

Irritable barn og irritable fagfelt

Marit Coldevin

Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Marit.Coldevin@lds.no

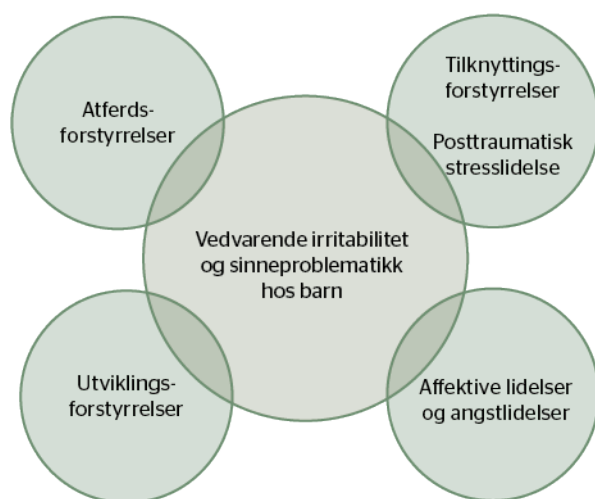
Lena Løvstad

Astrid Brænden

Barne- og Ungdoms-psykiatrisk Avdeling, Oslo Universitets-sykehus

Skal barn med alvorlig irritabilitet og sinneproblematikk forstås som affektiv lidende eller atferdsforstyrrede? I dette fagessayet søker vi å redegjøre for hvem disse barna er, de to ulike måtene å klassifisere dem på og hvordan en skal forholde seg til ICD-11s nye kategorisering.

Vedvarende irritabilitet og sinneutbrudd er et høyt forekommende og alvorlig symptom på en rekke ulike psykiske lidelser, og er derfor en av de hyppigste henvisningsgrunnene til spesialisthelsetjenesten for barn og unge i Norge og internasjonalt (Indregård & Krogh, 2020; Stringaris & Goodman, 2009). I møte med disse barna blir klinikerer stående med et omfattende kartleggingsoppdrag – er dette et eget klinisk fenomen eller symptom på en annen underliggende lidelse? Eller er det et uttrykk for uholdbare psykososiale livsbetingelser eller omsorgssituasjon? Irritabilitet og emosjonell reaktivitet kan være en del av symptombildet og fenomenologien i utviklingsforstyrrelser, angstlidelser, depressive lidelser, tvangslidelser, tilknytningsforstyrrelser, atferdsvansker og ikke minst ved traumelidelser (se figur 1). Men hva hvis alvorlig sinne og vedvarende irritabilitet ikke primært kan forstås i sammenheng med eller som symptom på en annen underliggende psykisk lidelse, en kjent sviktende omsorgssituasjon eller andre krevende miljøbetingelser, men eksisterer som et fenomen i seg selv? Hvordan skal vi forstå, klassifisere og behandle disse barna?



FIGUR 1 Mulige underliggende diagnostiske tilstander

Barna i klinikken

Nic Waals Institutt (Lovisenberg Diakonale Sykehus) og Avdeling for barne- og ungdomspsykiatri (Oslo universitetssykehus) holder for tiden på med forskningsprosjekt om barn med alvorlig emosjonell dysregulering i form av vedvarende irritabilitet og sinneutbrudd. Prosjektet ønsker å kartlegge deskriptive variabler og bakenforliggende mekanismer hos denne pasientgruppen (REK nr. 2017/135). I den forbindelse har forfatterne registrert noen hyppig forekommende beskrivelser av den kvalitative opplevelsen av å ha et barn som strever med alvorlig irritabilitet, både fra foreldrene og barnet selv. Foreldre uttrykker ofte at barnet alltid har vært vanskelig å roe ved tilstander av emosjonell dysregulering, at barna eskalere i sinne uten at foreldre skjønner hva som utløste reaksjonen, at det er lite som skal til før det renner over, at foreldrene føler de må "gå på eggesskall rundt barnet", eller "på tå hev". Videre opplever foreldrene at barna ofte snakker nedsettende om seg selv, gir uttrykk for at de ikke mestrer, og at de kan vise stor grad av skamfullhet eller anger etter sinneanfall. Barna bekrefter dette – de skulle ønske de ikke ble så sinte, men opplever å ikke ha kontroll over følelsene sine. Til tross for slik irritabilitet eller sinneanfall beskrives ikke alltid atferdsvansker hos disse barna. Det vil si at dette er barn som beskrives som å opptre svært reaktivt på sine omgivelser med manglende evne eller ferdigheter til å regulere sinneuttrykket sitt, men som i liten grad opponerer eller trasser mot andre eller grensesetting, og som ellers viser gode prososiale evner.

Normal versus klinisk irritabilitet

For en kliniker er det ikke alltid en enkel øvelse å skille patologisk irritasjon fra normal irritasjon. I det følgende gjør vi et forsøk på å beskrive irritasjon og klinisk irritasjon hos barn, og kvaliteter ved irritasjonen som en bør ta hensyn til i vurderingen.

Irritabilitet hos barn kan defineres som en tilbøyelighet (eller reaktivitet) til å reagere med en følelse av sinne på indre eller ytre stimuli sammenlignet med jevnaldrende (Leibenluft, 2011). Begrepet indikerer at følelsen av sinne skal være utløst av en relativt liten provokasjon, og/eller at den har høy frekvens. Videre brukes irritasjon som begrep når man snakker om en aktuell følelse («nå er du irritert»), et bestemt humør («du er så irritabel for tiden») eller om et temperaments-/personlighetstrekk («du er en irritabel type»). Tilstandene differensieres ut fra varighet: følelse i minutter, humør eller stemning i uker/måneder og temperament i år/tiår.

ICD-11 og DSM-5

To nye diagnostiske kategorier i ICD-11 og DSM-5 er opprettet for å klassifisere barn med vedvarende irritabilitet og sinne-utbrudd der ikke andre diagnoser kan forklare symptomene. DSM-5 forstår symptomene som en affektiv lidelse (DMDD), mens ICD-11 som en atferdsforstyrrelse (ODD med irritabilitet). Er det samme gruppe barn som beskrives og forstås ulikt?

Irritabilitet og sinneutbrudd har en negativ valør i de fleste kulturer. Det er ikke en ønsket følelse verken i en selv eller andre. Samtidig er den helt vanlig, ofte funksjonell og den kan være et signal om at vi befinner oss i en situasjon som er krevende, eller at vi har det vanskelig intrapsykisk. Irritabilitet som en flyktig følelse, humør over tid eller personlighetstrekk er altså ikke patologisk per se, men heller en tilstand som fordeler seg med hensyn til hyppighet og intensitet i

et kontinuum i normalbefolkningen. Så på hvilket nivå blir barnets grad av irritabilitet klinisk og behandlingstrengende? Wakschlag et al. (2012) definerte noen kriterier for å skille normalutvikling fra alvorlig irritabilitetsproblematikk etter en observasjonsstudie av førskolebarn som utførte ulike oppgaver og lekeaktiviteter. Disse kriteriene er presentert i tabell 1.

Tabell 1

Kriterier for klinisk irritabilitet hos barn (Wakschlag, 2012)

Intensitet	sinnet er høylytt, med kraftige og aktive bevegelser
Sensitivitet	uttrykket oppstår etter liten grad av provokasjon
Progresjon	uttrykket eskalerer raskt og høyt og på kort tid, som «lyn fra klar himmel»
Gjennomgripende	uttrykket blir observert i ulike settinger
Vedvarende	følelsen vedvarer, og barnet trenger ofte hjelp for å roe seg
<i>Merknad.</i> De ulike kvalitative forholdene ved irritabilitet skal i tillegg ha vært synlige for omgivelsene daglig i minimum 6 mnd.	

Videre deler litteraturen tradisjonelt sinneutbrudd (verbale, fysiske) inn i to underkategorier som defineres ut fra motivasjonen for aggresjonen (Fanning et al., 2019). Irritasjon er en følelse, mens sinneutbrudd, som ofte samvarierer med følelsen, forstås enten som en slags kalkulert, kontrollert aggressiv handling for å oppnå et mål (1) eller som et reaktivt resultat av å handle på en følelse av irritasjon, uten at atferden er planlagt (2).

I USA erfarte man antagelig derfor i en lengre periode en overdiagnostisering av bipolare lidelser hos barn med en økning på 4000%

I tillegg til slike kvalitative forhold ved irritabiliteten må den vurderes ut fra barnets alder, forekomst og hvorvidt dette uttrykket skader en selv eller andre. Irritasjon kan altså forstås som en dimensjonal størrelse der skillet mellom normalitet og patologi varierer med utviklingsnivå. I tillegg må en vurdere barnets omgivelser, altså om det faktisk er sånn at dette uttrykket er hensiktsmessig, gitt at miljøet rundt barnet er frustrerende eller uhåndterlig.

Denne kunnskapen vil kunne hjelpe klinikerer i den diagnostiske vurderingen, men det er ingen slike kvalitative beskrivelser av klinisk irritabilitet i diagnosemanualene per i dag som kunne ha veiledet klinikerer.

Hvordan diagnostisere vedvarende irritabilitet hos barn?

Før revideringen til de nyeste utgavene av DSM-5 og ICD-11 har kjernesymptomet vedvarende irritabilitet hos barn altså ikke vært lett å diagnostisere. Det har vært et slags foreldreløst symptom. En økende trend blant fagfolk i to tiår før DSM-5 kom, var å forstå vedvarende irritasjon og sinne uten atferdsforstyrrelser hos barn som et uttrykk for mani. Spesielt i USA erfarte man antagelig derfor i en lengre periode en overdiagnostisering av bipolare lidelser hos barn med en økning på 4000 % i perioden mellom 1994 og 2003, og med påfølgende alvorlig medikamentell feilbehandling (Moreno et al., 2007). I Norge har det ikke vært en tilsvarende overdiagnostisering av bipolare lidelser hos barn

(Indergard et al, 2020), og det er heller ikke utbredt praksis med psykofarmakologisk behandling av sinneproblematikk i norske poliklinikker.

I Europa har man tradisjonelt klassifisert vedvarende irritabilitet som en del av en atferdsforstyrrelse (F 92.8 og F 91.3 i ICD-10) (Sagar-Ouriaghli et al., 2018), uten at det nødvendigvis foreligger typisk «atferdsproblematikk» som trass, hevngjerrighet, fiendtlighet eller provoserende atferd. Men faktum er at irritabilitet ikke alltid leder til aggressiv atferd, og aggressiv atferd kan ha andre årsaker enn irritabilitet. Har man undergravet de emosjonelle aspektene hos barn som strever med vedvarende irritabilitet og sinne når man har stilt diagnose?

Alvorlig irritabilitet forstås som en affektiv forstyrrelse

I den siste utgaven av DSM ble det opprettet en ny diagnose for barn som strever med alvorlig sinneproblematikk og irritabilitet – Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD, American Psychiatric Association, 2013) eller på norsk: følelsesreguleringsforstyrrelse. Diagnosen kategoriseres under affektive lidelser. Den alvorlige irritabiliteten gir seg til kjenne klinisk på to måter. For det første skal det foreligge alvorlige fysiske eller verbale raserianfall som ikke står i forhold til situasjonen eller provokasjonen, verken i intensitet eller omfang, og de skal forekomme minimum tre ganger per uke i minimum ett år. For det andre skal humøret til barnet være vedvarende irritabelt, daglig og synlig for andre, og ha vært til stede siste året. Disse to hovedaspektene må utspille seg på to eller flere arenaer i barnets liv (f.eks. på skole, hjemme og/eller fritidsaktiviteter). Diagnosen kan ikke stilles før seks års alder. Man antar at i den generelle barne- og ungdomspopulasjonen vil 2–5 % oppfylle kriterier for DMDD (APA, 2013; Copeland et al., 2013, 2014).

Ikke overraskende er lidelsen assosiert med alvorlige funksjonsutfall. Som følge av den svært lave frustrasjonstoleransen kan de få store vansker på skolen både faglig og sosialt. I tillegg er familiesamspillet ofte alvorlig forstyrret og bærer preg av utmattelse og konflikter (Copeland et al., 2013).

Diagnosen DMDD baserer seg i all hovedsak på forskningen til Leibenluft et al. (2007–2012). De observerte at barn med alvorlig, ikke-episodisk sinne/irritabilitet senere viste høy risiko for å utvikle unipolare affektive lidelser og angst i voksen alder, og ikke bipolar lidelse som man antok at irritabiliteten var et symptom på (Leibenluft, 2011). Man har heller ikke funnet en forhøyet sannsynlighet for at disse barna skal utvikle dyssosial personlighetsforstyrrelse, som er assosiert med atferdsforstyrrelser. Dette funnet er replikert gjentatte ganger (se for eksempel Axelson et al., 2012 eller Dougherty et al., 2014).

Den nye diagnosen har ikke blitt tatt imot med uforbeholden støtte

Det fremstår dermed som et fremskritt at barn med klinisk irritabilitet har fått et diagnostisk hjem under affektive lidelser, og ikke lenger blir kategorisert under atferdsforstyrrelser, som kanskje ikke har gitt gode nok retningslinjer for å behandle disse barna. Den nye diagnosen har likevel ikke fått uforbeholden støtte. Snarere tvert imot.

Falske nyheter? Slakt av fagfeltet

Det er fortsatt stor faglig uenighet om hvorvidt det er en fornuftig avgjørelse å klassifisere barn med vedvarende irritabilitet og hyppige sinneutbrudd som DMDD, gitt de historiske vanskene med å forstå

og klassifisere disse barna. DMDDs «tilhengere» mener at denne problematikken endelig kan bli tatt på alvor, slik at en kan gi mer spesifikke intervensjoner med tanke på at det er stor forskjell på behandlingstilnærmingen til en bi- og unipolar lidelse (Leibenluft, 2011). Det at barn urettmessig har blitt forstått som atferdsvanskelige når det trolig egentlig handler om en affektiv lidelse, skaper både uhensiktsmessige føringer og forventninger til barnet og deres familier. Allikevel, motstanden mot diagnosen kommer til uttrykk på flere nivåer.

Overordnet er det rettet kritikk mot å opprette enda en barnediagnose. Er dette riktig vei å gå når trenden er å forstå symptomer i spektre eller transdiagnostisk heller enn i gjensidig utelukkende kategorier? Det er også reist spørsmål om en ikke bør jobbe med å redusere antall diagnostiske kategorier heller enn å øke disse, for å unngå sykeliggjøring av normalvariasjoner (Gullestad, 2013). Et annet poeng: Det å tilføre en ny diagnose vil sannsynligvis føre til ytterligere diagnostisk forvirring og fjerne fokuset fra en mer meningsfull utforskning av de underliggende mekanismene i barns vedvarende irritabilitet (Mahli & Bell, 2019). Videre er det vist til begrenset empirisk grunnlag for diagnosen før denne ble inkludert i DSM-5. Det har blitt problematisert at den nærmest ble opprettet ved en hastebeslutning som følge av overdiagnostiseringen av bipolare lidelser hos barn i USA (Mahli & Bell, 2019).

Forskningen på klinisk forekomst av DMDD viser svært høy komorbiditet (Axelson et al., 2012), og validitetsspørsmålet gjør seg dermed gjeldende. Er DMDD en egen diagnose / nosologisk enhet når den så hyppig forekommer samtidig med annen problematikk? I tillegg er diagnosens indre validitet problematisert. Kvaliteten på irritabilitetsymptomet er ikke godt nok beskrevet klinisk, og det er reist spørsmål om hvem som «bestemmer» om irritabiliteten er til stede i det omfanget som er definert. Det er også vist til svake reliabilitetsmål (Regier et al., 2013.)

Samlet sett kan man si at problemstillingene som er presentert her, ikke er unike for DMDD. De fleste psykiatriske diagnoser stilles overfor samme type kritikk, spesielt spørsmålet om indre og ytre validitet. Likevel, dersom DMDD-diagnosen viser seg å være et fenomen som historisk har vært feildiagnostisert, er det sentralt at dette klargjøres for å kunne gi barna bedre helsehjelp.

Irritabilitet og prososialitet fremheves i opposisjonell atferdsforstyrrelse

ICDs ellefte utgave ble godkjent av Verdens helseorganisasjon i mai 2019, og vi venter nå på en norsk oversettelse og tilpasning av den medisinskfaglige oppdateringen. Etter en gjennomgang av litteraturen valgte arbeidsgruppen (WHO's Working Group on Mood and Anxiety Disorders, ledet av Lochman et al., 2015) ikke å inkludere DMDD, da de mente den har både for lav reliabilitet og validitet. I stedet inntas en mer restriktiv linje, der de opprettholder atferdsvanskenes hovedinndeling og kjennetegn, samt velger å spesifisere opposisjonelle lidelser med og uten irritabilitet, og med og uten fiendtlighet / kalde trekk. De fremhever altså irritabilitet som et kjernesymptom som er eller ikke er til stede sammen med atferdsvansken. I tillegg skiller de mellom barn som viser prososiale følelser, og de som ikke gjør det. Det sentrale trekket i ODD er et mønster av vedvarende negativ, fiendtlig, truende, provoserende og ødeleggende atferd, som tydelig ligger utenfor det normale atferdsspekteret for et barn på samme alder og i samme sosiokulturelle kontekst, men som ikke innbefatter mer alvorlige krenkelser av andres rettigheter som vist ved den aggressive og usosiale atferden spesifisert for kategoriene under andre atferdsforstyrrelser. Barn med ODD har en tendens til å aktivt trosse voksnes anmodninger eller regler, og «bevisst» irritere andre. ICD-11s kategorisering av barn med langvarig irritabilitet og lav frustrasjonsterskel, men med ellers gode prososiale ferdigheter, oppfyller dermed

kriteriene for C90.01; opposisjonalt med kronisk irritabilitet og vanlige prososiale emosjoner. Det er denne diagnosen som i størst grad sammenfaller med DMDD (se tabell 2).

Tabell 2

Diagnostisk kategorisering av vedvarende irritabilitet og sinneutbrudd hos barn

	DSM-5	ICD-10	ICD-11
Diagnose (vedvarende irritabilitet og sinneutbrudd)	DMDD (296.99 Følelsesreguleringsforstyrrelse)	Blandet forstyrrelse av følelser og atferd (F92.8)	Opposisjonell forstyrrelse med kronisk irritabilitet (C90.01) og prososiale følelser, eller (C90.00) med emosjonell kulde/ fiendtlighet
Hovedkategori	Depressive lidelser	Atferdsforstyrrelser	Atferdsforstyrrelser
Inklusjonskriterie varighet	To eller flere arenaer	Ikke spesifisert	To eller flere arenaer
Inklusjonskriterie kvalitet/ omfang	Irritabilitet daglig og store deler av dagen, og tre eller flere sinneutbrudd per uke	Ikke spesifisert utover utviklingsmessig og sosiokulturelt inadekvat sinne/irritabilitet	Ikke spesifisert utover utviklingsmessig og sosiokulturelt inadekvat sinne/irritabilitet
Inklusjonskriterie alder	Symptomer oppstått før 10 år	Ikke spesifisert	Diagnosen anbefales ikke etter 10 år
Prevalens	2–5 %	5–10 %	Foreløpig ikke rapportert.
Prognose	Angst og affektive lidelser i voksen alder	Dyssosiale vansker/ personlighetstrekk i voksen alder.	Angst og affektive lidelser i voksen alder (C90.01) og dyssosiale vansker i voksen alder (C90.00)
Vanlig komorbiditet	ADHD og affektive lidelser	ADHD	Foreløpig ikke rapportert

Det fremstår som at ICD-11-kommisjonen har lent seg til samme prognostiske forskning som DSM-5-gruppen og derav konkludert med at det er to ulike og kvalitativt forskjellige underkategorier til det uttrykte sinnet hos barna. En gruppe har et mer reaktivt sinne gitt en underliggende irritabilitet, og oppleves ikke nødvendigvis som fiendtlig innstilt, og de angrer ofte etter et sinneutbrudd, mens den andre gruppen beskrives som fiendtlig og kald i sin tilnærming til andre. Dette er i tråd med forskningslitteraturen, som skiller mellom disse ulike årsaksfaktorene eller kvalitativt ulike fenomenene av sinneuttrykk (Fanning et al., 2019). I en studie av Stringaris og Goodman (2009) delte man kriteriene for opposisjonell lidelse inn i tre underkategorier: 1) klinisk irritabilitet, 2) stahet (fra engelsk, headstrong) og 3) fiendtlighet. De fant at klinisk irritabilitet var assosiert med senere emosjonelle forstyrrelser, stahet med ADHD og fiendtlighet med atferdsforstyrrelser. Barna med hovedsakelig alvorlig irritabilitet skiller seg altså fra barn med atferdsforstyrrelser, hvor sistnevnte har økt risiko for å utvikle dyssosial personlighetsforstyrrelse og alvorlige atferdsvansker. Det gir grunn til å tro at irritabilitet må skilles ut som noe eget og ikke som et tilleggssymptom ved andre lidelser.

Foreløpig ser det ikke ut til å ha blitt gjort noen nyere kliniske studier basert på denne nye diagnostiske inndelingen i ICD-11 med og uten irritabilitet, og med og uten prososialitet.

Samme fenomen i ulik språkdrakt eller unike kategorier?

Vi mener det er en velkommen utvidelse av ODD-diagnosen i ICD-11 med en inndeling i prososiale versus manglende prososiale trekk, nettopp for å synliggjøre mekanismene bak sinneanfallene for barna det gjelder. Det samme gjelder inklusjonen av vedvarende irritabilitet som egen subkategori. Samtidig støter vi på en differensialdiagnostisk utfordring når vi møter barn som ikke er hevngjerrige og opposisjonelle, men likevel strever med vedvarende emosjonelle reguleringsvansker. En siste utfordring er at diagnosen ikke spesifiserer alvorlighetsgrad av reguleringsvansken (hyppighet). Vi opplever at gruppen pasienter med langvarig irritabilitet og alvorlige sinneanfall som er beskrevet i DSM-5 ved DMDD, ikke gjenspeiles i ODD-symptomatologien i ICD-11. Dette mener vi er et problem når disse barna skal forstås og behandles i Norge.

Irritabilitet må skilles ut som noe eget og ikke kun som et tilleggssymptom ved andre lidelser

Det er nylig publisert en interessant studie i denne sammenheng som omhandler klinikers diagnostisering av barn som strever med problematikken vi tar for oss her (Evans et al., 2021). En rekke klinikere med diagnostisk kompetanse ble presentert ulike vignetter i tekstform som omhandlet barn med irritasjon og sinneanfall, og de skulle så diagnostisere disse med enten DSM-5, ICD-10 eller ICD-11. I denne prosessen skulle de mer spesifikt skille kronisk irritabilitet fra ikke-irritabel opposisjonellitet, normativ irritabilitet og dystymisk depresjon. Studien viste at bruk av ICD-11 ga en mer presis identifisering av alvorlig irritabilitet, mens bruk av DSM-5 viste at klinikerne ofte ikke brukte DMDD-diagnosen i de tilfellene dette var riktig, og i tillegg ble diagnoser stilt på utviklingsmessig normativ irritabilitet, altså at normalvariasjon av irritabilitet ble patologisert. En kan anta at den upresise bruken av DMDD skyldes klinikers begrensede kjennskap til diagnosen siden den er så ny, og at klinikere søker tradisjonelt til atferdskategoriene når de skal diagnostisere sinnerelaterte vansker. ICD-11-kommisjonen ser ut til å ha tatt hensyn til det, og har derfor lagt til en underkategori istedenfor å klassifisere problematikken som noe helt annet. ICD-11 fremstår altså som å ha den tydeligste beskrivelsen av klinisk irritabilitet i ODD, og gir således høyere klinisk nytte enn ved bruk av DSM-5s DMDD. Det er betryggende at barn i Norge med slik alvorlig problematikk blir identifisert, all den tid vi skal forholde oss til ICD-11-manualen i BUP. Vi er allikevel bekymret for hvilke føringer denne atferdsforstyrrelsen gir til behandlingen som barna skal motta, og om man i stor nok grad tar hensyn til vanskene med å regulere følelser, som forskningslitteraturen har vist oss at disse barna strever med, og som DMDD-diagnosen tilkjenner.

Oppsummert kan vi si at skillet mellom ODD og DMDD, slik vi forstår det per i dag, kan oppleves arbitrært for en kliniker. Vi har ikke instrumenter med konsensus i cut-off-skår for irritabilitet som funksjonelt kan skille mellom ODD og DMDD, og det er flere likheter i forståelsen av disse diagnosene, samt overlappende komorbiditeter og prognoser. Derfor vedvarer den internasjonale diskusjonen rundt operasjonaliseringen til DSM-5 og ICD-11 av kronisk og alvorlig irritabilitet. Inntil vi vet mer om de underliggende mekanismene bak den mer instrumentelle formen for irritabilitet versus den som fremstår mer reaktiv og utilsiktet, ønsker vi at denne gjennomgangen av nåværende status i diagnosefeltet kan bidra psykoedukativt og således virke helsefremmende for irritable barn og på et irriterbart fagfelt.

Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Axelson, D., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Horwitz, S. M. & Demeter, C. (2012). Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(10), 1342–1350. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m07674>
- Copeland, W. E., Angold, A., Costello, E. J. & Egger, H. (2013). Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 173–179. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010132>
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Egger, H., Angold, A. & Costello, E. J. (2014). Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *American Journal of Psychiatry*, 171(6), 668–674. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13091213>
- Dougherty, L. R., Smith, V., Bufferd, S., Carlson, G., Stringaris, A., Leibenluft, E. & Klein, D. (2014). DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder: correlates and predictors in young children. *Psychological Medicine*, 44(11), 2339–2350. <https://doi.org/10.1017/S0033291713003115>
- Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Rebello, T. J., de la Peña, F., Lochman, J. E. & Reed, G. M. (2021). Diagnostic classification of irritability and oppositionality in youth: a global field study comparing ICD-11 with ICD-10 and DSM-5. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(3), 303–312. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13244>
- Fanning, J., Coleman, M., Lee, R. & Coccaro, E. (2019). Subtypes of aggression in intermittent explosive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 109, 164–172. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.10.013>
- Gullestad, S. E. (2013). Sykdom på tilbud. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 50(8), 858–859.
- Indergård, P. J. & Krogh, F. (2020). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2019: Norsk pasientregister* (Rapport nr. IS-2892). Helsedirektoratet.
- Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168(2), 129–142. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050766>
- Lochman, J. E., Evans, S. C., Burke, J. D., Roberts, M. C., Fite, P. J., Reed, G. M., de la Peña, F. R., Matthys, W., Ezpeleta, L., Siddiqui, S. & Garralda, M. E. (2015). An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry*, 14(1), 30. <https://doi.org/10.1002/wps.20176>
- Mahli, G. & Bell, E. (2019). Fake views: DMDD, indeed! *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(7), 706–710. <https://doi.org/10.1177/0004867419863162>
- Moreno, C., Laje, G., Blanco, C., Jiang, H., Schmidt, A. B. & Olfson, M. (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of general psychiatry*, 64(9), 1032–1039. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.9.1032>
- Rieger, D., Narrow, W., Clarke, D., Kraemer, H., Kuramoto, J., Kuhl, E. & Kupfer, D. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, part II: test-retest reliability of selected categorical diagnoses. *American Journal of Psychiatry*, 170, 59–70. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070999>
- Sagar-Ouriaghli, I., Milavic, G., Barton, R., Heaney, N., Fiori, F., Lievesley, K., Singh, J. & Santosh, P. (2018). Comparing the DSM-5 construct of disruptive mood dysregulation disorder and

ICD-10 mixed disorder of emotion and conduct in the UK Longitudinal Assessment of Manic Symptoms (UK-LAMS) Study. *European child & adolescent psychiatry*, 27(9), 1095–1104. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1149-5>

Stringaris, A. & Goodman, R. (2009). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 216–223. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181984f30>

Wakschlag, LS., Choi S.W., Carter A. S., Hullsiek H., Burns J., McCarthy, K., Leibenluft E. & Briggs-Gowan, MJ. (2012). Defining the developmental parameters of temper loss in early childhood: implications for developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1099–108. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02595.x>