symptoms (Irritable-Angry Mood and Temper Outbursts) Throughout Childhood and Adolescence in a General Population Sample. *J Abnorm Child Psychol*. 2015 Nov 26;43(8):1543–9.
212. Karacetin G, Arman AR, Fis NP, Demirci E, Ozmen S, Hesapcioglu ST, et al. Prevalence of Childhood Affective disorders in Turkey: An epidemiological study. *J Affect Disord*. 2018 Oct;238:513–21.
213. Hjorth CF, Bilgrav L, Frandsen LS, Overgaard C, Torp-Pedersen C, Nielsen B, et al. Mental health and school dropout across educational levels and genders: a 4.8-year follow-up study. *BMC Public Health*. 2016 Dec 15;16(1):976.
214. KARTAL S, ERYILMAZ BALLI F. OKUL TERKİ ARAŞTIRMALARI: SİSTEMATİK BİR ANALİZ ÇALIŞMASI. *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2020;10(2):257–78.
215. Agnafors S, Bladh M, Svedin CG, Sydsjö G. Mental health in young mothers, single mothers and their children. *BMC Psychiatry*. 2019 Dec 11;19(1):112.
216. Lin YJ, Tseng WL, Gau SSF. Psychiatric comorbidity and social adjustment difficulties in children with disruptive mood dysregulation disorder: A national epidemiological study. *J Affect Disord*. 2021 Feb;281:485–92.

217. Pu DF, Rodriguez CM. Spillover and Crossover Effects: Mothers' and Fathers' Intimate Partner Violence, Parent-Child Aggression Risk, and Child Behavior Problems. *Child Maltreat*. 2021 Nov 13;26(4):420–30.
218. Holt S, Buckley H, Whelan S. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse Negl*. 2008 Aug;32(8):797–810.
219. Walker-Descartes I, Mineo M, Condado LV, Agrawal N. Domestic Violence and Its Effects on Women, Children, and Families. *Pediatr Clin North Am*. 2021 Apr;68(2):455–64.
220. Hughes HM. Psychological and behavioral correlates of family violence in child witnesses and victims. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1988 Jan;58(1):77–90.
221. Mathialagan K, Ceren Amuk O, Eskander N, Patel RS. Comorbid Anxiety and Suicidal Behaviors in American Adolescents With Major Depression. *Cureus*. 2020 Jun 13;
222. Freeman AJ, Youngstrom EA, Youngstrom JK, Findling RL. Disruptive Mood Dysregulation Disorder in a Community Mental Health Clinic: Prevalence, Comorbidity and Correlates. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Mar;26(2):123–30.
223. Findling RL, Zhou X, George P, Chappell PB. Diagnostic Trends and Prescription Patterns in Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Bipolar Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2022 Mar;61(3):434–45.
224. Lin YJ, Tseng WL, Gau SSF. Psychiatric comorbidity and social adjustment difficulties in children with disruptive mood dysregulation disorder: A national epidemiological study. *J Affect Disord*. 2021 Feb;281:485–92.

225. B. Birmaher DB. Depressive and disruptive mood dysregulation disorders. In: Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 3rd ed. American Psychiatric Association Publishing; 2022. p. 245–78.
226. Waxmonsky J, Pelham WE, Gnagy E, Cummings MR, O'Connor B, Majumdar A, 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 Dec;18(6):573–88.
227. Pan PY, Fu AT, Yeh CB. Aripiprazole/Methylphenidate Combination in Children and Adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: An Open-Label Study. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2018 Dec;28(10):682–9.
228. Dickstein DP, Towbin KE, Van Der Veen JW, Rich BA, Brotman MA, Knopf L, et al. Randomized Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Lithium in Youths with Severe Mood Dysregulation. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009 Feb;19(1):61–73.
229. Towbin K, Vidal-Ribas P, Brotman MA, Pickles A, Miller K V., Kaiser A, et al. A Double-Blind Randomized Placebo-Controlled Trial of Citalopram Adjunctive to Stimulant Medication in Youth With Chronic Severe Irritability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020 Mar;59(3):350–61.
230. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical Response and Risk for Reported Suicidal Ideation and Suicide Attempts in Pediatric Antidepressant Treatment. *JAMA*. 2007 Apr 18;297(15):1683.
231. Trivedi MH, Thase ME, Fava M, Nelson CJ, Yang H, Qi Y, et al. Adjunctive aripiprazole in major depressive disorder: analysis of efficacy and safety in patients with anxious and atypical features. *J Clin Psychiatry*. 2008 Dec;69(12):1928–36.

232. Nelson JC, Papakostas GI. Atypical Antipsychotic Augmentation in Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Placebo-Controlled Randomized Trials. *American Journal of Psychiatry*. 2009 Sep;166(9):980–91.
233. Papakostas GI, Shelton RC, Smith J, Fava M. Augmentation of Antidepressants With Atypical Antipsychotic Medications for Treatment-Resistant Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007 Jun 15;68(06):826–31.
234. Wen XJ, Wang LM, Liu ZL, Huang A, Liu YY, Hu JY. Meta-analysis on the efficacy and tolerability of the augmentation of antidepressants with atypical antipsychotics in patients with major depressive disorder. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2014 Jun 13;47(7):605–16.
235. Hekim Ö, Temtek Güner S, Göker Z, Sekmen E, Üneri ÖŞ. Major Depresif Bozukluk Tanılı 350 Ergen Olgunun Klinik Özellikleri, Hastalık Şiddeti ve Tedavi Seçeneklerinin Değerlendirilmesi: Retrospektif Kesitsel Bir Çalışma. *Turkish Journal of Pediatric Disease*. 2019 Sep 18;1–9.
236. Bang YR, Park JH, Kim SH. Cut-Off Scores of the Children’s Depression Inventory for Screening and Rating Severity in Korean Adolescents. *Psychiatry Investig*. 2015;12(1):23.
237. Cloninger CR. A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psychiatry*. 1993 Dec 1;50(12):975.
238. Luby JL, Svrakic DM, McCallum K, Przybeck TR, Cloninger CR. The Junior Temperament and Character Inventory: Preliminary Validation of a Child Self-Report Measure. *Psychol Rep*. 1999 Jun 1;84(3_suppl):1127–38.
239. Copeland W, Landry K, Stanger C, Hudziak JJ. Multi-Informant Assessment of Temperament in Children With Externalizing Behavior Problems. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2004 Aug;33(3):547–56.

240. Hansenne M, Reggers J, Pinto E, Kjiri K, Ajamier A, Ansseau M. Temperament and character inventory (TCI) and depression. *J Psychiatr Res.* 1999 Jan;33(1):31–6.
241. Kang NR, Kwack YS. Temperament and Character Profiles Associated with Internalizing and Externalizing Problems in Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Investig.* 2019 Mar;16(3):206–12.
242. Gillespie NA, Cloninger CR, Heath AC, Martin NG. The genetic and environmental relationship between Cloninger’s dimensions of temperament and character. *Pers Individ Dif.* 2003 Dec;35(8):1931–46.
243. Zaninotto L, Solmi M, Toffanin T, Veronese N, Cloninger CR, Correll CU. A meta-analysis of temperament and character dimensions in patients with mood disorders: Comparison to healthy controls and unaffected siblings. *J Affect Disord.* 2016 Apr;194:84–97.
244. Garcia D, Kerekes N, Andersson Arntén AC, Archer T. Temperament, Character, and Adolescents’ Depressive Symptoms: Focusing on Affect. *Depress Res Treat.* 2012;2012:1–8.
245. Guney E, Dinc G, Iseri E, Guzel H, Sener S, Yalcin O. Temperament and character dimensions of adolescents and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry.* 2013;14(4):362.
246. Kim SJ, Lee SJ, Yune SK, Sung YH, Bae SC, Chung A, et al. The Relationship between the Biogenetic Temperament and Character and Psychopathology in Adolescents. *Psychopathology.* 2006;39(2):80–6.
247. Nogueira BS, Fraguas Júnior R, Benseñor IM, Lotufo PA, Brunoni AR. Temperament and character traits in major depressive disorder: a case control study. *Sao Paulo Medical Journal.* 2017 Oct 2;135(5):469–74.

248. Dukanac V, Dzamonja-Ignjatovic T, Milanovic M, Popovic-Citic B. Differences in temperament and character dimensions in adolescents with various conduct disorders. *Vojnosanit Pregl*. 2016;73(4):353–9.
249. Olvera RL, Fonseca M, Caetano SC, Hatch JP, Hunter K, Nicoletti M, et al. Assessment of Personality Dimensions in Children and Adolescents with Bipolar Disorder Using the Junior Temperament and Character Inventory. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2009 Feb;19(1):13–21.
250. Johns MW. Sensitivity and specificity of the multiple sleep latency test (MSLT), the maintenance of wakefulness test and the Epworth sleepiness scale: Failure of the MSLT as a gold standard. *J Sleep Res*. 2000 Mar 24;9(1):5–11.
251. Waxmonsky JG, Mayes SD, Calhoun SL, Fernandez-Mendoza J, Waschbusch DA, Bendixsen BH, et al. The association between Disruptive Mood Dysregulation Disorder symptoms and sleep problems in children with and without ADHD. *Sleep Med*. 2017 Sep;37:180–6.
252. Estrada-Prat X, Álvarez-Guerrico I, Bleda-Hernández MJ, Camprodon-Rosanas E, Batlle-Vila S, Pujals-Altes E, et al. Sleep study in Disruptive Mood Dysregulation Disorder and Bipolar children. *Actas Esp Psiquiatr*. 2017 Jan;45(1):12–20.
253. Rice F, Riglin L, Lomax T, Souter E, Potter R, Smith DJ, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom profiles. *J Affect Disord*. 2019 Jan;243:175–81.
254. Moo-Estrella J, Arankowsky-Sandoval G, Valencia-Flores M. Sleep habits and sleep problems associated with depressive symptoms in school-age children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. 2022 May 24;35(2):157–63.
255. Sekhon S, Gupta V. *Mood Disorder*. 2023.
256. Timbremont B, Braet C, Dreessen L. Assessing Depression in Youth: Relation Between the Children’s Depression Inventory and a Structured Interview. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2004 Feb;33(1):149–57.

257. Mulraney M, Schilpzand EJ, Hazell P, Nicholson JM, Anderson V, Efron D, et al. Comorbidity and correlates of disruptive mood dysregulation disorder in 6–8-year-old children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Mar 30;25(3):321–30.
258. Brotman MA, Schmajuk M, Rich BA, Dickstein DP, Guyer AE, Costello EJ, et al. Prevalence, Clinical Correlates, and Longitudinal Course of Severe Mood Dysregulation in Children. *Biol Psychiatry*. 2006 Nov;60(9):991–7.
259. Goodman A, Lamping DL, Ploubidis GB. When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children. *J Abnorm Child Psychol*. 2010 Nov 10;38(8):1179–91.
260. Balázs J, Miklósi M, Keresztény Á, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, et al. Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013 Jun;54(6):670–7.
261. Lima L, Behlau M. Emotional/Behavioral Indicators in Children and Adolescents With and Without Vocal Problems: Self-Evaluation and Parental Evaluation. *Journal of Voice*. 2021 Jul;35(4):664.e1-664.e9.
262. Theunissen MHC, de Wolff MS, Reijneveld SA. The Strengths and Difficulties Questionnaire Self-Report: A Valid Instrument for the Identification of Emotional and Behavioral Problems. *Acad Pediatr*. 2019 May;19(4):471–6.
263. Kawabe K, Horiuchi F, Uno H, Nakachi K, Hosokawa R, Oka Y, et al. Parent-Adolescent Agreement on Adolescents' Emotional and Behavioral Problems Assessed by the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Glob Pediatr Health*. 2021;8:2333794X211001245.

264. Li JB, Delvecchio E, Di Riso D, Lis A, Salcuni S. Early Evidence of the Italian Parent-Report Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-P). *Child Psychiatry Hum Dev.* 2017 Apr 15;48(2):335–45.
265. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry.* 2000 Dec 2;177(6):534–9.
266. Pull CB. [DSM-IV]. *Encephale.* 1995 Dec;21 Spec No 5:15–20.
267. Bekker J, Bruck D, Sciberras E. Congruent Validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire to Screen for Comorbidities in Children With ADHD. *J Atten Disord.* 2016 Oct 28;20(10):879–88.
268. Agerbo E, Trabjerg BB, Børglum AD, Schork AJ, Vilhjálmsson BJ, Pedersen CB, et al. Risk of Early-Onset Depression Associated With Polygenic Liability, Parental Psychiatric History, and Socioeconomic Status. *JAMA Psychiatry.* 2021 Apr 1;78(4):387.
269. Yang C, Chen P, Xie J, He Y, Wang Y, Yang X. Childhood Socioeconomic Status and Depressive Symptoms of Young Adults: Mediating Role of Childhood Trauma. *Front Psychiatry.* 2021;12:706559.
270. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL. Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *Int J Epidemiol.* 2002 Apr;31(2):359–67.
271. Goodman E, Slap GB, Huang B. The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *Am J Public Health.* 2003 Nov;93(11):1844–50.
272. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2013 Aug;90:24–31.

8. EKLER

EK-1: Etik Kurul Onay Formu

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yıkıcı duygu durumu düzenleyememe bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin mizaç ve uyku özelliklerinin incelenmesi ve Major Depresif Bozukluğu olan hastalarla karşılaştırılması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	E-2022-16

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ YENİMAHALLE EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU BAŞKANLIĞI
	AÇIK ADRESİ:	Yeni Batı Mah. 2026. Cad. 2367. Sk. No:4 Batıkent/ANKARA
	TELEFON	0312 587 2000 /2067
	FAKS	0312 587 3775
	E-POSTA	Yenimahalleeah.etikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr.Mehmet Fatih CEYLAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D.			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	YENİMAHALLE E.A. HASTANESİ			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
	Diğer ise belirtiniz Gözlemsel Prospektif				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı
Prof. Dr. Tuba DAL

EK-2: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. Adı Soyadı:

2. Yaşı: Kaçınıcı sınıf: Kardeş Sayısı: Kaçınıcı Çocuk:

3. Hastanın psikiyatrik tanısı

Tanı1:

Tanı2:

4. Hastanın kullandığı psikiyatrik ilaçlar

İlaç1:

İlaç2:

5. Hastanın tamı konulma yaşı:

6. Anne yaşı:

7. Baba yaşı:

8. Annenin mesleği:

9. Babanın mesleği:

10. Annenin Öğrenim Durumu: İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul/Üniversite

11. Babanın Öğrenim Durumu: İlkokul Ortaokul Lise Yüksekokul/Üniversite

12. Anne- babanın birlikteliği: Evli Boşanmış Ayrı yaşıyorlar

13. Çocuğunuz büyürken tek ebeveyn ile mi büyüdü? Hayır Evet

14. Akrabalık Evet-Hayır

15. Doğum öyküsü:

İstenen bir gebelik miydi?

Doğum şekli: Sezaryan/Normal

Doğum yeri: Ev/Hastane

Ne zaman yürüdü?

Okul öncesi eğitim aldı mı?

Ne zaman konuştu ?

Zamanında mı doğru?

Doğum öncesi veya sonrası sorun yaşandı mı ?

Kaç ay anne sütü aldı?

16. Yerleşim yeri: Köy İlçe Şehir

17. Ailenin gelir durumu: TL

<2700 (Düşük) 2700-8700 (Orta) >8700 (Normal-yüksek)

18. Çocuğunuz ev içi şiddete tanık oldu mu :Hayır Evet

19. Çocuğunuz intihar girişimi olmadan kendisine zarar verdi mi? Hayır Evet

20. Çocuğunuzun intihar düşüncesi oldu mu? Hayır Evet

21. Çocuğunuzun intihar girişimi oldu mu? Hayır Evet

EK-3: Çocuklar için Depresyon Ölçeği

ÇOCUKLAR İÇİN DEPRESYON ÖLÇEĞİ (CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY - CDI)

Adı Soyadı :

Tarih:

Cinsiyeti :

Okul :

Doğum Tarihi :

Sınıf :

Sevgili Öğrenciler,

Aşağıda gruplar halinde bazı cümleler yazılıdır. Her gruptaki cümleleri dikkatlice okuyunuz. Her grup için, bugün dahil son iki hafta içinde size en uygun olan cümlenin yanındaki sayıyı yuvarlak içine alınız.

- A) 1- Kendimi arada sırada üzgün hissederim.
2- Kendimi sık sık üzgün hissederim.
3- Kendimi her zaman üzgün hissederim.
- B) 1- İşlerim hiçbir zaman yolunda gitmeyecek.
2- İşlerimin yolunda gidip gitmeyeceğinden emin değilim.
3- İşlerim yolunda gidecek.
- C) 1- İşlerimin çoğunu doğru yaparım.
2- İşlerimin bir çoğunu yanlış yaparım.
3- Herşeyi yanlış yaparım.
- D) 1- Birçok şeyden hoşlanırım.
2- Bazı şeylerden hoşlanırım.
3- Hiçbir şeyden hoşlanmam.
- E) 1- Her zaman kötü bir çocuğum.
2- Çoğu zaman kötü bir çocuğum.
3- Arada sırada kötü bir çocuğum.
- F) 1- Arada sırada başıma kötü bir şeylerin geleceğini düşünürüm.
2- Sık sık başıma kötü bir şeylerin geleceğinden endişelenirim.
3- Başıma çok kötü şeylerin geleceğinden eminim.
- G) 1- Kendimden nefret ederim.
2- Kendimi beğenmem.

- 3- Kendimi beğenirim.
- H) 1- Bütün kötü şeyler benim hatam.
2- Kötü şeylerin bazıları benim hatam.
3- Kötü şeyler genellikle benim hatam değil.
- I) 1- Kendimi öldürmeyi düşünmem.
2- Kendimi öldürmeyi düşündürüm ama yapmam.
3- Kendimi öldürmeyi düşünüyorum.
- İ) 1- Her gün içimden ağlamak gelir.
2- Birçok günler içimden ağlamak gelir.
3- Arada sırada içimden ağlamak gelir.
- J) 1- Herşey her zaman beni sıkır.
2- Herşey sık sık beni sıkır.
3- Herşey arada sırada beni sıkır.
- K) 1- İnsanlarla beraber olmaktan hoşlanırım.
2- Çoğu zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
3- Hiçbir zaman insanlarla beraber olmaktan hoşlanmam.
- L) 1- Herhangi birşey hakkında karar veremem.
2- Herhangi birşey hakkında karar vermek zor gelir.
3- Herhangi birşey hakkında kolayca karar veririm.
- M) 1- Güzel / Yakışıklı sayılırım.
2- Güzel / Yakışıklı olmayan yanlarım var.
3- Çirkinim.
- N) 1- Okul ödevlerimi yapmak için her zaman kendimi zorlarım.
2- Okul ödevlerimi yapmak için çoğu zaman kendimi zorlarım.
3- Okul ödevlerimi yapmak sorun değil.
- O) 1- Her gece uyumakta zorluk çekerim.
2- Birçok gece uyumakta zorluk çekerim.
3- Oldukça iyi uyurum.
- Ö) 1- Arada sırada kendimi yorgun hissederim.
2- Birçok gün kendimi yorgun hissederim.
3- Her zaman kendimi yorgun hissederim.

- P) 1- Hemen hergün canım yemek yemek istemez.
2- Çoğu gün canım yemek yemek istemez.
3- Oldukça iyi yemek yerim.
- R) 1- Ağrı ve sızılardan endişe etmem.
2- Çoğu zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
3- Her zaman ağrı ve sızılardan endişe ederim.
- S) 1- Kendimi yalnız hissetmem.
2- Çoğu zaman kendimi yalnız hissederim.
3- Her zaman kendimi yalnız hissederim.
- Ş) 1- Okuldan hiç hoşlanmam.
2- Arada sırada okuldan hoşlanırım.
3- Çoğu zaman okuldan hoşlanırım.
- T) 1- Birçok arkadaşım var.
2- Birçok arkadaşım var ama daha fazla olmasını istemem.
3- Hiç arkadaşım yok.
- U) 1- Okul başarımlı iyi.
2- Okul başarımlı eskisi kadar iyi değil.
3- Eskiden iyi olduğum derslerde çok başarısızım.
- Ü) 1- Hiçbir zaman diğer çocuklar kadar iyi olamıyorum.
2- Eğer istersem diğer çocuklar kadar iyi olurum.
3- Diğer çocuklar kadar iyiyim.
- V) 1- Kimse beni sevmez.
2- Beni seven insanların olup olmadığından emin değilim.
3- Beni seven insanların olduğundan eminim.
- Y) 1- Bana söyleneni genellikle yaparım.
2- Bana söyleneni çoğu zaman yaparım.
3- Bana söyleneni hiçbir zaman yapmam.
- Z) 1- İnsanlarla iyi geçinirim.
2- İnsanlarla sık sık kavga ederim.
3- İnsanlarla her zaman kavga ederim.

EK-4: Çocuklar için Mizaç ve Karakter Envanteri

Çocuklar İçin Mizaç ve Karakter Envanteri

Yönerge

Aşağıda sizin yaş grubunuzdaki çocuklar için tasarlanmış bir ölçek bulacaksınız. Soruları tam olarak anlayıp anlamadığınızdan emin olmak için aşağıdaki açıklamayı dikkatle okumanızı istiyoruz.

- ☞ Soruları yanıtlarken kurşun kalem ya da siyah renkli bir tükenmez kalem kullanınız. Bir soruyu yanıtlarken çok zaman harcamayınız, aklınıza gelen ilk yanıtı işaretleyiniz. Yanıtınızı değiştirmek isterseniz yanıtınızı silebilir ya da üzerine (X) işareti koyarak değiştirebilirsiniz:

Yanlış Çoğu kez yanlış Kararsızım! Çoğu kez doğru Doğru

- ☞ Aşağıda kişilerin kendileri hakkında kullandıkları ifadeler bulacaksınız. Bu ifadenin sizin için de geçerli olup olmadığına karar vermelisiniz. Yanıtınız evetse "Doğru" seçeneğini işaretleyiniz. Yanıtınız hayırsa "Yanlış" seçeneğini işaretleyiniz. Arada bir yerde ise "**Çoğu kez doğru**" ya da "**Çoğu kez yanlış**"ı işaretleyiniz. Karar veremiyorsanız, "**Kararsızım!**". Örneğin, çoğu çocuktan daha fazla güldüğünüzü düşünüyorsanız, **aşağıdaki soruları şu şekilde yanıtlayabilirsiniz:**

- | | Yanlış | Çoğu kez yanlış | Kararsızım! | Çoğu kez doğru | Doğru |
|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 1. Çok gülerim. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |
| 2. Neredeyse hiç gülmem. | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- ☞ Ya da, bazen çok konuşabilir, bazen de çok konuşmayabilirsiniz. O zaman **aşağıdaki gibi yanıtlayabilirsiniz:**

- | | Yanlış | Çoğu kez yanlış | Kararsızım! | Çoğu kez doğru | Doğru |
|------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|
| 3. Çok konuşurum | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Genellikle sessizimdir. | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- ☞ Soruyu anlamadıysanız ya da sizin yaş gurubuna uygun olmadığını düşündüyseniz, SORUNUN ÜZERİNİ ÇİZİNİZ VE YANITLAMAYINIZ. Burası çok önemli! Örneğin:

- | | Yanlış | Çoğu kez yanlış | Kararsızım! | Çoğu kez doğru | Doğru |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 5. <u>Hızlı araba kullanırım</u> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- ☞ Ölçeği ne kadar sürede yanıtladığınızı kaydedin. Daha sonra bunu size soracağız.

Unutmayın, herkes birbirinden farklıdır. **Doğru ya da yanlış yanıt yoktur!**

Başlamaya Hazırız. Öncelikle aşağıdaki soruları yanıtlayınız:

	Erkek	Kız			
Erkek çocuğu mu yoksa kız çocuğu musunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
	3.	4.	5.	6.	7.
Kaçıncı sınıfa gidiyorsunuz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Karnenizi aldığınızda, çoğu kez notlarınız nasıldır? (Aşağıdaki yanıtlardan en yakın olanını seçiniz):					
	Pekiyi	İyi	Orta	Geçer	Başarısız
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Başlayınız!

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
1. Her zaman elimden gelenin en iyisini yapmak isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Mecbur olduğumdan fazla çalışmak istemem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Okuldan döndüğümde, dışarıya çıkıp oynamak yerine dinlenmeyi tercih ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Öğretmenlerim bana haksızlık yaparlar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Olayları benim gibi görmeyen insanlardan rahatsızlık duyarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Bazen düşünüp hareket edeceğime düşünmeden hareket ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Bir şey uydurduğumda diğer çocukları buna inandırırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Riskli, tehlikeli işler yapmayı severim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Kendim için çok para harcamaktan hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Kendimle ilgili sırlarımı arkadaşlarımdan gizlemem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Diğer çocuklarla oynamaktansa kendi kendime oynamayı tercih ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Bir iş ne kadar kolaysa o işi yapmaktan o kadar çok hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
13. Kalabalık içinde olmaktan hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Arkadaşlarımdan daha güzel giysilerim olsun isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Bir şeyde başarısız olursam, diğerlerinin bana yardım etmeyişi yüzünden olurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Karnemdeki notlarımı fazla dert etmem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. İstedğim şeyleri beklemekten nefret ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Bir şeyleri yaparken, önceki yöntemler sonuç verse bile yeni yöntemler denerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Hemen harcamaktansa para biriktirmekten hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Gelecek için fazla ümit beslemem, karamsarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
21. Keşke insanlar beni daha iyi anlasalar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Diğer çocukların öğrenmelerine yardım etmekten hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Sorunlarımdan bahsetmekten hoşlanmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Yalnız kalmaktan hiç hoşlanmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Eğlence olsun diye diğer çocukları kandırmaktan hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Daha güzel olsun diye, ev ödevlerimi çoğu zaman yeniden yazarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Çok çalışmadığım için yetişkinler benim şımartılmış olduğumu düşünürler.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Başkalarına yardım etmekten gerçekten hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Önemli bulduğum şeyler üzerinde egzersiz yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Bir çocuk tuhaf ya da alışılmadık ise, bu genellikle onun hatası değildir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Hastalandığımda korkuya kapılırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Bir şeyin yolunda gitmiyorsa mutlaka belli bir nedeni vardır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Çoğu soru ve bulmacanın nasıl çözüleceğini bilirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
34. Yeni insanlarla tanışmaktan gerçekten hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. İnsanların birbirine yardım etmesi herkesin yararına.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Başkaların önünde (örneğin sınıfta öğrencilerin önünde) konuşmak zorunda olduğumda gergin olurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Başkalarının duyguları beni pek ilgilendirmez.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Başkalarının hakkımda ne düşündüklerine aldırmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Çoğu zaman ne istediğimi bilmem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Müzik, spor ya da beceri gerektiren işlerde ancak bana söylendiğinde egzersiz yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Diğer çocuklarla oynarken onlara ayak uydurmakta zorlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Bazen hayatımdaki değişiklikleri kafama öyle takarım ki ya uykum kaçır ya da karnım ağrır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Keyifsiz olduğumda yalnız kalmayı tercih ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Bir şeyi yapmadan önce ne yapacağımı düşünmeyi severim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Eğlenceli iseler tehlikeli işleri yapmaktan çekinmem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Okulda yanlış bir şey yapmadığım halde başım çoğu kez derde girer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
47. Ev ödevlerimi yaparken tekrar kontrol etmediğim için çoğu zaman puan kaybederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Yeni çocuklarla tanıştığımda kendinden emin davranırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Bir şeyi alışkanlık edindiğimde, değiştirmek istemem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
50. Dama ya da satranç oynarken sıkılırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. İnsanlarla ilk kez tanıştığımda hava atmayı severim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. İşleri tam olarak doğru yapıncaya değin denemeye devam ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Hata yaptığımda, hatamı kabul ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Günlük işleri yaparken çoğunlukla hatırlatılma gereksinimi duymam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. İnsanlar daima beni kullanmaya çalışırlar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Başkalarını mutlu görmek beni de mutlu eder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Sevdiğim şeyleri iyi yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Acıklı öykü ve şarkıları aptalca bulurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Çoğu zaman kendimi çaresiz hissederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. İşlerin çoğunlukla yolunda gideceğine inanırım (iyimserim).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
61. Kötü şeyler olacağından endişe ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Çoğu kez kendimi zayıf ve güçsüz hissederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
63. Kahramanlık öykülerini severim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Birisinin üzgün olup olmadığını çoğunlukla anlarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Yaptığım işte başarılı olmam için yalan söylemem ya da hile yapmam gerekebilir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Birisine kötü davranmış olsam bile özür dilemem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Bir şey çizerken istediğim gibi olmadığında kağıdı atar yeniden çizmeye başlarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Zorunlu olduğumdan fazlasını yapmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Keşke daha fazla kendime özel şeyler olsaydı.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Tanıdığım bir çocuğa sataşıldığında, bunu durdurmak benim görevim değildir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
71. İnsanların benim iyi bir insan olduğumu düşünmeleri önemlidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Tartışmaktansa çekilmeyi tercih ederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Ev ödevlerimde, spor yarışmalarında elimden gelenin en iyisini yapabilmek için, diğer çocuklardan daha çok çaba sarfederim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Yıllarca okumak zorunda kalsam da, büyüdüğümde heyecan verici bir mesleğim olsun isterim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Bazen önemsiz şeyler, beni gergin ve sinirli yapar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. Keşke daha akıllı olsaydım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Bana kötü davranmış olsa bile birisine kötü davrandığımda rahatsızlık duyarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. İşler uzayınca çoğunlukla yarıda bırakırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. Sıramın gelmesini beklemekten rahatsız olmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
80. Arkadaşlarımın sayısından memnunum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
81. Ev ödevimi yaparken çoğunlukla son dakikaya kadar beklerim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Kurallara uymak için elimden geleni yaparım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. Bir hata yaptığımda çoğu zaman yüzüm kızarır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. Bazen başkalarına hükmetmeyi severim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. Evde sorunum olduğunu arkadaşlarıma çoğunlukla söylemem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
86. Duyarlı bir kişiyim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
87. Birisi beni bir şeyi yapmam için cesaretlendirdiğinde çoğunlukla "yaparım" derim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
88. Bir grubun lideri olmak eğlencelidir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
89. Öğretmenlerimin bana "aferin" demelerinden çok hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
90. Başkalarının neler hissettiğini anlamaya çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
91. Bir şeyi denemeden önce daima başkalarına danışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
92. Bir şeyi kafama koyduğumda, çoğunlukla başarılı olurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
93. Doğum günümde birisi 250 YTL verse, tümüyle kendime oyuncak alırdım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
94. Okulda çoğunlukla hakettiğim notları alırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
95. Ağlayıp sızlayan çocuklara katlanamam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
96. Anne ve babamın arkadaşlarıyla tanıştığımda utangaç davranırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
97. İnsanlar bana kötü davrandıklarında öcümü almaya çalışırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
98. Tanıştığım çocukların çoğunu severim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
99. İşleri daha iyi yapmanın yollarını aramaktan hoşlanırım . . .	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
100. Diğer çocuklar hoşlanmasalar da farklı çocuklarla bir arada olmaktan rahatsız olmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
101. Bir işe başladığımda bitirinceye dek bırakmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
102. Başkalarının önderlik etmesini beklerim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
103. Anne ve babamı kucaklamaktan hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
104. Bazen fazla gergin olduğumdan hoşlandığım işleri yapamam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
105. Çocukların başkalarıyla dalga geçtiğini görmek beni gerçekten rahatsız eder.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
106. Söylemiş ya da yapmış olduğum şeylerden çok endişelenirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107. Bir çocuk olarak yaptığım tercihlerin pek fazla bir önemi yok.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108. Keyifsiz olduklarında arkadaşlarıma yardımcı olmaktan hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
109. Ödevlerimi yapmam için kendimi zorlamam gerekir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
110. Acıklı filmler beni ağlatır.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
111. Karar vermeden önce beklemekten hoşlanmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
112. Dış görünüşümden memnunum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
113. Kendimi olduğum gibi severim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
114. Ortada kurallar olmaksızın çocukların istediklerini yapmalarından hoşlanırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
115. Duygularımı kendime saklarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
116. Çok kolay sinirlenirim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
117. Öğretmenlerim ve anne-babam gerçekten istersem okulda daha başarılı olabileceğimi düşünürler.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
118. Diğer çocuklar korkuya kapıldığında ben çoğunlukla sakin kalırım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Yanlış	Çoğu kez yanlış	Kararsızım!	Çoğu kez doğru	Doğru
119. Lunaparkta tehlikeli araçlara binmekten korkmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
120. Aptalca bir hata yaptığımda uzunca süre aklımdan çıkmaz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
121. Konuyu bilsem bile ev ödevlerimi yaparken çoğunlukla yardıma gereksinim duyarım.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
122. Anlayışı kıt insanlara birşeyleri açıklamaktan hoşlanmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
123. Elimde olsa çocukluk yıllarımdan kalan kısmını atlar, hemen bir erişkin olurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
124. Grup projelerinden sorumlu olmaktan hoşlanmam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
125. Çoğu zaman amaca yönelik çalışmam, diğer işleri daha eğlenceli bulurum.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Teşekkürler! Teşekkürler! Teşekkürler!

EK-5: Güçler ve Güçlükler Anketi Çocuk Formu

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

E

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle başkalarıyla paylaşırım (Örn. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle kendi başıyım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genellikle bana söyleneni yaparım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok endişelenirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyorsa ona yardım ederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En az bir yakın arkadaşım var.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaklıyım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşıtlarım genelde beni sever.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

EK-6: Güçler ve Güçlükler Anketi Ebeveyn Formu

Güçler ve Güçlükler Anketi

Yönerge: Çocuğunuzun <u>son 6 ay içindeki</u> davranışlarını göz Önüne alarak lütfen aşağıdaki maddeleri doldurunuz. Her bir maddenin <u>çocuğunuz için ne derece doğru olduğunu</u> aşağıdaki 3 seçenekten en uygun olanım yuvarlak <u>İçine</u> alarak <u>gösteriniz</u> .				
	Çocuğum..	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
1	Diğer insanların duygularını önemser.			
2	Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz.			
3	Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır.			
4	Diğer çocuklarla kolaylıkla paylaşır.			
5	Sıkça öfke nöbetleri olur ya da aşırı sinirlidir.			
6	Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.			
7	Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.			
8	Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.			
9	Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyorsa ona yardımcı olur.			
10	Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanır durur.			
11	En az bir yakın arkadaşı vardır.			
12	Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay eder.			
13	Sıkça mutsuz görünür, kederli ya da ağlamaktadır.			
14	Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.			
15	Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.			
16	Yeni ortamlarda gergin ya da huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.			
17	Kendinden küçüklere iyi davranır.			
18	Sıkça yalan söyler ya da hile yapar.			
19	Diğer çocuklar ona takarlar ya da onunla alay ederler.			
20	Sıkça başkalarına (anne, baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.			
21	Bir şeyi yapmadan önce düşünür.			
22	Ev, okul ya da başka yerlerden çalar.			
23	Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.			
24	Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.			
25	Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.			

EK-7: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi

PİTTSBURG UYKU KALİTE İNDEKSİ

Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar için son bir yılı göz önünde bulundurun. Lütfen tüm soruları cevaplayınız.

SORULAR

1.	Geçen ay geceleri <i>genellikle</i> ne zaman yattınız?	Saat:			
2.	Geçen ay geceleri uykuya dalmanız <i>genellikle</i> ne kadar zaman (dakika) aldı?	Dakika:			
3.	Geçen ay sabahları <i>genellikle</i> ne zaman kalktınız?	Saat:			
4.	Geçen ay geceleri kaç saat uyudunuz? (Bu süre yatakta geçirdiğiniz süreden farklı olabilir)	Saat:			
5.	Geçen ay aşağıdaki durumlarda belirtilen uyku problemlerini ne sıklıkla yaşadınız?				
		GEÇEN AY			
		Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den çok
a.	30 dakika içinde uykuya dalamadınız				
b.	Gece yarısı veya sabah erken uyandınız				
c.	Tuvalete gittiniz				
d.	Rahat bir şekilde nefes alıp veremediniz				
e.	Öksürdünüz veya gürültülü bir şekilde horladınız				
f.	Aşırı derecede üşüdünüz				
g.	Aşırı derecede sıcaklık hissettiniz				
h.	Kötü rüyalar gördünüz				
i.	Ağrı duydunuz				
j.	Diğer nedenler (yazınız):				
.....					
6.	Geçen hafta uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz? 0. Çok iyi 1. Oldukça iyi 2. Oldukça kötü 3. Çok kötü				
7.	Geçen hafta uyumanıza yardımcı olması için ne kadar sıklıkla uyku ilacı (reçeteli veya reçetesiz) aldınız? 0. Hiç 1. 1'den az 2. 1-2 kez 3. 3'den az				
8.	Geçen hafta araba sürerken yemek yerken veya sosyal bir aktivite esnasında ne kadar sıklıkla uyanık kalmak için zorlandınız? 0. Hiç 1. 1'den az 2. 1-2 kez 3. 3'den az				
9.	Geçen ay bu durum işlerinizi yeteri kadar istikle yapmanızda ne derece problem oluşturdu? 0. Hiç problem oluşturmadı 1. Yalnızca çok az bir problem oluşturdu 2. Bir dereceye kadar problem oluşturdu 3. Çok büyük bir problem oluşturdu				
10.	Bir yatak partneriniz veya oda arkadaşınız var mı ? 0. Bir yatak partneri veya oda arkadaşı yok 1. Diğer odada bir partneri veya oda arkadaşı var 2. Partneri aynı odada fakat aynı yatakta değil 3. Partneri aynı yatakta				
11.	Eğer bir oda arkadaşı veya partneriniz varsa ona aşağıdaki durumları ne kadar sıklıkla yaşadığınızı sorun.				
		GEÇEN AY			
		Hiç	1'den az	1-2 kez	3'den çok
a.	Gürültülü horlama				
b.	Uykuda iken nefes alıp verme sırasında uzun aralıklar				
c.	Uyurken bacaklarda seğirme veya sıçrama				
d.	Uyku esnasında uyumsuzluk veya şaşkınlık				
e.	Uyurken oluan diğer huzursuzluklar (yazınız):.....				

EK-8: Pediatrik Epworth Uykululuk Ölçeği

Pediatrik Epworth Uykululuk Ölçeği

Uygulama: Aşağıdaki durumlarda uyuma olasılığınız nedir?

Soruları her zamanki yaşantınızı düşünerek cevaplayınız. Bunlardan birini son zamanlarda yapmamış olsanız bile, eğer böyle bir durum olsa idi, nasıl davranacağınızı düşünerek cevaplayınız.

Her durum için **en uygun sayıyı** aşağıdaki ölçeği kullanarak cevaplayınız.

0 = Asla uyumam

1 = Uyuma olasılığım az

2 = Uyuma olasılığım var

3 = Büyük olasılıkla uyurum

Durum	Uyuma olasılığım
Sınıfta ne kadar sıklıkta uykuya dalma veya uykululuk- uyuklama hali olur?	0 1 2 3
Ödev yaparken ne kadar sıklıkta uykuya dalma ve uykululuk hali olur?	0 1 2 3
Günün çoğunda uyanık- dikkatli midir?	0 1 2 3
Gün boyunca ne kadar sıklıkta yorgun ve huysuz-hırçın olur?	0 1 2 3
Sabahları uyandığında ne sıklıkta sıkıntılı, huysuz ve uykuludur?	0 1 2 3
Sabahları uyandıktan sonra ne kadar sıklıkta tekrar uykuya dalar?	0 1 2 3
Sabahları ne kadar sıklıkta birileri tarafından uyandırılır?	0 1 2 3
Ne kadar sık daha çok uykuya ihtiyacı olduğunu düşünürsünüz?	0 1 2 3
TOPLAM:	

EK-9: Hollingshead-Redich Ölçeği

HOLLINGSHEAD-REDICH ÖLÇEĞİ

Ailenin (Ebeveynin) Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzeyi

Her iki ebeveynin de meslek ve eğitim durumlarını esas alan, standart Hollingshead-Redich Ölçeğini kullanarak sosyoekonomik sosyokültürel düzeyi özetleyin (belirleyin). Bu belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan “genel” ya da “gestalt” bir ölçüm olacaktır. Eğer beklenmedik durumlar meydana gelmişse bunu not ediniz (örneğin; baba uzun yıllar büyük bir şirketin yöneticisi iken ağır bir depresyon nedeni ile elli yaşından sonra işsiz kalmışsa. Bu örnek bir miktar şüphe ile kesinlik arz etmeden “1” şeklinde kodlanmalıdır).

- Varlıklı, eğitimli toplumsal katmanda aile 1
- Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da 2
yüksek idari konumda anne-baba
- Küçük iş adamı, beyaz yakalı ya da vasıflı 3
işçi, lise mezunu anne-baba
- Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında 4
eğitimli anne-baba
- Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde 5
eğitimli anne-baba
- Bilinmeyen 9