

Yavaş Bilişsel Tempo ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Benzerlikleri ve Farklılıkları

Sluggish Cognitive Tempo and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Similarities and Differences

© Gül Ünsel Bolat¹, © Hilmi Bolat², © Semiha Özgül³, © Serkan Süren⁴, © Kemal Utku Yazıcı⁵, © Ali Bacanlı⁶, © Hasan Akın Tahıllıoğlu⁷, © Erhan Parıltay⁸, © Haluk Akın⁸, © Eyüp Sabri Ercan⁷

¹Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

²Balıkesir Atatürk Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği, Balıkesir, Türkiye

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

⁴Medical Park Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Samsun, Türkiye

⁵Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Elazığ, Türkiye

⁶Başkent Üniversitesi, Zübeyde Hanım Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir, Türkiye

⁷Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

⁸Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Amaç: Yavaş bilişsel tempo (YBT) hayale dalışıp gitme, boş gözlerle bakma, kafası karışık ve şaşkın görünümde olma, yavaş hareket etme ve kolay yorulma gibi bulgularla karakterizedir. En önemli soru, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı ile ilişkisini nasıl değerlendirmemiz gerektiği olmuştur. Bu çalışmadaki amacımız ise DEHB ve YBT olgularının arasındaki davranışsal ve emosyonel farklılıkları saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya dahil edilen olgular klinik görüşme ve Atilla Turgay yıkıcı davranım bozuklukları için DSM-IV'ye dayalı Tarama ve Değerlendirme ölçeği, 4-18 Yaş Davranış Değerlendirme ölçeği, Barkley çocuk dikkat anketi ve öğretmen bilgi formu kullanılarak değerlendirildi. Pür DEHB grubuna 145 olgu, pür YBT grubuna 23 olgu, DEHB + YBT grubuna 71 olgu ve sağlıklı kontrol grubuna 92 olgu dahil edilmiştir. Bu 4 grup arasında aile ve öğretmen tarafından değerlendirilmiş ölçek puanları karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Hiperaktivite/dürtüsellik ve davranım bozukluğu semptomlarının değerlendirilmesinde hem aile hem de öğretmen puanlamasında DEHB grubu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla semptom taşımaktaydı ($p < 0,001$). Aile değerlendirmesinde YBT olgularının belirgin derecede farklılaştığı alanlar sosyal içe dönüklük ve düşünce sorunları iken, DEHB olgularının farklılaştığı alanlar ise somatik sorunlar ve suça yönelik davranışlar olmuştur. Öğretmen değerlendirmesinde DEHB semptomları varlığında saldırgan davranış, somatik sorunlar, sosyal sorunlar, dikkat sorunları ve dışa yönelim semptomlarının fazlalığı belirlendi ($p < 0,001$).

Sonuç: YBT semptomlarına sahip olgular sosyal içe dönüklük konusunda, DEHB olguları saldırgan davranış ve suça yönelik davranış sorunları açısından zorluk yaşamaktadır. YBT olgularının sosyal içe dönüklük göstermelerinin sebebi sosyal fobik özellikler mi yoksa sosyal iletişime olan isteksizlik ya da sosyal ipuçlarını anlayamama mıdır sorusunun cevabı uygun tedavi edici yöntemlerin gelişmesine yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yavaş bilişsel tempo, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, Davranış Değerlendirme ölçeği, sosyal içe dönüklük

ÖZ

ABSTRACT

Objectives: Sluggish cognitive tempo (SCT) is characterized by daydreaming, staring blankly, mental confusion, and hypoactivity. The most important question is how we should evaluate its relationship with the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Our aim in this study is to determine the behavioral and emotional differences between ADHD and SCT cases.

Materials and Methods: The cases included in the study were evaluated using the Atilla Turgay DSM-IV-based child and adolescent disruptive behavioral disorders Screening and Rating scale, child behavior checklist, Barkley child attention survey and teacher rating form. Among 4 groups (145 cases in the only ADHD group, 23 cases in the only SCT group, 71 cases in the ADHD + SCT group, 92 cases in the healthy controls), Rating scale scores evaluated by families and teachers were compared.

Results: The ADHD group had more symptoms in the evaluation of symptoms of hyperactivity/impulsivity and conduct disorder in both family and teacher scores ($p < 0.001$). In the family assessment, the areas where SCT cases differed significantly were social withdrawal and thought problems, while the areas where ADHD cases differed were somatic problems and delinquent behaviors. In the evaluation of teachers

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Öğr. Üyesi Gül Ünsel Bolat, Balıkesir Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Balıkesir, Türkiye

Tel.: +90 541 626 29 53 E-posta: gul.unsel.bolat@gmail.com ORCID: orcid.org/0000-0002-4574-421X

Geliş Tarihi/Received: 30.06.2020 Kabul Tarihi/Accepted: 12.07.2020

©Telif Hakkı 2020 Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği / Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, Galenos Yayınevi tarafından yayınlanmıştır.



ABSTRACT

report, the presence of ADHD symptoms was associated with aggressive behavior, somatic problems, social problems, attention problems, and externalizing symptoms were determined.

Conclusion: Patients with the symptoms of SCT have difficulties with socially withdrawn and ADHD cases have difficulties in terms of aggression and delinquent behavior problems. The answer to the question of whether or not the reason that the SCT cases show social withdrawal is social phobic features, or reluctance to social communication, or failure to understand social cues will help develop appropriate therapeutic methods.

Keywords: Sluggish cognitive tempo, attention deficit hyperactivity disorder, Child Behavior checklist, social withdrawn

Giriş

Yavaş bilişsel tempo (YBT) hayale dalıp gitme, boş gözlerle bakma, kafası karışık ve şaşkın görünümde olma, yavaş hareket etme ve kolay yorulma gibi bulgularla karakterizedir ve toplumda sıklığı epidemiyolojik çalışmalarda %11 olarak bildirilmiştir.¹ Becker ve ark.'nın² 19.000 çocuk ve yetişkini dahil ederek gerçekleştirdikleri bir meta-analiz çalışmasında faktör analizi ile belirledikleri 13 semptomun dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı ile değil yalnızca YBT ile ilişkili olduğunu saptamışlardır. Bu semptomları ve benzerlerini ölçen çeşitli ölçekler geliştirilmiştir.³⁻⁵ Bu ölçeklerden Barkley tarafından YBT bulgularını ölçmek amacıyla geliştirilen Barkley çocuk dikkat anketi dilimize de çevrilip geçerlilik ve güvenilirliği gösterilmiştir.⁶ Her ne kadar YBT semptomlarını araştıran çalışmalar 2000'li yıllardan sonra artış göstermiş olsa da bu bulguların DEHB tanısı kapsamında değerlendirilmesi çok daha eski yıllara dayanmaktadır. 1980'li yıllarda mental bozuklukların tanısallık ve istatistiksel el kitabı (DSM) çalışmaları sırasında hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği alt grubu tanımlanmaya çalışılırken YBT semptomları araştırılmıştır.⁷ YBT bulgularının, hiperaktivitenin eşlik etmediği yalnızca dikkat eksikliği olan olgularda bulunduğu düşünülerek bu semptomlar araştırılmış olsa da bu semptomların dikkat eksikliği bulgularından farklılaştığı saptanarak DSM'deki dikkatsizlik kriterlerine dahil edilmemiştir. Günümüzde yapılan çalışmalar da aynı şekilde bu bulguların dikkat eksikliği bulgularından farklı bir gruplaşma gösterdiğini vurgulamaktadır.⁸⁻¹⁰

DEHB ve YBT semptomları gelişimsel ve kalıtsal özellikler açısından da birbirinden farklılaşmaktadır. Bilindiği gibi hiperaktivite/dürtüsellik semptomları yaşla birlikte azalırken, dikkat eksikliği bulguları daha uzun süre varlığını korumakta, YBT bulgularının ise yaşla birlikte artış gösterdiği bildirilmektedir.⁹ Kalıtsallık düzeyini araştıran bir ikiz çalışmasında hiperaktivite/dürtüsellik semptomlarının en fazla kalıtsallık gösteren semptom grubu olduğu, dikkat eksikliğinin 2. sırada olduğu ve YBT bulgularının en az kalıtsallık gösteren grup olduğu vurgulanmıştır.¹¹ YBT semptomlarının DEHB semptomlarına göre daha az kalıtsallık gösterdiği ve daha çok çevresel faktörlerden etkilendiği Moruzzi ve ark.¹¹ tarafından bildirilmiş olmakla birlikte, literatürde YBT semptomları ile ilişkisi bildirilen çevresel faktörler prenatal alkol maruziyeti, beyin tümörü ya da akut lenfoblastik lösemi tedavisi almış olmak olarak bildirilmiştir.¹²⁻¹⁴

Genetik açıdan incelendiğinde, Faraone ve ark.¹⁵ tarafından yapılan literatür değerlendirmesinde, DEHB tanısında belirteç olma aşamasında en iyi adaylar olarak *DAT1* ve *DRD4* genleri

tekrar sayısı değişiklikleri belirlenmiştir. Çalışma grubumuz tarafından pür DEHB, pür YBT, DEHB + YBT olguları ve sağlıklı kontroller olmak üzere 4 grup *DAT1* geni ve *DRD4* geni tekrar sayıları açısından karşılaştırılmıştır.¹⁶ YBT semptomları taşıyan olgular DEHB semptomları taşıyan olgulardan farklı olarak *DRD4* geni 3. ekzonda anlamlı düzeyde daha fazla 7R alleli taşımaktaydı. Literatürdeki DEHB ve genetik çalışmaları incelendiğinde ise *DRD4* geni 3. ekzonda 7R alleleline sahip olan DEHB olgularının metilfenidat yanıtının düşük olduğu ve metilfenidat ile daha fazla yan etki gösterdikleri belirtilmiştir. Bu genetik altyapıya sahip olguların kusurlu bir dopamin reseptörü sentezlediği ve bu nedenle metilfenidata yeterli yanıt alınmadığı görüşü savunulmuştur.¹⁷ Sonuç olarak, bu genetik altyapıya sahip olguların DEHB olguları içerisinde farklı bir alt grup olabileceği düşünülmüştür. Bu hipotez ile uyumlu şekilde literatürde YBT olgularının da metilfenidata azalmış yanıt gösterdiği,^{18,19} atomoksetin ile klinik iyileşme sağlandığını gösteren çalışmalar mevcuttur.^{20,21}

Nöropsikolojik test sonuçları açısından DEHB ve YBT karşılaştırmasını yaptığımız çalışmalarda YBT eşlik eden DEHB grubu yalnızca DEHB tanısı alan olgular ile karşılaştırıldığında dikkati kaydırma ve sürekli performans testlerinde bozulma göstermiştir.²² YBT olgularını sadece dikkatsizlik semptomlarına sahip olan DEHB olgularıyla karşılaştırdığımızda ise, YBT bellek sorunları ile yakından ilişkili iken dikkatsizlik semptomları uzamış reaksiyon/tepki süresi ile ilişkilendirilmiştir.²³ Yazında özellikle DEHB için yanıt inhibisyonu, işleyen bellek ve reaksiyon süresi değişkenliğini vurgulanırken, YBT için seçici dikkat ya da sürdürülebilir dikkat ve uzamsal bellek sorunlarını vurgulayan çalışmalar bulunmaktadır.² Yaptığımız çalışmalarda ve literatürdeki çalışmalarda nöropsikolojik test sırasında YBT olguları psikomotor hız süreleri açısından bozulma göstermemiştir.

Yapılan fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarında YBT semptomlarına sahip olgularda sol superior parietal lobda hipoaktivite saptanmış olup dikkati kaydırmada bozulma ile ilişkilendirilmiştir.²⁴ Epidemiyolojik bir diğer çalışmada ise beyin gri maddesi anatomik ve fonksiyonel olarak incelenmiştir. YBT semptomlarına sahip grubun frontal lob bölgelerinin anatomik olarak daha büyük olduğu, fonksiyonel olarak ise dorsal frontal bölge ile posterior singulat korteks arasındaki sinyal iletiminin sağlıklı kontrollere göre farklılaştığı vurgulanmıştır.²⁵ Bizim yayınladığımız çalışmada ise diffüzyon tensör görüntüleme yöntemi ile beyin beyaz maddesini değerlendirdiğimizde, YBT semptomlarına sahip olgularda internal kapsül gibi motor yollarda ve fornix gibi bilişsel uyandırma ile ilişkili bölgelerde sağlıklı kontrollere göre farklılaşma belirlenmiştir.²⁶

YBT birçok yönden araştırılan güncel bir konu olma özelliğini sürdürürken en önemli soru DEHB ile ilişkisini nasıl değerlendireceğimiz olmuştur. Şimdiye kadar yapılan çalışmalar YBT ve DEHB'nin farklı, fakat birbirine sıklıkla eşlik eden bozukluklar olduğunu göstermektedir. Toplum temelli çalışmalarda YBT olgularının %59'una DEHB'nin eşlik ettiği, DEHB olgularının ise %39'una YBT'nin eşlik ettiği gösterilmiştir.^{8,27} Farklılıkların net bir şekilde ortaya konulabilmesi için ise pür YBT ve pür DEHB olgu gruplarını karşılaştıran çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Mevcut çalışmadaki amacımız ise pür DEHB, pür YBT, DEHB + YBT olguları ve sağlıklı kontroller olmak üzere 4 grup arasında davranışsal ve emosyonel özellikleri karşılaştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıkları polikliniğine başvuran 8-15 yaş arasındaki olgular çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmadan dışlanma kriterleri şu şekildeydi: 1) Örgün eğitime devam etmiyor olması, 2) Klinik görüşmede saptanan herhangi bir düzeyde zihinsel yetersizliğinin olması, 3) Herhangi bir nörolojik hastalığı ya da beyin travma öyküsü olması, 5) Alkol ya da madde kullanım bozukluğu olması.

Çalışmaya dahil edilecek olgu gruplarının seçilebilmesi için başvuruda bulunan bütün ailelere Davranış Değerlendirme ölçeğinden seçilmiş 4 maddelik kısa YBT tarama anketi ve Atilla Turgay yıkıcı davranım bozuklukları için DSM-IV'ye Dayalı Tarama ve Değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Kısa YBT anketinde bulunan davranış değerlendirme ölçeğinden elde edilen 4 madde şu şekildeydi: 1) Kafası karışık, şaşkın görünür, 2) Hayale dalgıncı, kendini unuttur, 3) Boş gözlerle uzun uzun bakar, 4) Hareketsiz ve yavaştır, enerjik değildir. Dört maddenin toplam puanı olan 8 puan üzerinden en az 3 puan alan olgular YBT tanısını değerlendirme amaçlı çalışmada görev alan çocuk psikiyatri hekimleri tarafından ilk klinik görüşmeye alındı ve çalışma hakkında bilgi verildi. Benzer şekilde DEHB ölçeğinden de eşik üstü puan alan olgular tanısız değerlendirme amacıyla çocuk psikiyatri hekimleri tarafından ilk klinik görüşmeye alındı ve çalışma hakkında bilgi verildi.

Yapılan görüşmede YBT ya da DEHB ön tanısı alan olguların ailelerinin Barkley'in çocuk dikkat anketi ve Çocuk Davranış Değerlendirme ölçeği (ÇDDÖ) ile öğretmen tarafından değerlendirilen öğretmen bilgi formunun (ÖBF) ve Atilla Turgay yıkıcı davranım bozuklukları için DSM-IV'ye Dayalı Tarama ve Değerlendirme ölçeği tamamlanması istenilerek kesin tanısının konulabilmesi için Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan tarafından ikinci klinik görüşmeye alınmıştır. Yapılan görüşmeler sonucunda olgular DEHB, YBT + DEHB, YBT ve sağlıklı kontrol olmak üzere 4 gruba ayrılmıştır.

Değerlendirme Ölçekleri

1) Atilla Turgay Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-IV'ye Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği: DSM-IV ölçütlerinin anlamları değiştirilmeden soru şekline dönüştürülmesi şeklinde Atilla Turgay tarafından geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır. Ölçek, dikkat eksikliğini sorgulayan

9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüsellik sorgulayan 3, karşıt olma karşı gelme bozukluğunu (KOKGB) sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 madde olmak üzere toplam 41 maddeden oluşmaktadır. DEHB tanısı düşünülen çocukların anne, baba veya öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Her madde için 0= yok, 1= biraz, 2= fazla, 3= çok fazla seçenekleri bulunmaktadır. Dikkat eksikliğinden söz edebilmek için bu belirti ile ilişkili 9 maddeden en az 6'sı 2 ya da 3 olarak; hiperaktivite/dürtüsellik varlığı için bu belirti ile ilişkili 9 maddeden en az 6'sı 2 ya da 3 olarak puanlanmış olmalı ve en az 6 ay boyunca sürmelidir. Ölçeğin Türkçe formunun çalışması Ercan ve ark.²⁸ tarafından yapılmıştır. Çalışma sonucunda yıkıcı davranım bozuklukları için DSM-IV'ye Dayalı Tarama ve Değerlendirme ölçeğinin alt ölçekler düzeyinde gerçekleştirilen analizleri güvenilir ve geçerli bulunmuş, tanı ve tarama amacıyla yardımcı olabilecek ayrıntılı bir ölçek olduğu belirtilmiştir.

2) ÇDDÖ: Çocuk ve gençlerin genel yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını aileden elde edilen bilgiler doğrultusunda belirlemek için Achenbach ve Edelbroch²⁹ tarafından geliştirilmiş olan bir davranış değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçeye çevirisi ülkemizde Akçakın ve Savaşır tarafından 1983 yılında yapılmıştır, standardizasyon çalışmalarını Erol ve ark.³⁰ yapmıştır. Türkçe çevirisinin geçerlilik ve güvenilirliği ülkemizde gösterilmiştir. İçerik yönelim ve dışa yönelim ana puanlarının dışında, içe dönüklük, anksiyete/depresyon, somatik problemler, sosyal problemler, düşünce bozuklukları, agresyon, dikkat problemleri, suça yönelik davranış alt puanları da ölçekle değerlendirilebilmektedir.

3) Barkley Çocuk Dikkat Anketi: Russell Barkley tarafından 2013 yılında oluşturulan Barkley çocuk dikkat anketi 12 maddeden oluşmaktadır. Ek olarak, 2 maddede bulguların başlangıç yaşı ve hangi alanlarda işlevde bozulmaya yol açtığı sorgulanmaktadır. Bu ölçek YBT olgularını değerlendirme amacıyla geliştirilmiştir ve her madde 4'lü Likert tipi ölçek ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçeye çevirisi çalışma grubumuz tarafından yapılmıştır. Türkçeye çevirisi İngilizce metne kör iki hekim tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiş; orijinal İngilizce ve geri çevrilmiş İngilizce formlarının gözden geçirilmesinin ardından Türkçe çevirisi tekrar düzenlenmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir.⁶

4) ÖBF: Beş-18 yaş grubu öğrencilerin okula uyumunu ve sorun davranışlarını öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda standart bir biçimde değerlendirebilmek amacıyla Achenbach tarafından 1991 yılında geliştirilmiştir.³¹ Ölçek, okul ve öğrenci ile ilgili temel bilgilerin yanı sıra uyum işlevlerine yönelik bilgi sağlar. Uyum işlevleri bölümü "okul başarısı, sıkı çalışma, uygun davranışlar, öğrenme ve mutluluğa" yönelik alt testlerden oluşur ve bu alt testler toplamından toplam uyum puanı elde edilir. Ölçeğin ikinci bölümü sorun davranışları sorgular. Bu bölüm sonunda içe yönelim ve dışa yönelim için iki ayrı davranış puanı elde edilir. İçe yönelim belirtileri, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete ve depresyon alt testlerinden oluşur. Dışa yönelim belirtileri suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar alt testinin toplamından oluşmaktadır.

Bunun yanı sıra her iki gruba da girmeyen sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları da ölçekte yer almaktadır. Bu alt testlerin toplamından ise toplam problem puanı elde edilmektedir. ÖBF'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Erol ve ark.³⁰ tarafından yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada nümerik veriler ortalama, standart sapma, medyan, minimum, maksimum değerleri kullanılarak IBM SPSS Statistics 25.0 (IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY: IBM Corp.) paket programı yardımıyla özetlenmiştir. Tüm analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir. Nicel değişkenlerde normallik varsayımı karşılaştırma yapılacak gruplarda ayrı ayrı Shapiro-Wilk testi ile kontrol edilmiştir. Buna göre gruplar arasında nicel değişkenler Kruskal-Wallis testi ile karşılaştırılmıştır. Kruskal-Wallis sonrası çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile yapılmış ve Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

Bulgular

Çalışmada pür DEHB, pür YBT, DEHB + YBT olguları ve sağlıklı kontroller olmak üzere 4 grup arasında aile ve öğretmen tarafından değerlendirilmiş dikkatsizlik, hiperaktivite/dürtüsellik, KOKGB ve davranım bozukluğu semptomları ile sosyal içe dönüklük, somatik sorunlar, anksiyete/depresyon, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, suça yönelik davranış, saldırgan davranış, içe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorun puanları karşılaştırılmıştır.

Aile ve öğretmen dikkatsizlik, hiperaktivite/dürtüsellik, KOKGB, davranım bozukluğu semptom sayıları ve skorlarının ortalama, ortanca, en küçük ve en yüksek değerleri ile grup karşılaştırmaları ve p değerleri Tablo 1'de verilmiştir. Gruplar arası karşılaştırmalardaki anlamlılık düzeylerine bakıldığında, aile dikkatsizlik semptom sayısı, öğretmen dikkatsizlik semptom sayısı ve skorları pür DEHB olgularında pür YBT olguları ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,001$). Aile dikkatsizlik semptom skorları ise pür DEHB, YBT + DEHB, pür YBT tanı gruplarının hepsinde sağlıklı kontrollere göre fazlaydı. Aile hiperaktivite/dürtüsellik semptom sayıları ve öğretmen hiperaktivite/dürtüsellik skorları pür DEHB grubu için en yüksek düzeydeyken ($p < 0,001$), pür YBT grubu için bu değerler sağlıklı kontrollerden istatistiksel olarak fark göstermedi ($p > 0,005$). Aile ve öğretmen KOKGB semptom değerlendirmelerine bakıldığında, her 3 tanı grubu da sağlıklı kontrollerden daha yüksek değerlere sahip olsa da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde en yüksek KOKGB semptomlarına sahip olan DEHB + YBT grubuydu ($p < 0,001$). Davranım bozukluğu semptomları incelendiğinde ise aile ve öğretmen semptom sayı ve skorları değerlendirilmesinde pür DEHB ve DEHB + YBT gruplarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla olduğu belirlendi ($p < 0,001$).

Gruplar arasındaki ÇDDÖ alt ölçekleri açısından istatistiksel anlamlılıklar değerlendirildiğinde; pür YBT ve DEHB + YBT grupları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla sosyal içe dönüklük ve düşünce sorunları, pür DEHB ve DEHB + YBT

grupları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla somatik sorunlar ve suça yönelik davranış, pür DEHB, pür YBT ve DEHB + YBT tanı gruplarının hepsi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla anksiyete/depresyon, dikkat sorunları ve sosyal sorunlar, saldırgan davranış semptomları göstermekteydi ($p < 0,001$). İçe yönelim, dışa yönelim ve toplam sorunlar bütün tanı grupları için sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazlaydı ($p < 0,001$). Her grup için ÇDDÖ alt ölçeklerinin ortalama, ortanca, en küçük ve en yüksek değerleri ile grup karşılaştırmaları Tablo 2'de verilmiştir.

Gruplar arasındaki ÖBF alt ölçekleri açısından istatistiksel anlamlılıklar değerlendirildiğinde; pür DEHB, pür YBT ve DEHB + YBT tanı gruplarının hepsi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla sosyal içe dönüklük, anksiyete/depresyon, düşünce sorunları ve içe yönelim semptomları, pür DEHB grubu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla saldırgan davranış, pür DEHB ve DEHB + YBT grupları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla somatik sorunlar, sosyal sorunlar, dikkat sorunları, suça yönelik davranış, dışa yönelim ve toplam sorun puanlarına sahipti ($p < 0,001$). Her grup için ÖBF alt ölçeklerinin ortalama, ortanca, en küçük ve en yüksek değerleri ile grup karşılaştırmaları Tablo 2'de verilmiştir.

Tartışma

YBT ve DEHB tanılarının farklılaştığı alanları saptamak amacıyla pür DEHB, pür YBT, DEHB + YBT gruplarını sağlıklı kontrollerle klinik özelliklerine göre karşılaştırdığımız çalışmamızda, hiperaktivite/dürtüsellik ve davranım bozukluğu semptomlarının değerlendirilmesinde hem aile hem de öğretmen puanlamasında DEHB grubu istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fazla semptom taşımaktaydı. KOKGB semptomları incelendiğinde ise hem aile hem öğretmen değerlendirmesinde, hem DEHB hem de YBT tanı grupları fazla sayıda semptom sayısı ve skorlarına sahipti. ÇDDÖ alt ölçeklerine bakıldığında, aile değerlendirmesinde YBT olgularının belirgin derecede farklılaştığı alanlar sosyal içe dönüklük ve düşünce sorunları iken, DEHB olgularının farklılaştığı alanlar ise somatik sorunlar ve suça yönelik davranışlar olarak saptandı. ÖBF ile öğretmen değerlendirmesi incelendiğinde ise DEHB semptomları varlığında saldırgan davranış, somatik sorunlar, sosyal sorunlar, dikkat sorunları ve dışa yönelim semptomlarının fazlalığı belirlendi.

Çalışmamızda YBT olguları hiperaktivite/dürtüsellik ve davranım sorunları açısından aile ve öğretmen değerlendirmesinde sağlıklı kontrollere benzer özellikler göstermekteydi. YBT semptomlarının iç ve dış geçerliliğini araştıran meta-analiz çalışmasında, YBT semptomlarının DEHB ve diğer psikiyatrik hastalıklardan farklı olduğu ve dikkatsizlik semptomları ve içe yönelim semptomları ile yakından ilişkili olduğu gösterilmiştir.² Literatürde YBT semptomları dikkatsizlik ile yakından ilişkili iken, dışa yönelim semptomları ile ilişkili değil ya da zıt yönde ilişkili olarak belirlenmiştir.^{3,10,32,33} Çalışmamızın sonuçlarında, literatürle uyumlu şekilde, YBT semptomları hiperaktivite/dürtüsellik ve davranım sorunları ile ilişkili değil iken, dikkatsizlik

Tablo 1. Atilla Turgay yıkıcı davranım bozuklukları için DSM-IV'ye dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması

| | Sağlıklı kontrol | | | | | DEHB | | | | | | | |
|----------|-------------------------------------|----------|---------|-----|------|------|------|----------|---------|-----|------|----|------|
| | n | ortalama | ortanca | min | maks | SS | n | ortalama | ortanca | min | maks | SS | |
| Aile | Dikkatsizlik semptom sayısı | 92 | 0,34 | 0 | 0 | 4 | 0,90 | 145 | 6,35 | 7 | 0 | 9 | 2,24 |
| | Dikkatsizlik semptom skoru | 92 | 0,71 | 0 | 0 | 8 | 1,88 | 145 | 14,68 | 15 | 0 | 27 | 5,62 |
| | Hiperaktivite semptom sayısı | 92 | 0,21 | 0 | 0 | 3 | 0,60 | 145 | 4,39 | 4 | 0 | 9 | 3,12 |
| | Hiperaktivite semptom skoru | 92 | 0,45 | 0 | 0 | 7 | 1,28 | 145 | 10,14 | 10 | 0 | 27 | 7,74 |
| | KOKGB semptom sayısı | 92 | 0,17 | 0 | 0 | 3 | 0,56 | 145 | 1,66 | 0 | 0 | 8 | 2,39 |
| | KOKGB semptom skoru | 92 | 0,38 | 0 | 0 | 7 | 1,24 | 145 | 3,87 | 0 | 0 | 22 | 5,77 |
| | DB semptom sayısı | 92 | 0,02 | 0 | 0 | 2 | 0,20 | 145 | 0,23 | 0 | 0 | 5 | 0,75 |
| | DB semptom skoru | 92 | 0,04 | 0 | 0 | 4 | 0,41 | 145 | 0,51 | 0 | 0 | 12 | 1,72 |
| | Dikkatsizlik semptom sayısı | 92 | 0,26 | 0 | 0 | 4 | 0,72 | 145 | 6,65 | 7 | 0 | 9 | 2,16 |
| | Dikkatsizlik semptom skoru | 92 | 0,52 | 0 | 0 | 8 | 1,44 | 145 | 15,41 | 16 | 0 | 27 | 5,57 |
| | Hiperaktivite semptom sayısı | 92 | 0,21 | 0 | 0 | 4 | 0,62 | 145 | 4,37 | 4 | 0 | 9 | 3,08 |
| | Hiperaktivite semptom skoru | 92 | 0,43 | 0 | 0 | 8 | 1,25 | 145 | 10,14 | 9 | 0 | 27 | 7,82 |
| | KOKGB semptom sayısı | 92 | 0,05 | 0 | 0 | 1 | 0,22 | 145 | 1,37 | 0 | 0 | 8 | 2,38 |
| | KOKGB semptom skoru | 92 | 0,10 | 0 | 0 | 2 | 0,45 | 145 | 3,24 | 0 | 0 | 23 | 5,80 |
| Öğretmen | DB semptom sayısı | 92 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 145 | 0,24 | 0 | 0 | 5 | 0,92 |
| | DB semptom skoru | 92 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 145 | 0,57 | 0 | 0 | 14 | 2,31 |

SK: Sağlıklı kontrol, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, YBT: Yavaş bilişsel tempo, DB: Davranım bozukluğu, min: Minimum, maks: Maksimum, SS: Standart sapma

Tablo 1. Devamı

| YBT | | DEHB + YBT | | | | | | | | | | p | Grup karşılaştırılması | |
|------------|-----------------|-------------------|------------|-------------|-----------|----------|-----------------|----------------|------------|-------------|-----------|----------|--|---------------------------------------|
| n | ortalama | ortanca | min | maks | SS | n | ortalama | ortanca | min | maks | SS | | | |
| 22 | 3,63 | 3 | 0 | 9 | 2,68 | 71 | 5,87 | 7 | 0 | 9 | 2,75 | <0,001 | SK < YBT & DEHB + YBT & DEHB | YBT < DEHB |
| 22 | 12,31 | 10,5 | 3 | 25 | 6,29 | 71 | 16,76 | 17 | 1 | 27 | 6,22 | <0,001 | SK < YBT & DEHB & DEHB + YBT | - |
| 22 | 1,09 | 0 | 0 | 9 | 2,04 | 71 | 2,53 | 2 | 0 | 9 | 2,37 | <0,001 | SK & YBT < DEHB | DEHB + YBT < DEHB |
| 22 | 4,81 | 3 | 0 | 25 | 5,56 | 71 | 8,59 | 8 | 0 | 21 | 5,85 | <0,001 | SK < YBT & DEHB + YBT & DEHB | - |
| 22 | 1,22 | 0 | 0 | 8 | 2,02 | 71 | 1,98 | 2 | 0 | 8 | 1,99 | <0,001 | SK < DEHB & YBT & DEHB + YBT | DEHB < DEHB + YBT |
| 22 | 4,72 | 3 | 0 | 21 | 5,21 | 71 | 6,73 | 6 | 0 | 21 | 4,76 | <0,001 | SK < DEHB & YBT & DEHB + YBT | DEHB < DEHB + YBT |
| 22 | 0,04 | 0 | 0 | 1 | 0,21 | 71 | 1,18 | 0 | 0 | 3 | 0,61 | 0,017 | SK < DEHB | - |
| 22 | 0,31 | 0 | 0 | 4 | 0,89 | 71 | 0,94 | 0 | 0 | 9 | 1,94 | <0,001 | SK & DEHB < DEHB + YBT | - |
| 23 | 2,39 | 3 | 0 | 7 | 2,36 | 68 | 5,04 | 6 | 0 | 9 | 3,35 | <0,001 | SK & YBT < DEHB + YBT < DEHB | - |
| 23 | 8,34 | 9 | 1 | 17 | 5,25 | 68 | 15,02 | 16,5 | 0 | 27 | 7,04 | <0,001 | SK < YBT < DEHB + YBT & DEHB | - |
| 23 | 0,08 | 0 | 0 | 1 | 0,28 | 68 | 1,07 | 0 | 0 | 9 | 2,23 | <0,001 | SK < DEHB | YBT & DEHB + YBT < DEHB |
| 23 | 0,95 | 0 | 0 | 6 | 1,71 | 68 | 4,55 | 3 | 0 | 22 | 5,37 | <0,001 | SK & YBT < DEHB + YBT < DEHB | - |
| 23 | 0,34 | 0 | 0 | 4 | 0,93 | 68 | 1,07 | 0 | 0 | 8 | 2,14 | <0,001 | SK < DEHB + YBT & DEHB | - |
| 23 | 1,86 | 0 | 0 | 13 | 3,20 | 68 | 4,22 | 3 | 0 | 21 | 5,30 | <0,001 | SK < YBT & DEHB & DEHB + YBT | DEHB < DEHB + YBT |
| 23 | 0,00 | 0 | 0 | 0 | 0,00 | 68 | 0,33 | 0 | 0 | 4 | 0,92 | 0,001 | SK < DEHB & DEHB + YBT | - |
| 23 | 0,21 | 0 | 0 | 3 | 0,67 | 68 | 1,17 | 0 | 0 | 14 | 2,67 | <0,001 | SK & DEHB < DEHB + YBT | - |

Tablo 2. Davranış değerlendirme ölçeği ve öğretmen bilgi formu alt ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılması

| | Sağlıklı kontrol | | | | | DEHB | | | | | | |
|---------------------------------|------------------|----------|---------|-----|------|-------|-----|----------|---------|-----|------|-------|
| | n | ortalama | ortanca | min | maks | SS | n | ortalama | ortanca | min | maks | SS |
| Sosyal içe dönüklük | 91 | 51,21 | 50 | 50 | 74 | 3,82 | 144 | 56,81 | 54 | 50 | 79 | 7,80 |
| Somatik sorunlar | 91 | 51,50 | 50 | 50 | 67 | 3,42 | 144 | 58,06 | 56 | 50 | 83 | 7,84 |
| Anksiyete/depresyon | 91 | 51,48 | 50 | 50 | 75 | 4,59 | 144 | 59,04 | 58,5 | 50 | 79 | 8,05 |
| Sosyal sorunlar | 91 | 50,62 | 50 | 50 | 62 | 2,14 | 144 | 57,50 | 56 | 50 | 79 | 7,66 |
| Düşünce sorunları | 91 | 51,42 | 50 | 50 | 68 | 3,97 | 144 | 57,85 | 57 | 50 | 76 | 7,52 |
| Dikkat sorunları | 91 | 50,78 | 50 | 50 | 67 | 2,74 | 144 | 63,30 | 63 | 50 | 84 | 7,85 |
| Suça yönelik davranış | 91 | 50,51 | 50 | 50 | 64 | 2,11 | 144 | 50,06 | 54 | 50 | 75 | 7,03 |
| Saldırgan davranış | 91 | 50,47 | 50 | 50 | 60 | 1,81 | 144 | 58,77 | 56,5 | 50 | 85 | 8,80 |
| İçe yönelim | 91 | 39,90 | 37 | 31 | 75 | 9,75 | 144 | 57,46 | 59 | 32 | 82 | 10,99 |
| Dışa yönelim | 91 | 37,03 | 33 | 30 | 59 | 7,46 | 144 | 55,59 | 56 | 30 | 76 | 11,53 |
| Aile Toplam sorunlar | 91 | 35,28 | 33 | 23 | 66 | 10,24 | 144 | 58,88 | 59,5 | 32 | 77 | 10,26 |
| Sosyal içe dönüklük | 92 | 50,32 | 50 | 50 | 58 | 1,29 | 145 | 54,66 | 51 | 50 | 90 | 6,36 |
| Somatik sorunlar | 92 | 50,80 | 50 | 50 | 67 | 3,02 | 145 | 53,44 | 50 | 50 | 74 | 6,32 |
| Anksiyete/depresyon | 92 | 50,88 | 50 | 50 | 71 | 2,85 | 145 | 56,75 | 55 | 50 | 74 | 6,40 |
| Sosyal sorunlar | 92 | 50,55 | 50 | 50 | 63 | 1,78 | 145 | 58,27 | 58 | 50 | 91 | 7,82 |
| Düşünce sorunları | 92 | 50,79 | 50 | 50 | 65 | 2,67 | 145 | 56,09 | 50 | 50 | 75 | 7,36 |
| Dikkat sorunları | 92 | 50,28 | 50 | 50 | 57 | 1,05 | 145 | 58,42 | 57 | 50 | 84 | 7,01 |
| Suça yönelik davranış | 92 | 50,26 | 50 | 50 | 57 | 1,15 | 145 | 55,15 | 53 | 50 | 84 | 6,60 |
| Saldırgan davranış | 92 | 50,88 | 50 | 50 | 76 | 3,22 | 145 | 58,69 | 58 | 50 | 87 | 7,75 |
| İçe yönelim | 92 | 37,88 | 34 | 31 | 63 | 7,31 | 145 | 57,56 | 58 | 31 | 83 | 9,40 |
| Dışa yönelim | 92 | 41,18 | 38 | 36 | 70 | 6,49 | 145 | 54,11 | 53 | 36 | 73 | 9,10 |
| Öğretmen Toplam sorunlar | 92 | 43,43 | 42 | 39 | 73 | 5,60 | 145 | 56,73 | 57 | 39 | 82 | 9,34 |

SK: Sağlıklı kontrol, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, YBT: Yavaş bilişsel tempo, KOKGB: Karşı olma karşı gelme bozukluğu, DB: Davranım bozukluğu, min: Minimum, maks: Maksimum, SS: Standart sapma

Tablo 2. Devamı

| YBT | | DEHB + YBT | | | | | | | | | | Grup karşılaştırılması | | |
|-----|----------|------------|-----|------|-------|----|----------|---------|-----|------|-------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
| n | ortalama | ortanca | min | maks | SS | n | ortalama | ortanca | min | maks | SS | | p | |
| 20 | 66,00 | 63,5 | 53 | 92 | 11,90 | 67 | 65,70 | 67 | 50 | 92 | 9,39 | <0,001 | SK < DEHB < DEHB + YBT & YBT | - |
| 20 | 55,40 | 54,5 | 50 | 70 | 6,10 | 67 | 60,26 | 58 | 50 | 95 | 10,08 | <0,001 | SK < DEHB & DEHB + YBT | - |
| 20 | 61,85 | 60 | 50 | 80 | 9,94 | 67 | 62,47 | 62 | 50 | 86 | 8,81 | <0,001 | SK < DEHB & YBT & DEHB + YBT | - |
| 20 | 58,00 | 55,5 | 50 | 73 | 7,69 | 67 | 61,89 | 60 | 50 | 91 | 10,94 | <0,001 | SK < DEHB & YBT & DEHB + YBT | - |
| 20 | 64,75 | 65 | 50 | 88 | 8,69 | 67 | 63,37 | 64 | 50 | 85 | 7,79 | <0,001 | SK < DEHB < DEHB + YBT & YBT | - |
| 20 | 64,05 | 65 | 50 | 77 | 6,87 | 67 | 67,61 | 67 | 51 | 92 | 9,34 | <0,001 | SK < DEHB & YBT & DEHB + YBT | - |
| 20 | 53,35 | 50 | 50 | 67 | 4,85 | 67 | 54,94 | 51 | 50 | 73 | 6,69 | <0,001 | SK < DEHB & DEHB + YBT | - |
| 20 | 53,45 | 51,5 | 50 | 62 | 4,28 | 67 | 56,94 | 55 | 50 | 85 | 8,19 | <0,001 | SK < YBT & DEHB + YBT & ADHD | - |
| 20 | 62,85 | 61 | 48 | 79 | 9,60 | 67 | 65,04 | 65 | 39 | 88 | 8,69 | <0,001 | SK < DEHB & YBT & DEHB + YBT | DEHB < DEHB + YBT |
| 20 | 49,25 | 50,5 | 30 | 64 | 9,14 | 67 | 53,61 | 54 | 30 | 77 | 10,72 | <0,001 | SK < YBT & DEHB + YBT & DEHB | - |
| 20 | 58,65 | 59 | 41 | 75 | 8,97 | 67 | 62,71 | 64 | 41 | 82 | 9,16 | <0,001 | SK < YBT & DEHB & DEHB + YBT | - |
| 7 | 61,28 | 64 | 51 | 77 | 9,49 | 40 | 61,80 | 60 | 50 | 90 | 9,47 | <0,001 | SK < DEHB & YBT & DEHB + YBT | ADHD < DEHB + YBT |
| 7 | 51,85 | 50 | 50 | 57 | 3,18 | 40 | 57,37 | 53 | 50 | 86 | 8,95 | <0,001 | SK < DEHB < DEHB + YBT | - |
| 7 | 57,71 | 59 | 51 | 67 | 5,49 | 40 | 58,47 | 56,5 | 50 | 84 | 8,79 | <0,001 | SK < DEHB & YBT & DEHB + YBT | - |
| 7 | 53,71 | 52 | 50 | 63 | 4,46 | 40 | 59,35 | 58,5 | 50 | 81 | 8,53 | <0,001 | SK < DEHB & DEHB + YBT | - |
| 7 | 58,14 | 58 | 50 | 67 | 6,56 | 40 | 49,77 | 54 | 7 | 80 | 19,73 | <0,001 | SK < DEHB + YBT & DEHB & YBT | - |
| 7 | 53,14 | 51 | 50 | 61 | 4,14 | 40 | 52,85 | 59,5 | 7 | 86 | 19,06 | <0,001 | SK < DEHB + YBT & DEHB | - |
| 7 | 52,85 | 50 | 50 | 61 | 4,25 | 40 | 56,80 | 56,5 | 44 | 78 | 7,40 | <0,001 | SK < DEHB & DEHB + YBT | - |
| 7 | 51,14 | 50 | 50 | 55 | 2,03 | 40 | 43,80 | 51 | 1 | 90 | 24,37 | <0,001 | SK < DEHB | DEHB+YBT & YBT < DEHB |
| 7 | 58,28 | 61 | 46 | 67 | 7,29 | 40 | 60,80 | 62 | 43 | 90 | 10,25 | <0,001 | SK < DEHB & YBT & DEHB + YBT | - |
| 7 | 47,57 | 48 | 40 | 56 | 5,53 | 40 | 47,02 | 53,5 | 2 | 80 | 22,13 | <0,001 | SK < DEHB + YBT & DEHB | - |
| 7 | 52,71 | 53 | 47 | 64 | 5,64 | 40 | 58,57 | 59 | 39 | 77 | 9,55 | <0,001 | SK < DEHB & DEHB + YBT | - |

semptomları hiperaktivite/dürtüsellik ve davranım sorunları ilişkili görünmektedir. Bizim sonuçlarımızda literatürden farklı olarak, KOKGB hem DEHB hem de YBT semptomlarıyla ilişkiliydi. KOKGB semptomlarını incelerken unutmamak gerekir ki; literatürdeki izlem çalışmaları KOKGB semptomlarını DEHB ve davranım bozukluğunun yanı sıra depresyon ve anksiyete bozuklukları ile de ilişkilendirmiştir.³⁴ KOKGB semptomlarının farklı psikiyatrik bozukluklara öngördürücü olması nedeniyle DSM-5 ile KOKGB bozukluğu 3 farklı gruba ayrılmıştır. Becker ve Barkley⁷ ilerleyen çalışmalarla YBT'nin içe yönelim DEHB'nin ise dışa yönelim bozuklukları içerisinde değerlendirilebileceğini öngörmektedir. Çalışmamızın sonuçlarından DEHB olgularının özellikle aile değerlendirmesinde suça yönelik davranış ve öğretmen değerlendirmesinde saldırgan davranış ile ilişkili olması, YBT olgularının sosyal içe dönüklük ile ilişkili olması da bu hipotezi desteklemektedir. Literatürde, YBT semptomlarının depresyon ve anksiyete semptomlarıyla özellikle de depresif semptomlarla ilişkili olduğu saptanmıştır. Aile ve öğretmen değerlendirmelerine bakıldığında anksiyete/depresyon alt ölçeği puanları hem YBT hem de DEHB olgularında yüksekti. Bu sonuçlar, anksiyete ve depresyon puanlarını ayrı ayrı değerlendiren özelleşmiş ölçeklerde YBT ve DEHB olguları arasında farklılaşma gözlenebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızdaki sonuçlar YBT olgularının, DEHB semptomları eşlik etse de etmese de YBT semptomlarının sosyal içe dönüklük ile ilişkili olduğunu göstermektedir. YBT ile ilişkili yapılan çalışmalarda akran ilişkilerinde ve sosyal ilişkilerde bozulma birçok çalışmada gösterilmiştir.^{7,35,36} Sosyal alandaki içe dönüklük YBT için işlevsellikte bozulmaya sebep olan önemli unsurlardan biridir. Bu bozulmanın çalışmamızla uyumlu şekilde DEHB semptomları ya da diğer psikiyatrik hastalıklar kontrol edildiğinde bile devam ettiği vurgulanmıştır. Literatürdeki çalışmalar göstermektedir ki; hem DEHB hem YBT olguları akran ilişkilerinde sosyal sorunlar yaşamaktadır. Fakat, sosyal sorunların sebeplerinin farklı olduğu belirtilmektedir. DEHB olguları dürtüsel davranışları nedeniyle dışlandığı için sosyal sorunlar yaşarken, YBT olguları ise sosyal içe dönüklükleri nedeniyle kendilerini izole etmekte ve sosyal ipuçlarını anlamakta zorlanmaktadırlar.⁷

Çalışmanın Kısıtlılıkları

YBT semptomlarına sahip olgular sosyal içe dönüklük konusunda sorun yaşarken DEHB olguları saldırgan davranış ve suça yönelik davranış sorunları açısından zorluk yaşamaktadır. YBT olgularındaki sosyal içe dönüklüğün yapısını anlayabilmek için daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Sosyal içe dönük olmalarının sebebi anksiyete ya da sosyal fobik özellikler mi yoksa sosyal iletişime olan isteksizlik ya da sosyal ipuçlarını anlayamama mıdır sorusunun cevabı uygun tedavi edici yöntemlerin gelişmesine yardımcı olacaktır.⁷

Sonuç

Çalışmanın kesitsel yapıda olması ve öğretmenler tarafından değerlendirilip geri dönüşü yapılan ÖBF ölçek sayısının

örnekleme göre az sayıda kalmasıdır. Yapılacak izlem çalışmaları YBT semptomlarının gelişimsel özelliklerini ve neden-sonuç ilişkilerini anlamamıza yardımcı olacaktır.

Etik

Etik Kurul Onayı: Etik kurul onayı Ege Üniversitesi'nden alınmıştır (karar no: 16-5.2/2, 27).

Hasta Onayı: Olgulardan yazılı onam alınmıştır.

Hakem Değerlendirmesi: Editörler kurulu dışında olan kişiler tarafından değerlendirilmiştir.

Yazarlık Katkıları

Cerrahi ve Medikal Uygulama: G.Ü.B., Konsept: G.Ü.B., H.B., H.A., E.S.E., Dizayn: G.Ü.B., H.B., H.A., E.S.E., Veri Toplama veya İşleme: H.B., S.S., K.U.Y., A.B., H.A.T., E.P., Analiz veya Yorumlama: G.Ü.B., H.B., S.Ö., H.A., E.S.E., Literatür Arama: G.Ü.B., Yazan: G.Ü.B.

Çıkar Çatışması: Yazarlar tarafından çıkar çatışmasının bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Çalışma Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Proje Birimi tarafından TTU-2018-20009 numarasıyla desteklenmiştir.

Kaynaklar

1. Camprodon-Rosanas E, Ribas-Fitó N, Batlle-Vila S, Persavento C, Alvarez-Pedrerol M, Sunyer J, Fornis J. Sluggish Cognitive Tempo: Sociodemographic, Behavioral, and Clinical Characteristics in a Population of Catalan School Children. *J Atten Disord.* 2017;21:632-641.
2. Becker SP, Leopold DR, Burns GL, Jarrett MA, Langberg JM, Marshall SA, McBurnett K, Waschbusch DA, Willcutt EG. The Internal, External, and Diagnostic Validity of Sluggish Cognitive Tempo: A Meta-Analysis and Critical Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2016;55:163-178.
3. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM, Corkum P, Eskes G. Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: content validity, factor structure, and reliability. *Psychol Assess.* 2009;21:380-389.
4. McBurnett K. Kiddie-Sluggish Cognitive Tempo diagnostic interview module for children and adolescents. San Fr Author. Published online 2010.
5. Becker SP, Luebbe AM, Joyce AM. The Child Concentration Inventory (CCI): Initial validation of a child self-report measure of sluggish cognitive tempo. *Psychol Assess.* 2015;27:1037-1052.
6. Fırat S, Bolat GÜ, Gül H, Baytunca MB, Kardaş B, Aysev A, Ercan ES. Barkley child attention scale validity reliability study. *J Psychiatry Neurol Sci.* 2018;3.
7. Becker SP, Barkley RA. Sluggish cognitive tempo. *Oxford Textb Atten deficit Hyperact Disord.* Published online 2018:147-153.
8. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from ADHD in children and adolescents: executive functioning, impairment, and comorbidity. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2013;42:161-173.
9. Leopold DR, Christopher ME, Burns GL, Becker SP, Olson RK, Willcutt EG. Attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo throughout childhood: temporal invariance and stability from preschool through ninth grade. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016;57:1066-1074.
10. McBurnett K, Villodas M, Burns GL, Hinshaw SP, Beaulieu A, Pfiffner LJ. Structure and validity of sluggish cognitive tempo using an expanded item pool in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42:37-48.

11. Moruzzi S, Rijsdijk F, Battaglia M. A twin study of the relationships among inattention, hyperactivity/impulsivity and sluggish cognitive tempo problems. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42:63-75.
12. Graham DM, Crocker N, Deweese BN, Roesch SC, Coles CD, Kable JA, May PA, Kalber WO, Sowell ER, Lones KL, Riley EP, Mattson SN, CIFASD. Prenatal alcohol exposure, attention-deficit/hyperactivity disorder, and sluggish cognitive tempo. *Alcohol Clin Exp Res.* 2013;37(Suppl 1):E338-E346.
13. Reeves CB, Palmer S, Gross AM, Simonian SJ, Taylor L, Willingham E, Mulhern RK. Brief report: sluggish cognitive tempo among pediatric survivors of acute lymphoblastic leukemia. *J Pediatr Psychol.* 2007;32:1050-1054.
14. Willard VW, Hardy KK, Allen TM, Hwang EI, Grurangan S, Hostetter SA, Bonner MJ. Sluggish cognitive tempo in survivors of pediatric brain tumors. *J Neurooncol.* 2013;114:71-78.
15. Faraone SV, Bonvicini C, Scassellati C. Biomarkers in the diagnosis of ADHD--promising directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2014;16:497.
16. Bolat H, Ercan ES, Ünsel-Bolat G, Tahilloğlu A, Yazıcı KU, Parlıtay E, Jafari DA, Kosova B, Özgül S, Rohde LA, Akın H. DRD4 genotyping may differentiate symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and sluggish cognitive tempo. *Rev Bras Psiquiatr.* Published online June 2020.
17. Faraone SV, Bonvicini C, Scassellati C. Biomarkers in the Diagnosis of ADHD - Promising Directions. *Curr Psychiatry Rep.* Published online 2014.
18. Froehlich TE, Becker SP, Nick TG, Brinkman WB, Stein MA, Peugh J, Epstein JN. Sluggish Cognitive Tempo as a Possible Predictor of Methylphenidate Response in Children With ADHD: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry.* 2018;79: 17m11553.
19. Firat S, Gul H, Aysev A. An Open-Label Trial of Methylphenidate Treating Sluggish Cognitive Tempo, Inattention, and Hyperactivity/Impulsivity Symptoms Among 6- to 12-Year-Old ADHD Children: What Are the Predictors of Treatment Response at Home and School? *J Atten Disord.* 2020:1087054720902846.
20. Wietecha L, Williams D, Shaywitz S, Shaywitz B, Hooper SR, Wigal SB, Dunn D, McBurnett K. Atomoxetine improved attention in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder and dyslexia in a 16 week, acute, randomized, double-blind trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2013;23:605-613.
21. McBurnett K, Clemow D, Williams D, Villodas M, Wietecha L, Barkley R. Atomoxetine-Related Change in Sluggish Cognitive Tempo Is Partially Independent of Change in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Inattentive Symptoms. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2017;27:38-42.
22. Baytunca MB, İnci SB, İpci M, Kardas B, Bolat GU, Ercan ES. The neurocognitive nature of children with ADHD comorbid sluggish cognitive tempo: Might SCT be a disorder of vigilance? *Psychiatry Res.* 2018;270:967-973.
23. Ünsel-Bolat G, Ercan ES, Bolat H, Serkan Süren S, Bacanlı A, Yazıcı KU, Rohde LA. Comparisons between sluggish cognitive tempo and ADHD-restrictive inattentive presentation phenotypes in a clinical ADHD sample. *Atten Defic Hyperact Disord.* 2019;11:363-372.
24. Fassbender C, Krafft CE, Schweitzer JB. Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. *NeuroImage Clin.* 2015;8:390-397.
25. Camprodon-Rosanas E, Pujol J, Martinez-Vilavella G, Blanco-Hinojo L, Medrano-Martorell S, Batlle S, Fornis J, Ribas-Fitó N, Dolz M, Sunyer J. Brain Structure and Function in School-Aged Children With Sluggish Cognitive Tempo Symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2019;58:256-266.
26. Ünsel-Bolat G, Baytunca MB, Kardeş B, İpci M, İzmir SBİ, Özyurt O, Çallı MC, Ercan ES. Diffusion tensor imaging findings in children with sluggish cognitive tempo comorbid Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Nord J Psychiatry.* Published online June 2020:1-7.
27. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Abnorm Psychol.* 2012;121:978-990.
28. Ercan E, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg.* 2001;8:132-144.
29. Achenbach TM, Edelbrock C. Manual for the Child Behavior Checklist. Burlington VT: University of Vermont. Department of psychiatry. Erişim: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=YxCXh5ZvTksC&oi=fnd&pg=PA372&dq=Thomas+M+Achenbach+CE.+Manual+for+the+Child+Behavior+Checklist.+Burlingt.+&ots=ul6QhR38-A&sig=aEqYaMBtKg2X1SAvii8Ies59yes&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false
30. Erol N, Arslan BL, Akçakin M. The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year-old Turkish children. *Sergeant J Eunethydis Eur approaches to hyperkinetic Disord.* Published online 1995:97-113.
31. Achenbach T, Edelbrock C. Manual for the Teacher's Report Form and Teacher Version of the Child Behavior Profile. Univ Vermont, Dep Psychiatry, Burlingt VT. Published online 1986.
32. Willcutt EG, Chhabildas N, Kinnear M, DeFries JC, Olson RK, Leopold DR, Keenan JM Pennington BF. The internal and external validity of sluggish cognitive tempo and its relation with DSM-IV ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2014;42:21-35.
33. 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.
34. Stringaris A, Goodman R. Three dimensions of oppositionality in youth. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50:216-223.
35. Bauermeister JJA, Barkley RA, Bauermeister JJA, Martinez J V, McBurnett K. Validity of the sluggish cognitive tempo, inattention, and hyperactivity symptom dimensions: neuropsychological and psychosocial correlates. *J Abnorm Child Psychol.* 2012;40:683-697.
36. Becker SP, Langberg JM. Sluggish cognitive tempo among young adolescents with ADHD: relations to mental health, academic, and social functioning. *J Atten Disord.* 2013;17:681-689.