Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23( ):

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Sosyal Cevaplılıkta Görülen Değişiklikler

BASKIDA

Dr. Ayşe Burcu AYAZ[1], Dr. Muhammed AYAZ[2], Dr. Yankı YAZGAN[3]

ÖZET

Amaç: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı konulan çocukların sosyal ilişki biçimlerinin uygun olmadığı ve bu çocuklardaki sosyal sorunların yüz ifadelerine ait uygun ipuçlarını almaktaki zorluktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Çalışmamız, DEHB'de sosyal cevaplılığı yordayan etmenleri ve bu etmenlerin sosyodemografik verilerle ilişkisini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Katılımcılardan Gözlerden Akıl Okuma Testi'nden (GAOT) uyarlanan bir test yardımıyla yüz ifadesi resimlerinden duygusal ipuçlarını yorumlamaları istendi. Tanılar Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi ile konuldu. Ayrıca çocukların değerlendirilmesinde Sosyodemografik Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği ve Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamıza DEHB (s=64) ve kontrol (s=69) olmak üzere 133 çocuk katıldı. DEHB grubu (13,22 ± 1,28) ve kontrol grubu (12,97 ± 1,27) yaş ortalamaları açısından benzerdi. DEHB grubunun %50'si ve kontrol grubunun %49,3'ü erkekti. DEHB grubunun kontrol grubuna oranla GAOT ortalama puanları daha düşüktü (sırasıyla 20,52 ± 3,95 / 23,70 ± 3,55) ve DEHB grubu kontrol grubuna oranla SCÖ'de daha yüksek puan aldı (sırasıyla 65,84 ± 18,83 / 36,04 ± 16,32). DEHB grubunda dikkat sorunlarının ve duygusal yüz ifadelerini yorumlama becerisindeki zayıflığın sosyal cevaplılıkta bozulmayı yordadığı belirlendi.

Sonuç: Çalışmamızda DEHB tanısı konulan çocuklarda yüz ifadelerini tanıma becerisinin ve sosyal cevaplılığın bozulduğu belirlenmiştir. Çalışmamızın sonuçları sosyal cevaplılık ve yüz ifadesine dayanarak duyguları tanıma açısından DEHB'li çocukların zorluklarını vurgulamaktadır.

Anahtar Sözcükler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, çocuk, sosyal sorunlar, eştanı

SUMMARY

Alterations in Social Reciprocity in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder

Objective: Social interactions in children with attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) are inappropriate and such social problems may originate from a failure to attend to the appropriate cues of affect. The present study aimed to determine the factors predictive of social reciprocity in ADHD and their relationship to sociodemographics.

Materials and Methods: Participants were required to interpret emotional cues depicted in pictures of facial expressions -- a test that was adopted from the Reading Mind in the Eyes Test (RMET). Diagnoses were established based on the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Moreover, a detailed sociodemographic form, the Child Behavior Checklist, and the Social Reciprocity Scale (SRS) were used for assessment.

Results: This study included 133 children; 64 in the ADHD group and 69 in the control group. There wasn't a significant difference in mean age between the ADHD group (13.22 ± 1.28 years) and control group (12.97 ± 1.27 years). In all, 50% of the ADHD group and 49.3% of the control group were male. The mean RMET score was significantly lower in the ADHD group than in the control group (ADHD group: 20.52 ± 3.95; control group: 23.70 ± 3.55) and the mean SRS score was significantly higher in the ADHD group than in the control group (ADHD group: 65.84 ± 18.83; control group: 36.04 ± 16.32). In the ADHD group attention problems and lower level of ability to interpret emotional facial expressions were predictive of impaired social reciprocity.

Conclusion: The findings show that both the ability to decode facial expressions and social reciprocity were impaired in the ADHD group. These findings highlight the difficulty children with ADHD have with social functioning and interpretation of emotions based on facial expressions.

Key Words: Attention deficit-hyperactivity disorder, child, social problems, comorbidity

Geliş Tarihi: 15.09.2011 - **Kabul Tarihi:** 28.06.2012

[1]Uzm., [2]Uzm., Sakarya Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Sakarya. [3]Prof., Marmara Üniv. Tıp Fak., Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul.

Dr. Ayşe Burcu Ayaz, e-posta: *drburcu2000@yahoo.com*

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda (DEHB) dikkatsizlik, hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri görülmektedir ve bu bozukluğun dünya genelinde okul çağındaki çocukları %3-5 oranında etkilediği düşünülmektedir (Polanczyk ve ark. 2007). DEHB bilişsel, akademik, aile içi ve iş alanlarında işlevsellik kaybına neden olmaktadır (Barkley 2003). DEHB'de bozulan diğer bir alan da sosyal işlevselliktir. Sosyal işlevsellikteki bozulma çoğunlukla yaşıtları tarafından reddedilme ve diğer çocuklarla ve erişkinlerle çatışmaya girme şeklinde görülmektedir. Ayrıca sosyal işlevsellikte bozulma DEHB'nin hem uzun hem de kısa dönem olumsuz gidişatı açısından önemlidir (Greene ve ark. 1996).

Sosyal işlevsellik, bilişsel ve sosyal yeteneklere dayanan ve bireysel özellikler ile çevresel etmenlerden etkilenen bir kavramdır (Wyman ve ark. 2000). Belirli bir ortamda ve tanımlanmış bir sosyal etkileşim içerisinde sosyal ihtiyaçları karşılamak ve sosyal hedeflere ulaşmak birçok kaynağın kullanılmasını gerektirir. Sosyal becerilerin gelişimi için temel duyusal/algısal, bilişsel ve duygusal yapılar gerekmektedir. Sosyalleşme ve yüzleri, duyguları ve başkasının aklından geçenleri anlayabilme becerisi sosyal yeterliliğin gelişimine katkıda bulunan yüksek düzey sosyal becerilerden birkaçıdır. Ayrıca sosyal içeriğin gerektirdiği davranışları göstermek için çocuğun sosyal becerilerini düzenleyebilmesi de gerekmektedir (Guralnick 2005). Sosyal cevaplılık (social reciprocity) sosyal işlevselliğin bir parçasıdır ve karşılıklı ilişkileri başlatma, sürdürme ve sosyal duruma uygun tepki verebilme olarak tanımlanmaktadır.

Bazı çocuklarda sosyal yetersizliğe neden olan davranışlar DEHB'nin tanımlanmış belirtilerinin doğrudan sonuçlarıdır. Hatta "çoğu zaman başkasının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer" gibi DSM-IV'te mevcut olan bazı DEHB ölçütleri yetersiz sosyal davranışları doğrudan vurgulamaktadır. DEHB tanısı alan çocuklar sosyal ipuçlarını anlamada sorun yaşarlar, sosyal durumları sıklıkla yanlış yorumlarlar ve uygunsuz yanıt verirler. Bu çocuklar sıklıkla diğer insanların ihtiyaçlarına duyarsız, patronluk taslayan ve rahatsız edici kişiler olarak tanımlanırlar (Weiss ve Weiss 2002). Genel olarak hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat eksikliğinin birlikteliği sosyal davranışlarda yeterli düzeyde ince ayar yapılmasını etkilemektedir. Ama yine de bütün DEHB'li çocukların sosyal davranışlarında bozulma görülmemektedir. Ek olarak, DSM-IV DEHB tanı ölçütleri DEHB'li çocuklarda görülen yetersiz düzeyde sosyal davranışların hepsini tanımlamamaktadır. DEHB'de görülen sosyal sorunların yüz ifadesiyle ilgili ipuçlarını uygun yorumlayamamaktan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Birçok sosyal basamak yüz ifadelerine dayanarak insanların duygusal durumlarını anlama ve yorumlama becerisi gerektirmektedir (Adolphs 2003). Zihin kuramı ve duyguları tanıma becerileri üzerinde yapılan çalışmalar, DEHB tanısı konulan çocukların diğerlerinin duygularını fark etme konusunda yetersiz olduklarını göstermişlerdir. (Yuill ve Lyon 2007).

Sosyal bozulmanın diğer önemli göstergeleri davranım sorunları ve karşı gelme davranışlarının yer aldığı Davranım Bozukluğu (DB) ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu'dur (KOKGB). Bu bozuklukların her ikisi de hem klinik hem toplum örneklemlerinde DEHB ile sıklıkla birliktelik göstermektedir (Spencer 2006). DB, DEHB tanısı konulan ve tedavi altına alınmayan çocukların çoğunda görülen suça yönelik davranışların devamı niteliğindedir ve ergenlik döneminde sıklığı artmaktadır (Biederman ve Faraone 2005). KOKGB ya da DB tanısı konulan durumlarda DEHB'ye daha ağır sosyal yetersizlikler eşlik etmektedir (Bagwell ve ark. 2001). DEHB ve eşlik eden KOKGB ve/veya DB tanısı konulan çocuklar sadece DEHB tanısı konulan çocuklara kıyasla anne-baba ve öğretmenleriyle daha fazla çatışırlar ve arkadaşlarıyla daha fazla sorun yaşarlar (Edwards ve ark. 2001, Gresham ve ark. 1998).

DEHB'deki sosyal işlevlerde bozulmaları inceleyen çalışmaların bir kısmı eşlik eden tanılara odaklanırken bazı çalışmalarda da etiyolojiye yönelik kuramlar tartışılmaktadır. Buna rağmen DEHB'de sosyal cevaplılığa ve yüz ifadesinden duyguları tanıma becerisine değinen çalışma sayısı çok azdır. Bizim çalışmamızda DEHB'de sosyal cevaplılığı yordayan etmenler sosyodemografik bilgiler ışığında incelenecektir.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışma, İstanbul Anadolu yakasındaki çocuk ruh sağlığı hizmeti veren ana merkezlerden biri olan Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'nde gerçekleştirildi. Çalışmanın etik kurul onayı Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Etik Kurulu tarafından verildi (MAR-YÇ-2008-0241).

Eylül 2008-Ocak 2009 tarihleri arasında, DSM-IV tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı ile takip edilmekte olan tüm 12-16 yaş çocuk ve ergenler in ebeveynleri telefonla aranarak çalışmaya davet edildi. DEHB grubu ebeveynleri eşliğinde çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışmaya alınma ölçütlerine uyan bu çocuk ve ergenlerden oluşturuldu. Zekâ geriliği, otizm spektrum bozukluğu ve kronik tıbbi hastalığı olan çocuklar çalışmaya alınmadı.

Kontrol grubu Marmara Üniversitesi Hastanesi'ne en yakın ve DEHB grubuna benzer sosyodemografik görüntü çizeceği öngörülen bir okuldan yaş grubunun uygun olduğu sınıflardan rastgele örnekleme ile belirlendi. Çalışmayı bu okulda yapmak için İstanbul Valiliği İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nden izin alındı. Çocukların anne babalarına Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behaviour Checklist) verilerek ruhsal bozukluk bulguları saptanmayan öğrenciler çalışmaya davet edildi. Zekâ geriliği, kronik tıbbi

TABLO 1. DEHB ve Kontrol Gruplarının Demografik Özellikleri ve Gelişim Basamakları..

Demografik özellikler	DEHB (n=64)	Kontrol (n=69)	İstatistiksel analiz
	s(%)	s(%)	Test istatistiği, p değeri
Cinsiyet			
Erkek	32 (50)	34 (49,3)	χ^2= 0,007, p= 0,933
Kız	32 (50)	35 (50,7)	
Yuva eğitimi alma	37 (57,8)	39 (56,5)	χ^2= 0,020, p= 0,880
Okuma yazma zamanı			
1. Dönem	50 (78,1)	68 (98,6)	χ^2= 13,838, p= 0,000
2. Dönem	14 (21,9)	1 (1,4)	
Sınıf tekrarı	6 (9,4)	0 (0)	p=0,009*
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Yaş (yıl)	13,22 ± 1,29	12,97 ± 1,27	t= 1,120, p =0,265
Gelişim basamakları			
İlk kelime (ay)	12,08 ± 4,81	10,39 ± 3,02	t= 2,440, p= 0,016
İlk cümle (ay)	20,56 ± 7,74	17,78 ± 5,51	t= 2,400, p= 0,018
Yürüme (ay)	12,11 ± 3,80	12,03 ± 2,24	t= 0,150, p= 0,881
Tuvalet eğitimi (ay)	21,03 ± 8,24	18,17 ± 5,18	t= 2,413, p= 0,017

*Fisher Exact Test

hastalık ve yapılan yarı yapılandırılmış tanı görüşmesi ile herhangi bir ruhsal bozukluk tanısı konulan çocuklar çalışmaya dahil edilmedi.

Gereçler

Sosyodemografik Bilgi Formu

Çalışmaya katılan çocukların sosyodemografik özellikleri araştırmacı tarafından geliştirilen sosyodemografik bilgi formu kullanılarak elde edilmiştir. Bu formda çocuğun gelişim basamakları, ilaç kullanım bilgileri ve aile öyküsü sorgulanmıştır.

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T)

Yarı-yapılandırılmış bir görüşme olan ÇDŞG-ŞY-T, Kauffman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiştir ve Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları (2004) tarafından yapılmıştır. ÇDŞG-ŞY-T çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam boyu olan psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur ve DSM-IV tanı ölçütleri göz önüne alınarak uygulanmıştır. Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm özgül psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY-T ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Çalışmada değerlendirmeye çocuk hakkında bilgi verebilecek en az bir ebeveyn katılmıştır. Bu değerlendirme, çalışmaya katılan çocukların şimdiki zaman psikopatolojilerini belirlemede kullanılmıştır.

Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği (4-18 yaş)

Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği, Achenbach ve Edenbrock (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 1991 formunun Türkçeye çevirisi Erol ve Kılıç tarafından yapılmış ve ülkemizdeki 1985 formuyla (Akçakın 1985) sürekliliğini sağlayabilmek amacıyla çeviriler gözden geçirilmiştir (Erol ve Şimşek, 1998).

ÇDDÖ'den "İçe Yönelim Sorunları" ve "Dışa Yönelim Sorunları" olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilmektedir. İçe yönelim grubu "Sosyal İçe Dönüklük", "Somatik Yakınmalar", "Anksiyete/Depresyon", dışa yönelim grubu ise "Suça Yönelik Davranışlar" ve "Saldırgan Davranışlar" alt ölçeklerinin toplamından oluşmaktadır. Ayrıca her iki grubun dışında "Sosyal Sorunlar", "Düşünce Sorunları", "Cinsel Sorunlar" ve "Dikkat Sorunları" da ölçekte yer almaktadır. Bu alt ölçek puanlarının toplamından "Toplam sorun puanı" elde edilmektedir. Ölçeğin toplam puan test-tekrar test güvenilirliği 0,84 olarak , iç tutarlılık değer ise 0.88 olarak bulunmuştur (Erol ve ark. 1995).

Ölçekte sorular anne ve baba tarafından üçlü Likert skalası

TABLO 2. Anne Babanın Demografik Özellikleri.

	DEHB (s= 64)	Kontrol (s= 69)	İstatistiksel analiz
	Ort ± SS	Ort ± SS	Test istatistiği, p değeri
Anne yaş (yıl)	39,70 ± 5,94	40,99 ± 5,01	t= -1,348, p= 0,182
Baba yaş (yıl)	44,39 ± 6,72	43,39 ± 7,14	t= 0,834, p= 0,413
Yaş farkı (yıl)	4,68 ± 3,72	2,40 ± 5,30	t= 2,851, p= 0,008
	s(%)	s(%)	
Annenin eğitim durumu			
O-Y yok/ilkokul	22 (34,4)	12 (17,4)	
Ortaokul	8 (12,5)	15 (21,7)	
Lise	26 (40,6)	26 (37,7)	χ^2= 7,564, p= 0,059
Üniversite	8 (12,5)	16 (23,2)	
Babanın eğitim durumu			
O-Y yok/ilkokul	17 (26,6)	9 (13,0)	
Ortaokul	12 (18,8)	13 (18,8)	
Lise	21 (32,8)	26 (37,7)	χ^2= 4, 248, p= 0,242
Üniversite	14 (21,9)	21 (30,4)	
Anne baba birlikteliği			
Birlikte	58 (90,6)	64 (92,8)	
Boşanmış/ayrı	6 (9,4)	5 (7,2)	χ^2= 0,223, p= 0,661

üzerinden yanıtlanmaktadır. "doğru değil", "bazen ya da biraz doğru" ve "çok ya da sıklıkla doğru" seçenekleri sırasıyla; "0", "1", "2"olarak puanlanmaktadır. Çalışmamıza katılan çocukların duygusal ve davranış sorunlarının şiddetini belirlemede ÇDDÖ kullanılmıştır.

Sosyal Cevaplılık Ölçeği (SCÖ) (Social Reciprocity Scale)

2000'de Constantino tarafından geliştirilen SCÖ'nün geçerlilik ve güvenilirliğinin yüksek olduğu, Otizm Tanı Görüşmesi-Gözden Geçirilmiş Şekli (Autism Diagnostic Interview-Revised) yapılarak konulan otizm tanısı ile anlamlı ilişki gösterdiği ve otizm benzeri belirti kümesini değerlendirmek amacıyla kullanılabileceğini belirtmiştir (Constantino ve ark. 2000, Constantino ve ark. 2003).

Ölçekte gözlenebilir karşılıklı sosyal davranışlar ile ilgili 39, dilin sosyal kullanımı ile ilgili 6 ve otistik davranışlar ile ilgili 20 olmak üzere toplam 65 madde mevcuttur. Ölçekten elde edilen puan arttıkça sosyal bozulmanın ciddiyeti de artmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yayınlanmamış olmakla birlikte, daha önce okul çağı çocuklarında yapılan büyük örneklemli bir çalışmada Ünal ve arkadaşları tarafından kullanılmıştır. Bu çalışmada SCÖ'nün iç tutarlılığı (Cronbach's alfa) 0,86 olarak hesaplanmıştır ve yapılan faktör analizi sonucunda testin bütün olarak (tek faktörde) değerlendirmelere alınmasına karar verilmiştir. SCÖ Türkçe şeklinin 6 ay arayla elde edilen verilere dayalı test-tekrar test güvenilirliği yüksek bulunmuştur (Pearson's r=0,53, p<0,001) (Ünal ve ark. 2009). SCÖ, çalışmamıza katılan çocuklarda sosyal işlevselliğin değerlendirilmesinde kullanılmıştır.

Gözlerden Akıl Okuma Testi (GAOT) (The "Reading the mind in the eyes" Test)

Gözlerden Akıl Okuma Testi, erişkinlerde zihinselleştirme becerilerini ölçen geliştirilmiş bir bilişsel empati testidir (Baron-Cohen ve ark. 2001). 36 maddeden oluşan yenilenmiş GAOT kadın ve erkek oyuncuların gözleri ve göz çevrelerini içeren fotoğraflardan oluşmaktadır. Her bir madde, duygusal olarak eşdeğerde bir tane hedef üç tane de yanıltıcı olmak üzere toplam dört tane zihinsel durum tanımını içermektedir. Katılımcıdan sadece görsel bilgiye dayanarak resimdeki insanın ne düşündüğünü ya da hissettiğini tanımlayan kelimeyi seçmesi istenmektedir. Teste verilen doğru cevap sayısı 22'den düşük, 22-30 arası ve 30'dan yüksek olarak değerlendirilmektedir ve duygusal yüz ifadesini tanıma becerisinin sırasıyla zayıf, orta ve iyi düzeyde olduğunu göstermektedir. Türk toplumunda erişkinlerde yapılan çalışmada bu testin Türk toplumunda güvenilir olduğu belirtilmiştir (Yıldırım ve ark. 2011). Testin Türk çocuklarında geçerlik çalışması yapılmamıştır. Testin iç tutarlılığı ile ilgili pilot çalışma, tarafımızdan 12-16 yaş arası 100 çocuk ve ergende yapılmıştır. Elde edilen Cronbach alfa değeri 0,496 bulunmuş ve orta düzeyde bir güvenirlik olarak değerlendirilmiştir. Bu konuda daha önce yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılığının 0,60 olduğu bildirilmiştir (Voracek ve Dressler 2006). Bu nedenle, ölçeğin çalışmamızda kullanılmasının uygun olduğu düşünülmüştür. Test, DEHB klinik tanısı almış 12-16 yaş arası çocuk ve ergende "gözlerden akıl okuma" özelliklerinin dağılımını ve normal kontrollere göre farklılığını anlamak üzere çalışmamıza dahil edilmiştir.

TABLO 3. DEHB Grubu ile Kontrol Grubunun Davranış Değerlendirme, Akıl Okuma ve Sosyal Cevaplılık Puanlarının Karşılaştırılması.

	DEHB (s= 64)	Kontrol (s= 69)	İstatistiksel analiz
ÇDDÖ			Test istatistiği, p değeri
Toplam sorun	64,39 ± 7,87	45,87 ± 10,49	t= 11,445, p< 0,001
İçe yönelim sorunları	59,75 ± 10,17	48,96 ± 11,92	t= 5,595, p< 0,001
Dışa yönelim sorunları	62,06 ± 9,02	44,12 ± 8,19	t= 12,022, p< 0,001
Sosyal içe dönüklük	59,64±9,48	53,04±5,78	t= 4,883, p< 0,001
Somatik yakınmalar	58,47±9,49	55,30±6,65	t= 2,241, p= 0,027
Anksiyete/depresyon	59,75±8,12	54,64±6,25	t= 4,084, p< 0,001
Suça yönelik davranışlar	58,63±7,61	50,96±1,99	t= 8,082, p< 0,001
Saldırgan davranışlar	63,77±9,62	51,51±3,32	t= 9,964, p< 0,001
Sosyal sorunlar	61,31±8,87	52,07±3,66	t= 7,958, p< 0,001
Düşünce sorunları	60,95±8,87	52,93±4,97	t= 6,701, p< 0,001
Dikkat sorunları	68,36±7,73	51,78±3,59	t= 16,045, p< 0,001
GAOT doğru cevap sayısı	20,52 ± 3,95	23,70 ± 3,55	t= -4.894, p< 0,001
SCÖ toplam puanı	65,84 ± 18,83	36,04 ± 16,32	t= 9,770, p< 0,001
WÇZÖ-G	94,06 ± 13,30	113,25 ± 13,35	t = -8,294, p< 0,001

(ÇDDÖ; Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği, GAOT; Gözlerden Akıl Okuma Testi, SCÖ; Sosyal Cevaplılık Ölçeği, WÇZÖ-G; Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu).

Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-Gözden Geçirilmiş Formu (WÇZÖ-G)

Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği, Wechsler (1949) tarafından 6–16 yaş grubu, konuşma ve dil becerileri yeterli düzeyde olan çocukların zihinsel kapasitelerinin değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir ve Savaşır ve Şahin (1995) tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır. Çalışmamızda DEHB ve kontrol grubundaki çocukların zekâ düzeylerinin belirlenmesinde WÇZÖ-G formu kullanılmıştır.

Uygulama

Çalışmaya davet edilen çocuklar ve aileleri araştırmacı tarafından çalışma ile ilgili bilgilendirilerek çalışmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamları alındı. İlaç kullanan DEHB'li çocukların ilaçları etkilerinin ortadan kalkması amacıyla değerlendirmeden en az 24 saat önce kesildi. Çalışmada, DEHB ve kontrol grubundaki çocuklara iki görüşme seansı düzenlendi. Birinci görüşmede klinisyen tarafından sosyodemografik bilgi formu doldurduldu, katılan çocuklara gözlerden akıl okuma testi uygulandı ve klinisyen tarafından tüm çocuklar ve anne babalarına ÇDŞG-ŞY-T yapılarak mevcut DSM-IV Eksen I tanıları belirlendi. Bu görüşmede çalışmaya katılan çocukların anne ya da babalarına sosyal cevaplılık ölçeği ve DEHB grubundaki çocukların anne babalarına ÇDDÖ verildi. Yapılan görüşmede hastaların ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan tanıları araştırmacının DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirildi. Görüşme sonunda DEHB grubunun tedavi düzenlemeleri yapıldı. Kontrol grubunda yarı yapılandırılmış görüşme ile Eksen I ruhsal bozukluk tanısı konulan çocuklar Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniği'ne tedavi amacıyla yönlendirildi. Çalışmaya katılan her çocuğun zekâ değerlendirmesi ayrı bir görüşmede uzman psikolog tarafından gerçekleştirildi.

İstatistiksel Analizler

Veriler, Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS for Windows, 15.0) kullanılarak analiz edilmiştir. Sayımsal verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare (χ^2) ve sürekli verilerin karşılaştırılmasında Student-t testi kullanılmıştır. SCÖ ve GAOT ile ilişkili analizlerde kovaryans analizi (ANCOVA) kullanılarak WÇZÖ ile ölçülen zekâ düzeyleri arasındaki farklılık istatistiksel olarak ortadan kaldırıldı. SCÖ ölçeğine ait bazı değerlendirmeler Lojistik Regresyon Analizi yöntemi ile yapılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık düzeyi p< 0,05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza DEHB (s=64) ve normal kontrol (s=69) olmak üzere toplam 133 çocuk katıldı. DEHB (13,22 ± 1,28) ve

TABLO 4. DEHB Tanısı Alan Çocuklarda Sosyal Cevaplılığı Etkileyen Değişkenleri Gösteren Regresyon Modeli Özeti.

Bağımsız değişkenler	Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	p	Güven aralığı %95	T	VIF
	Beta	Standart hata	Beta				
(sabit)	-26,945	30,209		0,376	(-87,462)-(33,571)	-0,892	
Yaş	-0,054	1,593	-0,004	0,973	(-3,245)-(3,137)	-0,034	1,339
İlk kelime	0,042	0,388	0,011	0,914	(-0,735)-(0,819)	0,109	1,125
Eşlik eden tanı varlığı	-2,373	4,014	-0,063	0,557	(-10,414)-(5,668)	-0,591	1,310
İlaç kullanımı	-2,819	5,567	-0,050	0,615	(-13,971)-(8,332)	-0,506	1,112
WÇZÖ-G toplam	0,059	0,135	0,041	0,665	(-0,211)-(0,328)	0,435	1,036
GAOT doğru cevap sayısı	-1,065	0,477	-0,223	0,030	(-2,021)-(-0,109)	-2,231	1,146
ÇDDÖ Dikkat sorunları	1,654	0,243	0,679	0,000	(1,168)-(2,141)	6,818	1,137
R= 0.715 R^2= 0.511 F=8.366 P=0,000 Durbin-Watson=1.972							

(WÇZÖ; Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği, GAOT; Gözlerden Akıl Okuma Testi, ÇDDÖ; Çocuklar için Davranış Değerlendirme Ölçeği).

kontrol grubu (12,97 ± 1,27) yaş ortalamaları açısından benzerdi (t=1,120, p=0,265). DEHB grubunun %50'si (s=32) ve kontrol grubunun %49,3'ü (s=34) erkekti (χ^2=0,007, p=0,933).

Gelişim basamaklarından DEHB grubu ve kontrol grubu sırasıyla ilk kelimelerini 12,08±4,81 ve 10,39±3,02, ilk cümlelerini 20,56±7,74 ve 17,78±5,51, yürümeyi 12,11±3,80 ve 12,03±2,24 ve tuvalet eğitimini 21,03±8,24 ve 18,17±5,18 ay ortalamalarında tamamlamışlardı. İlk kelime (t=2,440, p=0,016), ilk cümle (t=2,400, p=0,018) ve tuvalet eğitimi (t=2,413, p=0,017) basamaklarında her iki grup arasında anlamlı düzeyde istatistiksel fark saptandı (Tablo 1).

Yuva eğitimi alma, okuma-yazma öğrenme zamanı (okuma yazma öğrendiği dönem) ve sınıf tekrarı açısından iki grup kıyaslandığında DEHB olgularının ve kontrol olgularının benzer oranlarda yuva eğitimi aldıkları (sırasıyla % 48,7 ve % 51,3) bulundu (p>0,05). Fakat DEHB olguları normal kontrol olgularına kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha geç okuma yazma öğrenmekte ve daha fazla sınıf tekrarı yapmaktaydılar (p<0,05) (Tablo 1).

Altmış dört DEHB olgusu ile 69 kontrol olgusu, anne babaların yaş ortalamaları, eğitim düzeyleri ve birliktelik durumu dağılımı bakımından benzerdi. Her iki grupta, annenin yaşı ve babanın yaşı arasındaki fark incelendi ve kontrol grubunda anne baba arasındaki yaş farkının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu bulundu (p<0,05) (Tablo 2).

DEHB grubunda yakınmaların başlangıç yaşı (4,91±2,06) ile kliniğe ilk başvuru yaşı (9,67±2,94) arasında geçen ortalama muayene süresi 4,77±2,96 yıl olarak saptandı. DEHB tanısı konulan çocukların %87,5'i (s=56) başvuru tarihlerinden itibaren herhangi bir dönemde ilaç tedavisi almıştı ya da halen almaktaydı. İlaç kullanan olguların % 80,4'ü halen ilaç tedavisi altındaydı, % 75'i en az bir yıl süresince ilaç tedavisi kullanmıştı ve % 82,1'i ilaç tedavisinden fayda görmüştü Bu ilaç tedavilerinin % 67,9'unu tek başına metilfenidat, % 1,8'ini tek başına risperidon, % 12,5'ini metilfenidat ve risperidon birarada, % 3,6'sını metilfenidat ve seçici seratonin gerialım inhibitörü (SSGI) bir arada, % 3,6'sını metilfenidat, risperidon ve SSGI bir arada ve % 10,7'sini metilfenidatın diğer ilaçlarla kombinasyonları oluşturmaktaydı. Çalışmanın yapıldığı dönemde DEHB tedavisinde atomoksetin kullanımı mevcut olmadığından çalışmada bu ilaç tedavisine ait veri bulunmamaktadır.

DEHD grubunun %54,7'sinin (s=35) en az bir tane eşlik eden tanısı mevcuttu. DEHB olgularının şimdiki eş tanı oranları KOKGB % 21,9, DB % 7,8, tik bozuklukları % 17,2, özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) ön tanısı % 4,7, kekemelik %4,7, majör depresif bozukluk (MDB) % 4,7, sosyal fobi % 10,9, özgül fobi % 1,6, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) % 3,1, panik bozukluk % 1,6 ve enkopresis % 1,6 olarak bulundu.

Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği sözel, performans ve toplam puanları sırasıyla DEHB grubu için 90,08±14,80, 98,30±14,19 ve 94,06±13,30 kontrol grubu için 110,26±13,03, 114,81±14,79 ve 113,25±13,35 olarak saptandı. DEHB ve kontrol grubu arasındaki farkın sözel (t=-8,359, p< 0,001), performans (t=-6,559, p< 0,001) ve toplam puanlarda (t=-8,294, p< 0,001) istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlendi (Tablo 3).

Çocukluk Çağı Davranış Değerlendirme Ölçeği'nde, DEHB ve kontrol grubunun aldıkları ortalama puanlar

Toplam Puanlarda 64,39±7,87 ve 45,87±10,49, İçe Yönelim Sorunları alt ölçeğinde 59,75±10,17 ve 48,96±11,92 ve Dışa Yönelim Sorunları alt ölçeğinde 62,06±9,024 ve 4,12±8,19' du. ÇDDÖ' nün toplam (t=11,445, p<0,001), İçe Yönelim Sorunları (t=5,595, p<0,001) ve Dışa Yönelim Sorunları(t=12,022, p<0,001) alt ölçekleri puanlarında her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (Tablo 3).

Gözlerden Akıl Okuma Testi'nde, DEHB grubunun ortalama doğru cevap sayısı 20,52±3,95, kontrol grubunun ortalama doğru cevap sayısı 23,70±3,55 olarak saptandı. DEHB tanısı konulan çocukların doğru cevap sayıları kontrol grubu çocuklarına oranla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (t=-4,894, p<0,001) (Tablo 3).

Sosyal Cevaplılık Ölçeği için 60 ve üstündeki puanlar eşik altı ve klinik düzeyde sorunları olan grubu işaret etmektedir. DEHB grubunun %54,7'sinin (s=35), kontrol grubunun ise %8,7'sinin (s=6) SCÖ puanı 60 ve üzerinde bulundu. DEHB tanısı alan çocukların SCÖ ortalama puanları 65,84±18,83, kontrol grubu çocukların ise 36,04±16,32 olarak hesaplandı ve iki grup arasında SCÖ puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (t=9,770, p<0,001) (Tablo 3).

Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği puanlarının etkisi kontrol altına alınarak GAOT doğru cevap sayıları değerlendirildiğinde, kontrol grubunun (ort ± %95GA; 23,59 ± 2,59-24,59) DEHB grubuna (ort ± %95GA; 20,63 ± 19,58-21,68) anlamlı düzeydeki üstünlüğü (F (df); 13,53 (1), p<0,001) ve SCÖ puanları değerlendirildiğinde DEHB (ort ± %95GA; 63,40 ± 58,57-68,24) ve kontrol (ort ± %95GA; 38,30 ± 33,68-42,92) olguları arasındaki farkın anlamlılığı devam etti (F (df); 45,64 (1), p<0,001). WÇZÖ-G puanlarının etkisi kontrol altına alınarak ÇDDÖ değerlendirildiğinde Sosyal İçe Dönüklük alt ölçeğinde DEHB (ort ± %95GA; 59,44 ± 57,26-61,62) ve kontrol (ort ± %95GA; 53,23 ± 51,15-55,31) (F (df); 13,79 (1), p<0,001), Somatik Yakınmalar alt ölçeğinde DEHB (ort ± %95GA; 58,84 ± 56,57-61,12) ve kontrol (ort ± %95GA; 54,96 ± 52,79-57,13) (F (df); 4,95 (1), p=0,028), Anksiyete/ Depresyon alt ölçeğinde DEHB (ort ± %95GA; 59,57 ± 57,55-61,59) ve kontrol (ort ± %95GA; 54,81 ± 52,88-56,74) (F (df); 9,43 (1), p=0,003), Sosyal Sorunlar alt ölçeğinde DEHB (ort ± %95GA; 60,90 ± 59,03-62,77) ve kontrol (ort ± %95GA; 52,46 ± 50,67-54,24) (F (df); 34,64 (1), p=0,000), Düşünce sorunları alt ölçeğinde DEHB (ort ± %95GA; 60,44 ± 58,52-62,36) ve kontrol (ort ± %95GA; 53,40 ± 51,57-55,24) (F (df); 22,68 (1), p=0,000), Dikkat Sorunları alt ölçeğinde DEHB (ort ± %95GA; 68,17 ± 66,51-69,84) ve kontrol (ort ± %95GA; 51,96 ± 50,36-53,55) (F (df); 160,65 (1), p=0,000), Suça Yönelik Davranışlar alt ölçeğinde DEHB (ort ± %95GA; 58,77 ± 57,24-60,30) ve kontrol (ort ± %95GA; 50,82 ± 49,36-52,28) (F (df); 45,82 (1), p=0,000), Saldırgan Davranışlar alt ölçeğinde DEHB (ort ± %95GA; 64,04 ± 62,06-66,02) ve kontrol (ort ± %95GA; 51,25 ± 49,36-53,15) (F (df); 70,46 (1), p=0,000), Toplam Puan alt ölçeğinde DEHB (ort ± %95GA; 64,85 ± 62,25-67,46) ve kontrol (ort ± %95GA; 45,44 ± 42,95-47,93) (F (df); 94,01 (1), p=0,000), İçe Yönelim Sorunları alt ölçeğinde DEHB (ort ± %95GA; 59,85 ± 56,74-62,96) ve kontrol (ort ± %95GA; 48,86 ± 45,88-51,84) (F (df); 21,13 (1), p=0,000), Dışa Yönelim Sorunları alt ölçeğinde DEHB (ort ± %95GA; 62,70 ± 60,31-65,10) ve kontrol (ort ± %95GA; 43,52 ± 41,23-45,81) (F (df); 108,50 (1), p=0,000) olarak saptandı (Ancova).

DEHB grubunda SCÖ puanlarını etkileyebilecek değişkenler değerlendirildiğinde yaş, ilk kelime kurma yaşı, eşlik eden tanı varlığı, WÇZÖ toplam puanı, GAOT doğru cevap sayısı ve ÇDDÖ dikkat sorunları puanı çoklu doğrusal regresyon analizi ile incelendi. SCÖ toplam puanını etkileyen değişkenin GAOT doğru cevap sayısı ve ÇDDÖ Dikkat Sorunları puanı olduğu saptandı. ÇDDÖ Dikkat Sorunları puanı arttıkça ve GAOT doğru cevap sayısı azaldıkça SCÖ toplam puanının arttığı belirlendi (Tablo 4).

TARTIŞMA ve SONUÇ

Son yıllarda DEHB'nin sadece davranışsal değil, aynı zamanda sosyal-duygusal etkilerine dönük ilgi artmıştır. Buna rağmen, klinisyenler DEHB tanısı konulan çocuklarda sıklıkla akademik beceriler üzerine odaklanarak sosyal işlevsellikte bozulmaları gözden kaçırabilmektedir. Bizim çalışmamızda DEHB'nin sosyal iletişim amaçlı becerileri etkilemiş olacağı hipotezini, DEHB tanısı konulan çocuklarda duygu ifadesini tanıma becerisi ve sosyal cevaplılık becerileri ışığında inceledik.

Çalışmamızda kullanılan ÇDDÖ klinik dışı psikopatoloji taramalarında etkin bir ölçek olarak kullanılmaktadır (Petty ve ark. 2008). ÇDDÖ alt ölçeklerini toplum örnekleminde değerlendiren bir çalışmada sosyal sorunlar ile dikkat sorunlarının birbiriyle ilişkili olduğu belirlenmiştir (Bohlin ve Janols 2004). DEHB tanısı alan çocuklarda ise ÇDDÖ'nün ruhsal bozukluk tanılarını taramada güvenilir bir araç olduğu, ÇDDÖ'de DEHB grubunun daha fazla sosyal sorun tanımladığı, DEHB ana belirtilerinin sosyal, motor ve bilişsel işlevsellikte bozulmalarla ve psikiyatrik bozukluklarla birliktelik gösterdiği ve DEHB'ye eşlik eden tanıların ÇDDÖ alt ölçek puanlarından belirlenebileceği yazında bildirilmektedir (Biederman ve ark. 2005, Cormier 2008). Bu nedenle, klinik değerlendirmenin yanı sıra ÇDDÖ'nün dikkat sorunları alt ölçeğini grupların dikkat becerilerini kıyaslamada ve DEHB grubunun dikkat sorunlarının şiddetini belirlemede bir ölçüt olarak kullandık. Benzer şekilde tasarlanmış çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olarak çalışmamızda DEHB grubu kontrol grubuna oranla tüm ÇDDÖ alt ölçeklerinde ve toplam alanda daha yüksek puanlar aldı (Greene ve ark. 1996). Bu sonuçlar beklendiği üzere DEHB tanılı çocukların sosyal

ilişkilerinde ve dikkat ile ilişkili becerilerde daha çok sorun yaşadıklarını desteklemektedir.

Çalışmamızda DEHB grubunun konuşma ve tuvalet eğitimi gibi gelişim basamaklarının daha geri bulunması zekâ düzeyi değerlendirmesini de gerekli kılmaktadır. Bu nedenle uygulanan zekâ değerlendirmesinde, DEHB grubunun ortalamalarının sağlıklı çocuklardan daha düşük olduğu saptandı. Buna rağmen her iki grubun zekâ puanlarının normal sınırlar içinde olduğu dikkat çekiciydi. Okul öncesi çocuklarda yapılan bir çalışmada, DEHB tanılı çocukların kontrollere göre gelişim testlerinde daha düşük puanlar aldıkları ve daha fazla davranışsal, sosyal ve akademik zorluk yaşadıkları belirtilmektedir (DuPaul ve ark. 2001). DEHB tanılı çocuklarda sosyal beceriksizliğin psikometrik tanımı ile ilgili yapılan bir araştırmada, DEHB grubu zekâ puanlarının çalışmamızdakine benzer biçimde kontrol grubundan düşük bulunduğu ancak zekâ puanlarının sosyal beceriksizlikle ilişkisinin sınırlı olduğu bildirilmektedir (Greene ve ark. 1996). Önceki çalışmalar zekâ düzeyinin sosyal işlevsellik üzerindeki etkisine dikkat çekmekte fakat bu konuda ayrıntılı bilgi elde edilememektedir. (DuPaul ve ark. 2001, Greene ve ark. 1996).

Çalışmamızda, DEHB tanısı konulan çocuklarda sosyal sorunların ve dikkat sorunlarının daha sık görülmesi ve bilişsel becerilerin sağlıklı çocuklardan geri olması sosyal/duygusal becerilerin de daha detaylı incelenmesini gerektirdi. Otistik bozukluk tanı ölçütlerinden duygusal tepki verebilme ve karşısındakinin duygularını anlayabilme becerileri sosyal işlevselliğin de temelini oluşturmaktadır (Guralnick2005). Bu nedenle, DEHB tanılı çocukların sosyal işlevselliklerini değerlendirmede duygusal yüz ifadesini tanıma becerisi önem taşımaktadır. Çalışmamızda, DEHB grubunun kontrol grubuna göre daha az sayıda duygusal yüz ifadesi tanıdığı gözlendi. Yazında, çalışmamızdakine benzer şekilde DEHB tanılı çocuklarda duygusal yüz ifadelerini tanımada yetersizlik görüldüğü ve bu yetersizliğin kişiler arası sorunlar ile ilişkili olduğunu gösterilmektedir (Pelc ve ark. 2006). Bu bulgular DEHB'nin temel özelliği sayılan dikkat eksikliği ve dürtüsellik belirtileri nedeniyle oluşabileceği gibi çevresel etkenlerden de kaynaklanabilir (Sagvolden ve Sergeant 1998). Ayrıca dikkat gerektiren görsel ve işitsel testlerde DEHB tanılı çocukların kötü performans sergilemelerinin, DEHB'deki yürütücü işlev bozukluklarına bağlı olabileceği bildirilmektedir (Sergeant ve ark. 2002). Bu konu ile ilgili diğer bir açıklama, yazı yazma, çizim yapma ve okuma becerileri gibi birçok alanda zorluk yaşayan DEHB tanılı çocukların algılama konusunda zayıf oldukları ve özellikle yüz ifadesi tanıma yetersizliğinin görsel algılamadaki zayıflıktan kaynaklanabileceği şeklindedir (Gillberg 1998). Kişiler arası ilişkilerde gerekli bir adım olmasına rağmen duygusal yüz ifadelerini tanıma becerisinin sosyal işlevsellik için tek başına yeterli olmadığı düşünülmektedir.

Sosyal cevaplılık çocukların yaşam kaliteleri açısından kritik öneme sahiptir. Sosyal açıdan yetersiz çocuklar okulda, boş zaman aktivitelerinde ve yaşıtlarıyla, kardeşleriyle ve anne babalarıyla daha çok sorun yaşamaktadır. DEHB tanısı konulan çocukların aynı cinsiyetteki sınıf arkadaşlarına kıyasla daha itici ve dışlanmış görüldükleri ayrıca daha az sayıda ikili ilişki kurdukları bildirilmiştir (Hoza ve ark. 1994). Çocukluk çağında görülen ruhsal bozukluklar içinde DEHB ve sosyal işlevsellikte bozulma arasında belirgin bir ilişki görülmektedir. SCÖ'nün kullanıldığı bir çalışmada otistik özelliklerin DEHB olgularında daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Reiersen ve ark. 2008). Çalışmamızda, DEHB tanılı çocukların SCÖ ortalama puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu ve bu çocukların %54,7' sinin eşik altı ya da klinik düzeyde sosyal sorunlar yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Bunun nedeni DEHB'nin diğerlerine karşı takındığı olumsuz ve şiddete meyilli tutumlarla özdeşleşen kendine özgü yapısı olabileceği gibi aşırı hareketli ve dürtüsel davranışlar da olabilir. Ayrıca, DEHB tanılı çocukların diğer bir özelliği de sosyal durumlarda kendini gösteren, dinlemiyormuş gibi görünme ve kolay çelinebilirlik özelliğidir. Dikkat eksikliğine yönelik bu ve benzer belirtilerin de çocuğun sosyal ilişkilerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu konudaki diğer bir görüş ise DEHB'de içsel düzenleyici mekanizmalardaki yetersizlik nedeniyle sosyal sorunların ortaya çıktığı yönündedir (Stroes ve ark. 2003). Çalışmamızın sonuçlarında DEHB grubu ile kontrol grubu arasındaki zekâ düzeyi farkı ortadan kaldırılsa bile duygusal yüz ifadesini tanımada ve sosyal cevaplılıkta DEHB grubunun yetersiz kaldığı ve daha fazla duygusal/davranışsal sorun yaşadığı görülmektedir. Bu sonuçlar, DEHB grubunda görülen sosyal işlevsellikteki bozulmanın zekâ ya da gelişim geriliği yerine bozukluğun kendi etkisinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

DEHB grubunda görülen sosyal işlevsellikteki bozulmanın nedenlerini değerlendirmek amacıyla risk etmenlerini incelediğimizde yaşın, sözel gelişim basamaklarının, eşlik eden tanı varlığının ve zekâ düzeyinin anlamlı değişkenler olmadığı tespit edildi. DEHB tanısı alan çocuklarda sosyal cevaplılık düzeyinin duygusal yüz ifadesi tanıma becerisi ile ilişkili olduğu ve dikkat sorunları varlığında sosyal cevaplılığın azaldığı belirlendi. Toplumsal örneklemde otistik özelliklerin incelendiği bir çalışmada, GAOT doğru cevap sayısı ile duygusal tepkisellik ve sosyal becerileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (Voracek ve Dressler 2006). Bu bilgiler ışığında DEHB tanılı çocuklarda duygusal yüz ifadelerini tanımada zorluk gibi otistik özelliklerin görüldüğü ve bu çocuklarda dikkat sorunlarının duyusal/algısal becerilerin gelişimini sekteye uğrattığı düşünülmektedir. Sonuç olarak DEHB tanılı çocukların karşılıklı ilişkilerde alıcı yetersizliklerinin olması bu çocukların sosyal vericiliklerini etkilemekte; olaylara uygun duygusal tepkiler vermelerini ve içinde bulundukları duruma uyum sağlamalarını zorlaştırmaktadır. Bu çocuklar arkadaşlarıyla daha nadir ve sorunlu ilişkiler kurmaktayken aile ortamında da daha huysuz ve sorunlu çocuklar olarak nitelendirilmektedirler. Belirlenen alanlarda sosyal işlevsellikteki bozulmalara yönelik

erken dönem sosyal beceri eğitimleri gibi müdahale programlarının uygulanması, erişkin döneminde bozukluğun olumsuz sosyal etkilerinin hafiflemesine yardımcı olabilir. Aile eğitimleri ve uygun ilaç tedavileri ile müdahale programlarının etkinliği arttırılmalıdır. Müdahalelerde, DEHB tanısının yanı sıra eşlik eden bozukluklar da göz önünde bulundurulmalı ve gerekirse bu bozukluklara yönelik ek tedaviler de programa eklenmelidir.

Çalışmamızın sonuçları çalışmanın güçlü yönleri ve kısıtlılıkları kapsamında yorumlanmalıdır. Çalışmamızda sosyal cevaplılığın değerlendirilmesinde, çocuğun hobileri, arkadaş ilişkileri, aile içi tutumu gibi sosyal cevaplılık göstergesi sayılabilecek diğer parametreler ayrıntılı olarak sorgulanmamıştır. Bunun yerine, ölçek kullanılarak dolaylı bilgi elde edilmiştir. Değerlendirmelere öğretmen gözlemlerinin de eklenmesi sosyal cevaplılığın birden fazla ortamda incelenmesine katkıda bulunacaktır. Ayrıca çalışmamızdaki bir diğer kısıtlılık, kullanılan GAOT testinin tam standardizasyonunun bulunmamasıdır. Bu testin Türk çocuklarında güvenilirliğinin bulunmaması ve yapılan pilot çalışmada Cronbach alfa katsayısının düşük bir değerde (0.496) saptanması, duygusal yüz ifadelerinin tanınması amacıyla kullanılmasının güvenilir olmadığını düşündürmektedir. Bununla birlikte çalışmada kontrol grubunun olmasının bu durumu telafi ettiği düşünülmektedir. Çalışmamızda DEHB grubunun değerlendirmesi ilaç kullanımına ara verilerek yapılmıştır. Bu çocuklarda algısal becerilerinin ilaçların etkisi altında değişebileceği düşünülmektedir. Bu nedenle DEHB tanılı çocuklar ilaç tedavisi altında değerlendirilerek farklı sonuçlara ulaşılabilir. Ayrıca çocukların tedavi düzenlerinde bozulmaya neden olmamak için ilaç kesintisi 24 saat olarak kısıtlanmıştır. Uzun yarılanma ömrüne sahip ilaçların etkilerinin görüşme sırasında da sürebileceği düşünülmektedir. Bu durum çocukların GAOT ve WÇZÖ-G sonuçlarını etkileyebilir. Sonuç olarak, bu çocukların sosyal cevaplılık ile ilgili belirtilen parametreleri içeren değerlendirmelerin, ileri dönemlerde bu konuda yapılacak çalışmaların gücünü artıracağı düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

Achenbach TM, Edelbrock C (1983) Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and Revised Child Behavior Profile. University of Vermont, Department of Psychiatry, Burlington VT.

Adolphs R (2003) Cognitive neuroscience of human social behaviour. Nature Reviews Neuroscience, 4: 165–78.

Akçakın M (1985) Çocukların Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği'nin tanıtımı ve güvenirlik çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 5: 3-6.

Bagwell CL, Molina BS, Pelham WE ve ark. (2001) Attention-deficit hyperactivity disorder and problems in peer relations: Predictions from childhood to adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40: 1285–92.

Barkley RA (2003) Attention-deficit hyperactivity disorder. Child psychopathology, 2. Baskı, EJ Mash , RA Barkley (Ed), New York. Guilford Press, s. 75-143.

Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J ve ark. (2001) The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. J Child Psychol Psychiatry, 42: 241–51.

Biederman J, Faraone SV (2005). Attention-deficit/hyperactivity disorder. Lancet, 366: 237–48.

Biederman J, Monuteaux MC, Kendrick E ve ark. (2005) The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in paediatric patients with ADHD. Arch Dis Child, 90: 1010–15.

Bohlin G, Janols LO (2004) Behavioural problems and psychiatric symptoms in 5–13 year-old Swedish children – a comparison of parent ratings on the FTF (Five to Fifteen) with the ratings on CBCL (Child Behavior Checklist). Eur Child Adolesc Psychiatry, 13 (Suppl 3) 14-22.

Constantino JN, PrzybeckT, Friesen D ve ark. (2000) Reciprocal social behavior in children with and with out pervasive developmental disorders. J Dev Behav Pediatr, 21: 2-11.

Constantino JN, Davis SA, Todd RD (2003) Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: Comparison of the social responsiveness scale with the autism diagnostic interview-revised. J Autism Dev Disord, 33: 427-33.

Cormier E (2008) Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review and Update. J Pediatr Nurs, 23: 5.

DuPaul GJ, McGoey KE, Eckert TL ve ark. (2001) Preschool children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 40: 508–15.

Edwards G, Barkley RA, Laneri M ve ark. (2001) Parent–adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. J Abnorm Child Psychol, 29: 557–72.

Erol N, Arslan BL, Akçakın M (1995) The adaptation and standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 year old Turkish children. Eunethdis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder, Sergeant J (Ed), Zürih, Fotoratar, s. 97-113.

Erol N, Şimşek Z (1998) Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı: yeterlik alanları, davranış ve duygusal sorunların dağılımı, 1. Baskı, N Erol , C Kılıç , M Ulusoy , M Keçeci , Z Şimşek (Ed), Ankara. Eksek Tanıtım Ltd. Şti, s. 25-75.

Gillberg C (1998) Attention deficits and specific learning disorders. Diseases of the nervous system in childhood, 2. Baskı, J Aicardi (Ed), London. Mac Keith Press, s. 843-52.

Gökler B, Ünal F, Pehlivantürk B ve ark. (2004) Okul çağı çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 11: 109-16.

Greene RW, Biederman J, Faraone SV ve ark. (1996) Toward a newpsychometric definition of social disability in children with attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 35: 571-8.

Gresham FM, MacMillan DL, Bocian KM ve ark. (1998) Comorbidity of hyperactivity–impulsivity–inattention and conduct problems: Risk factors in social, affective, and academic domains. J Abnorm Child Psychol, 26: 393–406.

Guralnick MJ (2005) Early intervention for children with intellectual disabilities: Current knowledge and future prospects. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 18: 313–24.

Hoza B, Mrug, Gerdes AC ve ark. (1994) What aspects of peer relationships are impaired in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? J Consult Clin Psychol, 62: 833-42.

Kaufman J, Birmaher B, Brent D (1997) Schedule for affective disorders and schizophrenia for schoolage children-present and lifetime version (K-SADS-

PL): Initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36: 980-8.

Pelc K, Kornreich C, Foisy ML ve ark. (2006) Recognition of emotional facial expressions in attention-deficit hyperactivity disorder. Pediatr Neurol, 35: 93-7.

Petty CR, Rosenbaum JF, Hirshfeld-Becker DR ve ark. (2008) The child behavior checklist broad-band scales predict subsequent psychopathology: a five-year follow-up. J Anxiety Disord, 22: 532–9.

Polanczyk G, de Limas MS, Horta BL ve ark. (2007) The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. Am J Psychiatry, 164: 942–8.

Reiersen AM, Constantino JN, Todd RD (2008) Co-occurrence of motor problems and autistic symptoms in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 47: 662-72.

Sagvolden T, Sergeant JA (1998) Attention deficit/hyperactivity disorder —from brain dysfunctions to behaviour. Behav Brain Res, 94: 1-10.

Savaşır I, Şahin N (1995) Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISCR) El Kitabı. Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları.

Sergeant JA, Geurts H, Oosterlaan J (2002) How specific is a deficit of executive functioning for attention deficit/hyperactivity disorder? Behav Brain Res, 130: 3-28.

Spencer TJ (2006) ADHD and comorbidity in childhood. J Clin Psychiatry, 67 (Suppl 8) 27–31.

Stroes AD, Alberts ED, Van Der Meer JJ (2003) Boys With ADHD in Social Interaction With a Nonfamiliar Adult: An Observational Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 42: 295–302.

Ünal S, Güler AS, Dedeoğlu C ve ark. (2009) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı olan klinik örneklemde sosyal karşılıklılık: Okul örnekleminden elde edilen kontrol grubu ile karşılaştırma. Poster bildirisi. 19. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi.

Voracek M, Dressler SG (2006) Lack of correlation between digit ratio (2D:4D) and Baron-Cohen's "Reading the Mind in the Eyes" test, empathy, systemising, and autism-spectrum quotients in a general population sample. Personality and Individual Differences, 41: 1481–91.

Weiss M, Weiss G (2002) Attention deficit hyperactivity disorder. Child and Adolescent Psychiatry-a comprehensive textbook, 3. Baskı, M Lewis (Ed), Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins, s. 649-50.

Wyman PA, Sandler I, Wolchik S ve ark (2000) Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. The promotion of wellness in children and adolescents, D Cicchetti , J Rappaport , I Sandler , RP Weissberg (Ed), Washington DC, Child Welfare League of America.

Yıldırım EA, Kaşar M, Güdük M ve ark. (2011). Investigation of the reliability of the "Reading The Mind in The Eyes Test" in a Turkish population. Turk Psikiyatri Derg, 22: 177-86.

Yuill N, Lyon J (2007) Selective difficulty in recognising facial expressions of emotion in boys with ADHD: General performance impairments or specific problems in social cognition? Eur Child Adolesc Psychiatry, 16: 398–404.