



Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'na eşlik eden Yavaş Bilişsel Tempo'nun klinik özellikleri

The clinical features of Sluggish Cognitive Tempo accompanying Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Nagihan Cevher Binici, Ayşe Kutlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Çocuk Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği, İzmir, Turkey

Özet

Amaç: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), oldukça heterojen belirtileri ve klinik görünümü olan bir ruhsal bozukluktur. Son yıllarda konsantrasyon sorunları, uykulu görünüm, sosyal ilişkilerde zayıflık ve hayale dalıp gitme gibi belirti kümesiyle tanımlanan, Yavaş Bilişsel Tempo (YBT) olarak adlandırılan yeni bir klinik görünümünden bahsedilmeye başlanmıştır. Bu çalışmanın amacı DEHB tanısına eşlik eden YBT kliniği olan ve olmayan Türk çocuk ve ergenlerde öğretmen ve ebeveynlerin doldurduğu ölçekler değerlendirilerek bu örneklemede YBT'nin klinik özelliklerin tanımlanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: DEHB tanısı olan 6–17 yaş çocuk ve ergenlerde, YBT kliniği olan 55 olgu ve olmayan 55 olgunun, ebeveynlerinin doldurduğu çocuk ve genç davranış değerlendirme ölçeği ve öğretmenlerinin doldurduğu öğretmen bilgi formu karşılaştırılarak YBT'nin klinik özellikleri tanımlanmıştır.

Bulgular: YBT kliniğinin en sık DEHB-dikkat eksikliği alt tipiyle beraber olduğu ve bu kliniğe sahip olan çocukların yaş ortalamalarının diğer grubu göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. DEHB ve YBT tanısı olan çocukların içe yönelim, içe dönüklük puanları diğer gruba göre daha yüksekten, dışa yönelim ve saldırganlık puanlarını anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır.

Sonuç: YBT'nin ülkemizdeki klinik özellikleri, diğer ülkelerde yapılan araştırmalarla uyumlu olup, kültürler arası geçerliliği olan yeni bir belirti kümesi olarak tanımlanabilir. Ancak bunun DEHB'nin bir alt tipi mi yoksa farklı bir bozukluk mu olduğu sorusu halen araştırılması gereken bir alandır.

Anahtar Sözcükler: Çocuk; DEHB; klinik özellikler; yavaş bilişsel tempo.

Abstract

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a mental disorder with highly heterogeneous presentation and clinical appearance. In recent years, children with Sluggish Cognitive Tempo (SCT), characterized by a set of symptoms such as concentration problems, sleepy appearance, weakness in social relations and day-dreaming, have begun to be mentioned. The aim of the current study is to determine the clinical features of SCT accompanying ADHD in Turkish children and adolescents by comparing the scores of scales that fulfilled by their parents and teachers.

Methods: The clinical features of SCT were determined by comparison of scores of Child behavior checklist and Teacher report form of 55 children with ADHD and 55 children with ADHD and SCT in the ages of 6–17 years.

Results: SCT was more associated with ADHD-inattention type and the ages of children with ADHD and SCT were significantly older than the others. The scores of internalization and withdrawal subscales of children with ADHD and SCT were significantly higher than those of the other group whereas the scores of externalization and aggression subscale of these children were lower than the children with ADHD.

Discussion and Conclusion: The clinical features of SCT of Turkish children are consistent with those of the other countries and SCT may be defined as a new cluster of symptoms with intercultural validity. However, the question whether this is a subtype of ADHD or a distinct disorder is still a field that needs to be investigated.

Keywords: Child; ADHD; clinical features; sluggish cognitive tempo.



Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), kişinin gelişimsel düzeyi ile uyumsuz dikkat sorunları, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile karakterize, çocukluk çağıının en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından biridir.^[1] DEHB oldukça heterojen belirtiler ve klinik görünümüne sahip olup bu neredeyse hastalığın değişmez bir özelliğidir.^[2] Tarihsel olarak hastalığın belirti kümelerini tanımlama çabası çok uzun zamandır devam etmekte ve güncel olarak hastalığın alt tipleri dikkat eksikliği baskın tip (DEHB-DEB), hiperaktif/impulsif baskın tip (DEHB-HA) ya da kombine (bileşik) tip olarak (DEHB-Bileşik) kabul edilmektedir.^[1] Ancak son 20 yıl içerisinde giderek artan, farklı klinik belirti kümesi özellikleri gösteren "Yavaş Bilişsel Tempo" (YBT) ya da orijinal adıyla "Sluggish Cognitive Tempo" (SCT) sahip olan çocuklardan bahsedilmeye başlanmıştır.^[3-6]

Yavaş bilişsel tempo, hayale dalıp gitme, uyanık kalmada zorlanma, enerjide düşüklük, kendi dünyasında yaşama, şaşkın görünümde olma gibi klinik belirtiler gösteren bir bilişsel uyarılma ve uyanıklık bozukluğu olarak tanımlanmaktadır.^[6] YBT, daha önce DEHB-DEB baskın tipin bir alt sınıflandırması olarak düşünülmekteydi.^[7] Son yıllarda yapılan araştırmalarda ise YBT'nin, DEHB ile birlikte görülebileceği fakat ayrı bir bozukluk olduğunu öne sürmektedir.^[3-9] Akademik yazında tartışma konusu olan bu hipotez birçok araştırmacı tarafından nöropsikolojik test farklılıkları, yürütücü işlevlerin değerlendirilmesi, genetik kalıtım özelliklerinin karşılaştırılması, tedaviye yanıt oranlarının gözlenmesi gibi birçok yöntemle değerlendirilmektedir.

Yavaş bilişsel tempoya ilişkin yapılan ilk çalışmalar, klinik özelliklerinin tanımlanmasına ve tanılama sürecine odaklanmıştır. Bu alanda araştırmacıların ortak görüşü; YBT olan çocukların daha kaygılı mizaca sahip oldukları, içe kapanık, utangaç görünümülü, ihtiyaçlarını ifade edemeyen ve sosyal ipuçlarını yakalama konusunda kısıtlılıkları olan çocuklar olduğu yönündedir.^[4-9]

Yavaş bilişsel tempo yazını, ağırlıklı olarak Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'da yapılan araştırmaları içermektedir. Kültürel faktörlerin çocukların ruh sağlığını ve bununla ilgili tanımlamaları etkilediği göz önüne alındığında,^[10] yeni bir belirti kümesi olarak YBT'nin kültürler arası geçerliliğini belirlemek önemlidir. Ülkemizde YBT'nin klinik özelliklerini değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmanın amacı DEHB tanısına eşlik eden YBT kliniği olan ve olmayan Türk çocuklar ve ergenlerde öğretmen ve ebeveynlerin doldurduğu ölçekleri değerlendirerek bu örneklemede YBT'nin klinik özelliklerini tanımlamaktır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmamız YBT'nin eşlik ettiği ya da etmediği DEHB tanısı olan çocukların klinik özelliklerini karşılaştıran tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte bir araştırmadır.

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğine 01.06.2016–01.06.2018 tarihleri arasında başvuran, 6–17 yaş aralığında, DEHB ön tanısıyla değerlendirilen tüm çocuk ve ergenlerin tıbbi dosyaları geriye dönük olarak incelenmiştir. DEHB tanısı konan olgular işleme ve dışlama kriterleri açısından değerlendirilmiştir.

Hastanemiz çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniğine dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik belirtileri başvuran tüm çocuk ve ergenler, uzman hekim tarafından değerlendirilmekte ve yapılan değerlendirmeler sonucu DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre tanı konulmaktadır. İlk klinik ruhsal değerlendirme görüşmesi sonrası mevcut belirtilerin şiddeti, hangi ortamlarda ortaya çıktığını ve eşlik eden diğer belirtilerin değerlendirilmesi amacıyla öğretmenleri tarafından Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği), Öğretmen Bilgi Formu (ÖBF) ve ebeveynleri tarafından Çocuk ve Genç Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) ve DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği doldurması istenmektedir. Değerlendirme esnasında ÇDDÖ'ndeki 4 sorudan (8, 17, 80 ve 102. sorular) 3 puan ve üstü olan olguların YBT kliniği olabileceği öngörülerek daha detaylı değerlendirme için bu olguların ebeveynlerinden Barkley Çocuk Dikkat Anketi doldurmaları istenmiştir. Bu ankette kesim noktası 23 puan olarak alınmıştır. Hem klinik görüşme sonucunda, hem de öğretmen ve ailenin doldurduğu ölçeklerin değerlendirilmesi sonucu YBT ve DEHB varlığı değerlendirilmiş ve DEHB'nin alt tanı grupları belirlenmiştir. Çocukların zihinsel kapasiteleri klinik olarak değerlendirilmiş ve zihinsel yetersizlik olduğu düşünüldüğünde WCZÖ-G zeka testi (Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği-Yeniden Gözden Geçirilmiş Formu), ile zihinsel kapasite değerlendirilmiştir.

DEHB grubu ve YBT'nin eşlik ettiği DEHB grubu için çalışmaya dahil edilme kriterleri; 6–17 yaş aralığında olmak, detaylı değerlendirme sonucunda DEHB ya da YBT dışında herhangi bir psikiyatrik tanı almamak, klinik olarak normal zekaya sahip olmak ve YBT'nin eşlik ettiği olgularda Barkley Çocuk Dikkat Anketi sonucunda 23 puan üstü almak olarak belirlenmiştir. Araştırmadan çıkarılma kriterleri her iki grup içinde herhangi bir nörolojik hastalık ya da bilinç kaybıyla seyretmiş olan kafa travması geçirmiş olmak, herhangi bir psikotrop ilaç alıyor olmak ya da madde kullanım öyküsü bulunmaktır.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısına eşlik eden YBT kliniği olan ve olmayan çocukların ÖBF ve ebeveynin doldurduğu ÇDDÖ'nin ölçek puanları değerlendirilerek klinik özelliklerin karşılaştırılması yapılmıştır.

Araştırma Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Veri toplama araçları

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği): Bu ölçek Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütleri temel alınarak geliştirilmiştir. Ölçek dikkatsizliği sorgulayan 9 madde, aşırı hareketliliği sorgulayan 6 madde, dürtüsellik sorgulayan 3 madde, karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 madde ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır. Türk toplumuna uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlik çalışması Ercan ve ark. tarafından 2001 yılında yapılmıştır.^[11]

Tablo 1. Örneklem grubu demografik ve hastalık ile ilişkili değişkenler

Değişkenler	DEHB+YBT (n=55)		DEHB (n=55)		p	
	Ort.±SS		Ort.±SS			
	n	%	n	%		
Yaş	9.40±2.44		7.85±1.88		t=3.708	0.000*
Cinsiyet						
Erkek	33	30	39	35.5	$\chi^2=1.447$	0.229
Kız	22	20	16	14.5		
DEHB alt tip						
Dikkat eksikliği	38	34.5	27	10	$\chi^2=4.550$	0.033*
Bileşik tip	17	24.5	28	25.5		

*Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; YBT: Yavaş Bilişsel Tempo; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; n: Sayı; %: Yüzdeler oran.

6–18 Yaş Grubu Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (Öğretmen Bilgi Formu=Teacher Report Form: TRF/6–18): 6–18 yaş grubu öğrencilerin okula uyumunu ve sorun davranışlarını öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda standart bir biçimde değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu ölçek duygusal ve davranışsal sorunları inceleyen maddeler içerir. Ölçek, okul ve öğrenci ile ilgili temel bilgilerin yanı sıra uyum işlevlerine yönelik bilgi sağlamaktadır. Öğretmen Bilgi Formu Achenbach tarafından 1991 yılında geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erol ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.^[12]

4–18 Yaş Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ=Child Behavior Checklist for ages 4–18, CBCL): ÇDDÖ, 4–18 yaş grubu çocuk ve gençlerin yeterlik alanları ve sorun davranışlarını anne babalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmek amacıyla Achenbach ve Edelbrock tarafından geliştirilen 20 yeterlik ve 118 problem maddesinden oluşan bir ölçektir. Sorun davranışlar son altı ayda görülme sıklık derecesine göre 0, 1 ve 2 olarak derecelendirilir ve maddeler çeşitli alt ölçekler içinde gruplandırılır. Ölçekten “İçe Yönelim” ve “Dışa Yönelim” gibi iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İçe yönelim grubunu ‘Sosyal içe Dönüklük, Somatik Yakınmalar, Anksiyete/Depresyon’, Dışa Yönelim grubunu ‘Suça Yönelik Davranışlar ve Saldırgan Davranışlar’ alt testlerinin toplamı oluşturmaktadır. Ayrıca her iki gruba da girmeyen Sosyal Sorunlar, Dikkat Sorunları ve Düşünce Sorunları alt ölçekleri de ölçekte yer almaktadır. Tüm alt ölçeklerin toplamından “Toplam Problem” puanı elde edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Erol ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.^[13]

Barkley’in Çocuk Dikkat Anketi (SCT Anketi): Bu anket 14 sorudan oluşmuş olup Russell Barkley tarafından geliştirilmiştir. Son iki soru işlevselliğin ev ya da okulda nasıl bozulduğu ile ilgili olup ilk 12 soru klinik görünüm ile ilişkilidir. Likert tipi sorulardan oluşan ankette puanlama şu şekildedir: 0: hiçbir zaman ya da nadiren 1: bazen 2: sık sık 3: oldukça sık. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik ve geçerliliği Ercan ve ark. tarafından gerçekleştirilmiştir.^[14]

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizler SPSS 18 kullanılarak yapılacaktır. Tüm tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma, ortanca ve çeyrekler arası aralık şeklinde gösterilecektir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi uygulanmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenecektir. Normal dağılıma uyan değişkenlerin analizinde Student’s t-test kullanırken, normal dağılıma uymayan değişkenler için Mann-Whitney U test kullanılacaktır. Değişkenlerin %95 güven aralığında incelenmesi planlanmış olup p<0.05 değeri anlamlı kabul edilecektir.

Bulgular

Araştırma grubu, 6–17 yaş aralığında 110 çocuktan oluşmaktadır. DEHB+YBT tanı grubu ile DEHB tanı grupları arasında cinsiyet dağılımı benzerdir (p>0.05). DEHB+YBT grubundaki olguların yaş ortalaması DEHB grubundaki olgulardan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05). DEHB tanısı alt tipleri açısından gruplar karşılaştırıldığında DEHB+YBT grubunda anlamlı oranda daha fazla DEHB-DEB alt tipi bulunduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 1).

Çalışma gruplarının klinik özelliklerinin araştırılması amacıyla ebeveynlerin doldurduğu ÇDDÖ ile öğretmenlerin doldurduğu ÖBF ölçekleri karşılaştırılmıştır. Hem ÇDDÖ hem de ÖBF alt ölçeklerinden içeyönelim ve sosyal içedönüklük alt ölçek puan ortalamaları DEHB+YBT grubunda DEHB grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05). Ebeveyn ÇDDÖ dışayönelim, suçayönelim ve saldırganlık altölçek puanları ise DEHB grubunda DEHB+YBT grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır (p<0.05). Benzer şekilde ÖBF, dışayönelim ve saldırganlık alt ölçek puanları DEHB grubunda DEHB+YBT grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 2 ve Tablo 3).

Tartışma

Yavaş bilişsel tempo, DEHB den farklı olarak yavaş hareket

Tablo 2. Tanı grupları arasındaki belirti dağılımının ebeveyn ÇDDÖ ile değerlendirilmesi

ÇDDÖ alt ölçek puanları	DEHB+YBT (n=55) Ort.±SS Ortanca (ÇA)	DEHB (n=55) Ort.±SS Ortanca (ÇA)	t/z	p
İçe yönelim	64.55±8.27	59.72±11.33	2.547	0.012*
İçe dönüklük	64 (12)	58 (14)	-3.794	0.000*
Somatizasyon	56 (14)	56 (8)	-1.608	0.108
Anksiyete/depresyon	62 (14)	61 (12)	-0.345	0.730
Dışa yönelim	53.02±11.19	58.87±11.23	-2.738	0.007*
Suçta yönelim	51 (9)	57 (19)	-3.068	0.020*
Saldırganlık	54 (12)	57 (14)	-2.000	0.045*
Sosyal sorun	64 (15)	60 (16)	-1.467	0.142
Düşünce sorunu	64 (11)	64 (11)	-0.879	0.380
Dikkat sorunu	68.27±10.15	66.15±7.76	1.235	0.220
Toplam sorun	62.44±9.00	62.64±10.26	-0.109	0.914

*Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). ÇDDÖ: Çocuk ve Genç Davranış Değerlendirme Ölçeği; DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; YBT: Yavaş Bilişsel Tempo; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler arası aralık.

Tablo 3. Tanı grupları arasındaki belirti dağılımının öğretmen ÖBF ile değerlendirilmesi

ÖBF alt ölçek puanları	DEHB+YBT (n=55) Ort.±SS Ortanca (ÇA)	DEHB (n=55) Ort.±SS Ortanca (ÇA)	t/z	p
İçe yönelim	62.09±8.85	57.15±9.92	2.704	0.008*
İçe dönüklük	63 (11)	55 (14)	-3.294	0.001*
Somatizasyon	50 (12)	50 (17)	-1.449	-1.449
Anksiyete/depresyon	59 (10)	58 (14)	-1.156	0.247
Dışa yönelim	53.55±8.16	59.63±9.31	-3.581	0.001*
Suçta yönelim	53 (10)	56 (10)	-1.528	0.127
Saldırganlık	53 (8)	59 (9)	-3.869	0.000*
Sosyal sorun	58 (13)	58 (15)	-0.311	0.756
Düşünce sorunu	58 (15)	58 (15)	-0.175	0.861
Dikkat sorunu	61 (11)	63 (10)	-1.415	0.157
Toplam sorun	59.58±7.27	61.84±7.83	-1.541	0.126

*Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). ÖBF: Öğretmen Bilgi Formu; DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; YBT: Yavaş Bilişsel Tempo; Ort.: Ortalama; SS: Standart sapma; ÇA: Çeyrekler arası aralık.

etme, yavaş düşünme, gündüz düşlerine dalma, zihnin dalgın olması ve sosyal ilişkilerde zayıflık gibi farklı belirti kümesine sahiptir. Bu çalışma YBT'nin eşlik ettiği ya da etmediği DEHB'si olan Türk çocuk ve ergenlerin klinik özelliklerini karşılaştıran tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte öncül bir araştırmadır. Çalışmanın, diğer çalışmalardan farklı olarak örnekleminin sadece DEHB ile DEHB+YBT tanılarını sahip çocuk ve ergenleri içermesi, eşlik eden psikiyatrik bozuklukların klinik görünümüne etkisini ortadan kaldırması nedeniyle önemlidir.

YBT'de, DEHB'ye benzer şekilde erkek cinsiyet egemenliğini olduğunu öne süren çalışmalarla beraber^[4,5] bu çalışmada olduğu gibi baskın bir cinsiyetle ilişkili olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.^[15-17] Çalışmamızda, DEHB+YBT tanı grubundaki çocukların yaş ortalaması diğer gruba göre istatis-

tiksel olarak anlamlı yüksek saptanmıştır. Bu sonuç diğer araştırmalarda da belirlenen YBT'nin DEHB'ye kıyasla daha ileri çocukluk yaşlarında tanı aldığı görüşünü desteklemektedir.^[4,5]

Yavaş bilişsel temponun, yapılan ilk çalışmalarda DEHB-DEB'in bir alt grubu olabileceği düşünülmüştür.^[18] Son dönem yapılan çalışmalar, YBT'nin DEHB'den ayrı bir bozukluk olduğunu düşündürmektedir.^[3-9] Mevcut yazın YBT'nin tek başına bulunabileceği gibi %30-60 oranında DEHB ile eşzamanlı bulunabileceğini göstermiştir.^[4] YBT'nin DEHB ile birliktelik durumlarında, DEHB-DEB ile diğer alt tiplere kıyasla çok daha sık bulunduğu bildirilmektedir.^[5-7,17] Bu araştırmada DEHB-DEB ve YBT birlikteliğinin yüksek olması mevcut yazını bu açıdan desteklemektedir.

YBT yazınının çoğunluğunda, YBT'yle içe yönelim belirtilerinin

yüksek oranda ilişkili olduğu gösterilmiştir.^[4] Becker ve ark. (2016) yakın zamanda yaptıkları meta-analizde, benzer şekilde YBT'nin de içe yönelim belirtileri pozitif bir ilişkisi olduğu, dışa yönelim belirtileriyle negatif ilişkili olduğu bildirilmiştir.^[5] Çalışmamızda saptanan içe yönelim belirti puanlarının YBT'nin eşlik ettiği çocuklarda anlamlı olarak yüksek iken, dışa yönelim belirtilerinin anlamlı olarak düşük olması bu araştırmalarının sonuçlarıyla uyumludur.

İçe yönelim belirtilerinin dağılımı bakıldığında; YBT'nin eşlik ettiği grupta sosyal içe dönüklük puanlarının hem ebeveyn hem de öğretmen gözlemlerinde tutarlı bir şekilde yüksek olduğu gözlemlenmektedir. Bu grupta sosyal sorun alt ölçek puanları diğer gruba benzer iken sosyal içe dönüklük puanlarının yüksek olması, bu çocukların inisiyatif alıp sosyal ilişkiyi başlatma ve ilişkiye katılım konusunda zorluklarının belirgin olduğunu düşündürmektedir. Mikami ve arkadaşları (2007) tarafından yapılan ilginç bir araştırmada sohbet odası simülasyonuna alınan YBT'li çocukların sosyal ipuçlarını anlama, ilişkiyi başlatma ve sorulara yanıt verme düzeyinin DEHB'li olgulara göre daha düşük olduğu gözlenmiştir.^[19] Yine YBT'li olgularda içe dönme, ihtiyaçlarını ifade edememe, utangaç görünüm, sosyal ipuçlarını yakalayamama gibi klinik bulgular saptanmıştır.^[5-9] Bu durumun YBT olgularında sosyal ilişkilerde kısıtlılığa ve sosyal işlevsellikte bozulmalara sebep olabileceği belirtilmektedir.^[7,19]

Sosyal işlevsellikte bozulma, DEHB'de de sık gözlenen ve beklenen bir durumdur.^[2] Ancak araştırmacılar, YBT ve DEHB'deki bozulma nedenlerinin birbirinden farklı ve hastalığa özgü olduğunu öne sürmektedir.^[5,6,17,20] Sosyal işlevsellikteki bozulmanın, DEHB ve karşıt olma karşıt gelme belirtilerine sahip çocuklarda sosyal uyarılara uygunsuz tepkiler verme, agresif davranışlar, kendini kontrol edememe ve akranlar tarafından dışlanma ile ilişkili olduğu, YBT belirtileri olan çocuklarda ise sosyal içe dönüklük ve sosyal izolasyon ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.^[20] YBT'su olan çocukların dışa yönelim ve saldırganlık puanlarının düşük olması bu görüşü destekleyen bulgulardan biri olabilir. Shaughency yaptığı araştırmada öğretmenlerin ve öğrencilerin kendi sınıfında bulunan öğrencileri popülerite, sosyal dışlanma gibi özelliklere göre oylamalarını istemiştir. Bu çalışmada dikkat sorunları ve ağırkanlı (sluggish) olma, arkadaş ilişkileri ile negatif ilişkili olarak bulunmuştur.^[21] YBT'yi DEHB'den ayıran en belirgin özellik sosyal beceri alanı gibi görünmektedir.

Yavaş kognitif tempoda tanılama sürecinde, hem ebeveyn den hem de öğretmenden ölçekler vasıtasıyla alınan bilgiler değerlendirilmekte ve tanı kriterlerinin geçerliliğini ev ve okul gibi farklı iki ortamda değerlendirilmeye çalışılmaktadır. Yapılan çalışmalar çoğunlukla öğretmen ve ebeveynler arasında belirti dağılımı açısından farklılıklar göstermektedir.^[3-9] Ancak bu çalışmada öğretmen ve ebeveynlerin ölçek puanlarının birbirleriyle oldukça tutarlı olduğunu gözlemledik ve belirtilerin süregelen olarak ev ve okul ortamında olduğunu belirledik. Ölçek değerlendirmelerinde saptanan tek fark, YBT'si olan çocukların ebeveyninin suça yönelim puanlarının öğretmenlere

göre daha yüksek olmasıydı. Bu sonuç, sosyal açıdan zorlukları olan bu çocukların kendilerini daha rahat hissettikleri ev ortamında riskli davranışları deneme sıklığının daha fazla olabileceğini düşündürmüştür.

Türk çocuk ve ergenlerde YBT 'in klinik özelliklerini değerlendiren bu öncül çalışmamızın, kısıtlılıkları mevcuttur. Birincil kısıtlılığımız, örneklem grubunun küçük olmasıdır. DEHB, %60-80 oranında eştanısı olan bir bozukluktur ve salt DEHB tanılı çocukları bulmak oldukça güçtür. Diğer kısıtlılığımız ise, salt YBT grubumuzun bulunmamasıdır. Araştırmamızın geriye dönük olması nedeniyle her iki örneklem grubunun genel ve sosyal işlevsellik düzeylerini değerlendirmek de mümkün olamamıştır.

Sonuç

Türk çocuk ve ergenlerde yavaş bilişsel temponun klinik özellikleri diğer ülkelerdeki YBT yazınıyla benzer özelliklere sahip gibi görünmektedir. YBT, kültürler arası geçerliliği olan yeni bir belirti kümesi olarak tanımlanabilir. Ancak "YBT'nin DEHB'nin bir alt tip mi yoksa farklı bir bozukluk mu olduğu" sorusu halen araştırılması gereken bir alandır.

Çıkar çatışması: Bildirilmemiştir.

Kaynaklar

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th. Washington, DC; 2013.
2. Barkley RA. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Clinical Handbook. 3rd. New York: The Guilford Press; 2005.
3. Saxbe C, Barkley RA. The second attention disorder? Sluggish cognitive tempo vs. attention-deficit/hyperactivity disorder: update for clinicians. J Psychiatr Pract 2014;20:38-49.
4. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. J Clin Child Adolesc Psychol 2013;42:161-73.
5. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, Jarrett MA, Langberg JM, Marshall SA, et al. The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016;55:163-78.
6. Becker SP. Topical review: sluggish cognitive tempo: research findings and relevance for pediatric psychology. J Pediatr Psychol 2013;38:1051-7.
7. Mueller AK, Tucha L, Koerts J, Groen Y, Lange KW, Tucha O. Sluggish cognitive tempo and its neurocognitive, social and emotive correlates: a systematic review of the current literature. J Mol Psychiatry 2014;2:5.
8. Marshall SA, Evans SW, Eiraldi RB, Becker SP, Power TJ. Social and academic impairment in youth with ADHD, predominately inattentive type and sluggish cognitive tempo. J Abnorm Child Psychol 2014;42:77-90.
9. Willcutt EG, Chhabildas N, Kinnear M, DeFries JC, Olson RK, Leopold DR, et al. The internal and external validity of sluggish cognitive tempo and its relation with DSM-IV ADHD. J Abnorm

- Child Psychol 2014;42:21–35.
10. Achenbach TM, Rescorla L. Multicultural understanding of child and adolescent psychopathology: Implications for mental health assessment. *J Youth Adolescence* 2008;37:488–491.
 11. Ercan ES, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2001;8:132–144.
 12. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. 1st. Ankara: Eksen tanıtım Ltd. Şti.; 1998.
 13. Erol N, Arslan BL, Akçakın M. The Adaptation and Standardization of the Child Behavior Checklist Among 6-18 Year Old Turkish Children. In: Sergeant J, editor. *Eunethdis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder*. Zürih: Fotoratar; 1995. p. 97–113.
 14. Fırat S, Ünsel Bolat G, Gül H, Baytunca MB, Kardaş B, Aysev A, et al. Barkley Child Attention Scale Validity Reliability Study. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. doi: 10.5350/DAJPN2018310306. [Epub ahead of print].
 15. Garner AA, Marceaux JC, Mrug S, Patterson C, Hodgens B. Dimensions and correlates of attention deficit/hyperactivity disorder and Sluggish Cognitive Tempo. *J Abnorm Child Psychol* 2010;38:1097–107.
 16. Lee S, Burns GL, Snell J, McBurnett K. Validity of the sluggish cognitive tempo symptom dimension in children: sluggish cognitive tempo and ADHD-inattention as distinct symptom dimensions. *J Abnorm Child Psychol* 2014;42:7–19.
 17. Rondon AT, Hilton DC, Jarrett MA, Ollendick TH. Sleep, Internalizing Problems, and Social Withdrawal: Unique Associations in Clinic-Referred Youth With Elevated Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Atten Disord* 2018:1087054718756197.
 18. Carlson CL, Mann M. Sluggish cognitive tempo predicts a different pattern of impairment in the attention deficit hyperactivity disorder, predominantly inattentive type. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2002;31:123–9.
 19. Mikami AY, Huang-Pollock CL, Pffiffer LJ, McBurnett K, Hangai D. Social skills differences among attention-deficit/hyperactivity disorder types in a chat room assessment task. *J Abnorm Child Psychol* 2007;35:509–21.
 20. Becker SP, Garner AA, Tamm L, Antonini TN, Epstein JN. Honing in on the Social Difficulties Associated With Sluggish Cognitive Tempo in Children: Withdrawal, Peer Ignoring, and Low Engagement. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2017:1–10. doi: 10.1080/15374416.2017.1286595. [Epub ahead of print].
 21. Skansgaard EP, Burns GL. Comparison of DSM-IV ADHD combined and predominantly inattention types: Correspondence between teacher ratings and direct observations of inattentive, hyperactivity/impulsivity, slow cognitive tempo, oppositional defiant, and overt conduct disorder symptoms. *Child & Family Behavior Therapy* 1998;20:1–14. doi: 10.1080/15374416.2017.1286595. [Epub ahead of print].