

Bilişsel Kopma Sendromu: Belirtileri, DEHB'den Ayrımı ve Tedavi Yaklaşımları

Cognitive Disengagement Syndrome: Symptoms, Distinction from ADHD, and Treatment Approaches

• Hakan Öğütlü¹, • Buse Çam², • Simay Çepni³, • Öznur Bilaç⁴, • Eyüp Sabri Ercan⁵

¹University College Dublin, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Dublin, İrlanda

²King's College London, Psikiyatri Enstitüsü, Ruh Sağlığı Psikolojisi ve Nörobilimi, Londra, Birleşik Krallık

³Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji, İstanbul, Türkiye

⁴Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Manisa, Türkiye

⁵Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZ

Bilişsel kopma sendromu (BKS), bireylerin dikkat sürekliliğinde bozulma, zihinsel bulanıklık ve bilgi işleme hızında yavaşlama yaşadıkları nöropsikolojik bir durumdur. Genellikle hayal kurmaya eğilim, düşünme süreçlerinde yavaşlık ve çevresel uyaranlara karşı düşük tepki verme gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Tarihsel olarak “yavaş bilişsel tempo” terimiyle tanımlanan bu sendrom, başlangıçta tembellik ya da motivasyon eksikliği ile ilişkilendirilmiş olsa da günümüzde bilişsel işlevleri etkileyen bağımsız bir klinik tablo olarak kabul edilmektedir. 1980’li yılların sonlarında ayrı bir durum olarak tanınan BKS, bireylerin odaklanma, bilgi işleme ve görev başlatma becerilerinde belirgin güçlükler yaratmakta, bu da akademik ve sosyal işlevselliği olumsuz etkilemektedir. Bu çalışmanın temel amacı, BKS ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) arasındaki farklılıkları ortaya koymak, bilişsel kopma mekanizmasını daha iyi anlamak ve etkili müdahale stratejilerini belirlemektir. Ayrıca mevcut tedavi yaklaşımlarının etkililiğini değerlendirmek ve gelecekte geliştirilecek daha etkili yöntemlere katkı sağlamak hedeflenmektedir. Bulgular, BKS’nin bilişsel özelliklerinin bireyin yaşam kalitesi üzerinde önemli etkiler yarattığını göstermektedir. BKS’de bilişsel yavaşlık ve dikkat dağınıklığı ön planda iken, DEHB’de hiperaktivite ve dürtüsellik belirgin olmaktadır. Müdahale seçenekleri arasında bilişsel davranışçı terapi, sosyal beceri eğitimi ve farmakolojik tedaviler yer almakta; en etkili sonuçlar ise davranışsal ve biyolojik yaklaşımların bütüncül biçimde uygulanmasıyla elde edilmektedir. Bu alanda daha etkili tedavi stratejileri geliştirilebilmesi için ileri düzeyde ve kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel kopma sendromu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, yavaş bilişsel tempo, biliş, dikkat

ABSTRACT

Cognitive disengagement syndrome (CDS) is a neuropsychological condition characterized by impaired sustained attention, mental fog, and slowed information processing speed. It typically manifests through a tendency toward daydreaming, slowed cognitive processes, and low responsiveness to environmental stimuli. Historically referred to as “sluggish cognitive tempo,” this syndrome was initially associated with laziness or lack of motivation; however, it is now recognized as an independent clinical entity that affects cognitive functioning. Identified as a distinct condition in the late 1980s, CDS leads to notable difficulties in concentration, information processing, and task initiation, negatively impacting academic and social functioning. The primary aim of this study is to delineate the differences between CDS and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), to better understand the mechanism of cognitive disengagement, and to identify effective intervention strategies. Additionally, it seeks to evaluate the efficacy of current treatment approaches and to contribute to the development of more effective future strategies. Findings indicate that the cognitive characteristics of CDS substantially affect individuals’ quality of life. While cognitive slowness and attentional distractibility are predominant in CDS, hyperactivity and impulsivity are more prominent in ADHD. Intervention options include cognitive behavioral therapy, social skills training, and pharmacological treatments; the most effective outcomes are achieved through an integrated application of behavioral and biological approaches. Further advanced and comprehensive research is needed to develop more effective treatment strategies.

Keywords: Cognitive disengagement syndrome, attention-deficit/hyperactivity disorder, sluggish cognitive tempo, cognition, attention

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Doç. Dr. Hakan Öğütlü, University College Dublin, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Dublin, İrlanda

E-posta: hakan.ogutlu@ucd.ie **ORCID:** orcid.org/0000-0002-1325-446X

Geliş Tarihi/Received: 10.01.2025 **Kabul Tarihi/Accepted:** 05.06.2025 **Epub:** 28.10.2026

Atıf/Cite this article as: Öğütlü H, Çam B, Çepni S, Bilaç Ö, Ercan ES. Cognitive disengagement syndrome: symptoms, distinction from ADHD, and treatment approaches. Turk J Child Adolesc Ment Health. [Epub Ahead of Print]

Copyright© 2026 Yazar(lar). Türkiye Çocuk ve Gençlik Psikiyatrisi Derneği adına Galenos Yayınevi tarafından yayımlanmıştır. Creative Commons Atıf-GayriTicari-Türetilemez 4.0 (CC BY-NC-ND) Uluslararası Lisansı ile lisanslanmış, açık erişimli bir makaledir.



Giriş

Cognitive disengagement syndrome, Türkçeye bilişsel kopma sendromu (BKS) olarak çevrilmekte olup dikkat dağınıklığı, zihinsel uyuşukluk ve bilişsel işleme hızında yavaşlık gibi çeşitli belirtilerle karakterize edilen bir sendromdur. Bu klinik tablo, bireylerde zihinsel süreçlerin yavaşlaması, bilişsel sis ve belirgin dikkat eksikliği ile kendini göstermektedir.¹

İlk olarak “yavaş bilişsel tempo” (*sluggish cognitive tempo*) adıyla tanımlanan bu durum, terimin çağrıştırdığı “yavaşlık” ve “zihinsel yetersizlik” gibi olumsuz anlamlar nedeniyle damgalayıcı bulunmuş ve bireyler üzerinde olumsuz psikososyal etkiler yaratabileceği düşünülmüştür. Gerçekleştirilen araştırmalarda yüksek düzeyde yavaş bilişsel tempo belirtileri gösteren çocukların ebeveynlerinin önemli bir kısmının bu terime karşı olumsuz tutum geliştirdiği saptanmıştır. Bu nedenle, alandaki uzmanlar tarafından “bilişsel kopma sendromu” terimi, damgalayıcı çağrışımlardan arındırılmış, daha nötr ve açıklayıcı bir kavramsallaştırma olarak önerilmiştir.²

BKS’ye özgü belirtiler arasında yavaş düşünme, dikkat yoğunlaştırmada güçlük, sürekli zihinsel yorgunluk hali ve bilişsel belirsizlik yer almaktadır.² Bu semptomlar, bireyin akademik performansını, günlük yaşam işlevselliğini ve sosyal etkileşimlerini önemli ölçüde olumsuz etkileyebilmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile karşılaştırıldığında, BKS daha az motor hiperaktivite içermekte, bunun yerine belirgin bir bilişsel yavaşlık ve dikkatten kopma ön plana çıkmaktadır. Bu bireyler, okul ortamında sıkça hayallere dalan bir çocuk olarak görülebileceği gibi, gün boyu zihinsel bulanıklıkla mücadele eden bir yetişkin olarak da gözlemlenebilir.¹ Düşünce süreçlerinin yavaşlaşması, odaklanma güçlüğü ve dikkat dağınıklığı gibi semptomlar, özellikle karmaşık görevleri anlama, yönergeleri takip etme ve sözel bilgiyi işleme becerilerinde zorluklara neden olabilmektedir. Bu bulgular doğrultusunda, BKS’nin nedenleri, bilişsel yansımaları ve klinik seyri üzerine yapılan araştırmalar, literatürde bu durumun farklı bir biçimde kavramsallaştırılmasını ve özgün tanı yaklaşımlarının geliştirilmesini gündeme getirmiştir.

Bu bağlamda söz konusu çalışmada, BKS’nin belirti örüntüsü, DEHB ile olan ilişkisi ve ayırt edici özellikleriyle birlikte ele alınarak mevcut tedavi ve değerlendirme yaklaşımları kapsamlı biçimde incelenmektedir. Çalışmanın temel amacı, BKS’nin DEHB’den nasıl farklılaştığını ortaya koymak, bilişsel kopma mekanizmasını anlamak, semptomların akademik, sosyal ve günlük yaşamdaki etkilerini değerlendirmek ve bu doğrultuda etkili müdahale yöntemlerini belirlemektir. Literatür taraması yöntemiyle yürütülen araştırma, klinik görüşme ve gözlemlere dayalı bulguların yanı sıra ölçme araçlarının [çocuk davranış kontrol listesi (CBCL), çocuk ve ergen davranış envanteri (CABI), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu derecelendirme ölçeği (DEHB-RS) vb.] kullanımını analiz etmekte, ayrıca bilişsel davranışçı terapi (BDT), davranışsal müdahaleler, yapılandırılmış rutinler ve çevresel düzenlemeleri içeren bütüncül tedavi yaklaşımlarını tartışmaktadır. Çalışma kapsamında, BKS’nin bilişsel yavaşlık, içe dönük dikkat kaybı, sosyal geri çekilme

ve düşük motivasyon gibi özgün semptomlarının bireylerin işlevselliği üzerinde ciddi etkilere sahip olduğu vurgulanmakta ve BKS’nin bağımsız bir klinik kategori olarak ele alınmasının, bireyselleştirilmiş tanı ve müdahale stratejilerinin geliştirilmesi açısından kritik olduğu sonucuna varılmaktadır.

Bu çalışmanın sonraki bölümlerinde, BKS’nin tarihsel gelişimi ve DEHB ile olan ilişkisi detaylı biçimde ele alınmaktadır. BKS’nin 1980’lerin sonlarında “yavaş bilişsel tempo” kavramı altında nasıl tanımlandığı ve zamanla damgalayıcı etkilerinden arındırılarak klinik açıdan bağımsız bir yapı olarak nasıl kavramsallaştırıldığı açıklanmaktadır. Devamında, BKS ve DEHB’nin hem bilişsel hem davranışsal düzeyde benzerlikleri ve ayrılan özellikleri karşılaştırmalı olarak incelenmekte; BKS’ye özgü içe dönüklük, düşük enerji ve hayal kurma eğilimi gibi belirtilerin bireylerin akademik başarılarını, sosyal ilişkilerini ve günlük yaşam rutinlerini nasıl etkilediği tartışılmaktadır. Ayrıca, tanı sürecinde kullanılan ölçme araçları (CBCL, CABI, DEHB-RS vb.) ve bu araçların geçerlik-güvenirlik verileri sunulmakta, çok kaynaklı değerlendirme yöntemlerinin tanısallık doğruluk açısından önemi vurgulanmaktadır. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde, farmakolojik ve davranışsal müdahale yöntemleri ele alınmakta; BDT, yapılandırılmış rutinler, görev parçalama ve çevresel düzenlemeler gibi stratejilerin BKS semptomlarının yönetimindeki etkililiği değerlendirilmektedir. Son olarak, sosyal beceri eğitiminin ve klinik gözlem süreçlerinin tanı ve müdahale planlamasındaki rolü tartışılarak, bireyin yaşam kalitesini artırmaya yönelik bütüncül bir yaklaşım önerilmektedir.

Tarihsel Süreç

1980’li yıllara dek DEHB’nin yalnızca iki temel semptom boyutundan, yani dikkatsizlik ve hiperaktiviteden oluştuğu kabul edilmekteydi. Ancak bu dönemde elde edilen ampirik bulgular, bu ikili yapı dışında üçüncü bir semptom kümesinin de varlığını ortaya koymuştur. Bu bağlamda, 1980’lerin sonlarına doğru literatüre “yavaş bilişsel tempo” adı verilen yeni bir kavram girmiştir. Ne var ki, “*sluggish*” (yavaş, uyuşuk) teriminin tembellik ya da zihinsel yetersizlik gibi olumsuz çağrışımlar içermesi, hem klinisyenler hem de tanı almış bireyler ve aileleri açısından damgalayıcı bir nitelik taşımış ve bu adlandırma eleştirilere neden olmuştur. Bu terimin klinik geçerliliği olsa da bireylerde olumsuz bir algı yarattığı ve sosyal kabul açısından sorunlar barındırdığı görülmüştür.¹ Bu nedenle, semptomatolojiyi daha nötr ve betimleyici biçimde ifade edebilecek yeni bir kavrama ihtiyaç duyulmuş; bu ihtiyacın bir sonucu olarak günümüzde giderek daha fazla benimsenen “bilişsel kopma sendromu” terimi kullanılmaya başlanmıştır. Bu yeni kavramsallaştırma, sendromun temelini oluşturan dikkat süreçlerinde kopma ve zihinsel yavaşlık gibi özellikleri daha isabetli biçimde yansıttığı için literatürde kabul görmektedir. BKS’ye yönelik ilk sistematik tanımlamalardan biri, Lahey ve ark.’nın³ 1988 yılında yayımladıkları, DEHB belirtilerine ilişkin dönüm noktası niteliğindeki çalışmalarında yer almaktadır. Söz konusu çalışmada gerçekleştirilen üç faktörlü analizde, daha önce tanımlanmış olan “dikkatsizlik” ve “hiperaktivite” boyutlarına ek olarak, “unutkanlık”, “halsizlik” ve “zihinsel uyuşukluk” gibi

semptomlarla karakterize edilen üçüncü bir faktörün varlığı gösterilmiştir. Bu faktör, sonraki literatürde “yavaşlık” olarak adlandırılmış ve BKS’nin kavramsal temelini oluşturmuştur.³ Bu kapsamlı çalışma, BKS’nin DEHB’nin klasik semptomları olan dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellikten farklı bir bilişsel işleyiş örüntüsüne sahip bağımsız bir yapı olabileceğini ileri sürerek, alandaki tanı ve sınıflama yaklaşımlarına önemli bir katkı sağlamıştır.¹

BKS ve DEHB İlişkisi

BKS ve DEHB, klinik pratikte sıklıkla birlikte görülebilen ve semptomatik olarak belirli örtüşmeler sergileyen iki ayrı nörogelişimsel bozukluktur. Her iki bozuklukta da dikkat süreçlerinde bozulma temel bir özellik olarak öne çıkmakta, bu durum tanı koyma sürecinde ayırıcı tanıyı zorlaştırabilmektedir. Bununla birlikte, BKS ve DEHB arasında belirgin farklılıkların bulunması, bu iki yapının ayrı tanınal kategoriler altında ele alınmasını ve müdahale yaklaşımlarının buna göre farklılaştırılmasını gerekli kılmaktadır. Dolayısıyla, bu ayrımların net bir şekilde ortaya konması hem doğru tanı konulmasını sağlamak hem de bireye özgü en uygun klinik müdahale stratejilerini belirlemek açısından kritik öneme sahiptir.

BKS, DEHB’ye kıyasla kendine özgü bazı semptom profilleriyle ayırt edilebilmektedir. Özellikle sık ve uzun süreli düşünceye dalma (içsel odaklılık), bireyin çevresel uyarılara olan farkındalığını azaltmakta ve dış dünyadan bilişsel olarak kopmasına neden olmaktadır. DEHB’de sıkça gözlenen motor hiperaktivitenin aksine, BKS’de genel bir psikomotor yavaşlık, düşük enerji düzeyi ve davranışsal durağanlık ön plandadır. Bireylerde sıklıkla görülen zihinsel sis, bilişsel karışıklık ve dikkat dağınıklığı, bilgi işleme süreçlerinde yavaşlık ve tepki vermede gecikmeyle sonuçlanmaktadır. Ayrıca, DEHB’de yaygın olarak karşılaşılan dürtüsellik ve ani tepkisellik BKS’de yerini motivasyon eksikliği, etkinlik başlatmada güçlük ve ilgi azlığına bırakmaktadır. Bu semptom örüntüsü, BKS’yi DEHB’den ayıran temel bilişsel ve davranışsal farklılıkların başında gelmektedir.^{4,5}

DEHB ile karşılaştırıldığında, BKS’nin bilişsel etkileri ayırt edici nitelikler taşımakta ve iki bozukluk arasındaki farklılıkları belirgin şekilde ortaya koymaktadır. DEHB, çoğunlukla yürütücü işlevlerdeki bozulmalarla ilişkilendirilir. Bu işlevsel yetersizlikler, işlem belleğinin etkin kullanılmasında güçlük, bilişsel kontrolün sağlanamaması, dikkat odağını sürdürmemeye, görevler arası geçişte zorlanma ve davranışların planlanması ile organize edilmesinde yaşanan problemleri içerebilir. Bu tür yürütücü işlev bozuklukları, bireylerin günlük yaşamda görevleri etkin biçimde yönetmesini engelleyerek hem akademik hem de sosyal işlevsellik üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır.

BKS ise daha çok bilişsel işleme hızındaki belirgin yavaşlık ile karakterize edilen bir yapıdır. BKS semptomları gösteren bireylerde, zihinsel süreçlerin işlenmesinde yavaşlık yaygın olarak gözlemlenmekte, bu durum özellikle akademik görevlerde ve günlük bilişsel taleplerin karşılanmasında önemli performans düşüklüklerine neden olabilmektedir. DEHB’de görülen dikkat dağınıklığı çoğunlukla dışsal uyarılara karşı gelişen seçici

filtreleme güçlüklerinden kaynaklanırken, BKS’ye özgü dikkat sorunları daha çok içsel kaynaklıdır. BKS tanılı bireyler sıklıkla kendi düşünceleriyle, iç monologlarla ya da hayal dünyalarıyla meşgul olduklarından, bilişsel olarak çevrelerinden kopuk bir dikkat örüntüsü sergilerler. Bu içe dönük dikkat dağılması, bireyin çevresel uyarılara tepki verme kapasitesini azaltmakta ve bilişsel katılımı sınırlamaktadır. Bu bağlamda, BKS’nin dikkat süreçlerindeki kopukluğu, DEHB’deki reaktif dikkat dağınıklığından ayrılarak, farklı nörobilişsel mekanizmalara işaret etmektedir.¹

DEHB ile ilişkili semptomlar genellikle hiperaktivite ve dürtüsellik temelli olup, bireyin davranışlarında ani, kontrolsüz ve dışa dönük tepkilerle karakterizedir. Hiperaktivite, aşırı enerji düzeyi ve hareketlilik ile kendini gösterirken, dürtüsellik, bireyin davranışlarını planlamadan, düşünmeden gerçekleştirmesiyle tanımlanır. DEHB tanısı alan çocuklar sıklıkla yerinde durmakta güçlük çeker, sınıf ortamında uzun süre oturamaz ve başka bireylerin etkinliklerine müdahale ederler. Bu tür davranışlar, çoğunlukla çevresel uyarılara karşı aşırı duyarlılık ve yetersiz dürtü kontrolüyle ilişkilidir ve sosyal uyum üzerinde yıkıcı etkilere neden olabilir.¹

Öte yandan, BKS’ye özgü semptomlar daha içe dönük, öz-yönelimli ve düşük uyarılabilirlik düzeyinde seyreden bir örüntüyle karakterizedir. BKS tanılı bireyler sosyal etkileşimlerde daha pasif bir tutum sergileyebilir, çevreleriyle sınırlı düzeyde ilişki kurabilir ve sosyal geri çekilme eğiliminde olabilir. Bu bireylerde genellikle zihinsel meşguliyet ön plandadır; dikkatleri sıklıkla içsel düşüncelere ya da hayal dünyalarına yönelmiştir. Dolayısıyla, bir konuşma sırasında göz teması kurmada zorlanma, karşısındakini dinlemede isteksizlik ya da dikkatin kolayca dağılması gibi belirtiler sıkça gözlemlenebilir.

DEHB’de görülen dürtüsel ve hareketli davranışların aksine, BKS’de belirgin bir davranışsal durağanlık, motivasyon eksikliği ve görev başlatma güçlüğü söz konusudur. Bu bireyler görevleri yerine getirme konusunda genellikle dışsal yönlendirmeye, yapısal desteğe ve ek motivasyona ihtiyaç duyarlar. Bu klinik tablo, BKS’nin düşük davranışsal aktivite düzeyi ve içsel bilişsel kopma ile ilişkili olduğunu ortaya koymakta ve onu DEHB’den ayıran temel davranışsal farkları vurgulamaktadır.^{1,2}

BKS semptomları bireylerin akademik başarı elde etme, sürdürülebilir sosyal ilişkiler kurma ve mesleki yaşamda işlevsellik devam ettirme becerilerini önemli ölçüde olumsuz etkileyebilmektedir. DEHB’ye özgü dürtüsellik ve hiperaktivite genellikle fiziksel kazalar, otorite figürleriyle (örneğin; öğretmenler) çatışma yaşanması ve akranlar tarafından sosyal reddedilme gibi daha görünür ve ani sonuçlara yol açarken, BKS’nin etkileri daha az dışa vurulan, ancak eşit derecede işlevsel kısıtlılık yaratan bir nitelik taşımaktadır.^{1,6} Bu bağlamda, BKS’nin etkisi daha “sessiz” olmakla birlikte, bireyin yaşam kalitesi üzerinde önemli ve kalıcı sonuçlar doğurabilmektedir.

BKS’de sıklıkla gözlenen yavaş bilişsel işleme hızı ve hayal kurmaya eğilim, özellikle okul ortamında ödevleri zamanında tamamlama, sınıf içi anlatımlara dikkat verme ve akranların bilişsel temposuna uyum sağlama gibi görevlerde zorluklara

neden olmaktadır. Bu durum, akademik performansta süregelen bir düşüşe ve öğrenme motivasyonunda azalmaya yol açabilir. Ayrıca, dikkat ve bilişsel meşguliyetin içsel süreçlere yönelmesi bireylerde sosyal ortamlardan geri çekilmeye, iletişim başlatmada isteksizliğe ve sosyal etkileşimleri sürdürmede güçlüğüne neden olmaktadır.

Bu içe dönüklük ve davranışsal pasiflik hali bireylerin çevresi tarafından “utangaç”, “soğuk” ya da “ulaşılmaz” olarak algılanmalarına neden olabilmekte; bu durum da sosyal ilişkilerde daha fazla mesafe oluşmasına, yalnızlık hissinin pekişmesine ve sosyal soyutlanma deneyimlerinin artmasına zemin hazırlamaktadır. Sonuç olarak, BKS’ye özgü bu bilişsel ve sosyal özellikler bireyin yaşamın farklı alanlarındaki işlevselliğini dolaylı ancak derin biçimde etkileyebilmektedir.⁷

BKS ve DEHB, klinik açıdan farklı özelliklere sahip olmakla birlikte sıklıkla bir arada görülen ve yüksek oranda komorbidite sergileyen iki ayrı nörogelişimsel bozukluktur. Literatürde yer alan araştırmalar, DEHB tanısı almış bireylerin önemli bir bölümünün aynı zamanda BKS ile uyumlu semptomlar gösterdiğini ortaya koymaktadır. Nitekim DEHB tanılı çocukların yaklaşık %30 ile %50’sinde BKS semptomlarının eşlik ettiği bildirilmektedir. Bu yüksek eşlik oranı, her iki bozukluğun belirti örüntülerinde belirli bir örtüşmenin varlığını göstermekte ve bu durum tanı sürecini daha karmaşık bir hale getirebilmektedir.

BKS ve DEHB’nin birlikte görülmesi yalnızca semptom yükünü artırmakla kalmaz, aynı zamanda her iki bozukluğun da bireyin işlevselliği üzerindeki etkilerini derinleştirir. Komorbiditenin varlığı klinisyenlerin tanısal değerlendirme sürecinde dikkatli ve bütüncül bir yaklaşım benimsemelerini gerektirir. Bu bağlamda, yalnızca DEHB ya da yalnızca BKS semptomlarına odaklanmak yetersiz kalmakta; her iki bozukluğa özgü bilişsel, davranışsal ve sosyal belirtilerin kapsamlı biçimde değerlendirilmesi ve müdahale stratejilerinin buna uygun olarak yapılandırılması gerekmektedir. Etkili bir klinik müdahale için, hem DEHB’ye özgü dürtüsellik ve hiperaktivite semptomlarının hem de BKS’ye özgü bilişsel yavaşlık, dikkatten kopma ve sosyal geri çekilme belirtilerinin ayrı ayrı ele alınması, ancak eşzamanlı biçimde yönetilmesi önemlidir.⁸

Bu iki bozukluk arasındaki semptom profillerinin farklılığı, BKS ve DEHB için geliştirilen tedavi yaklaşımlarının da birbirinden ayrışmasına neden olmaktadır. DEHB tedavisinde, dikkatin sürekliliğini artırmak, hiperaktiviteyi azaltmak ve dürtü kontrolünü güçlendirmek amacıyla sıklıkla merkezi sinir sistemi uyarıcıları kullanılmaktadır. Bu kapsamda, metilfenidat (örneğin; Ritalin) ve amfetamin türevleri gibi ilaçlar DEHB’nin temel nörobilişsel yetersizliklerini hedef alarak etkili sonuçlar verebilmektedir. Farmakolojik müdahalenin yanı sıra, yapılandırılmış davranışsal terapiler de tedavi sürecine dahil edilmekte; bu terapiler bireyde organizasyon becerilerinin geliştirilmesini, benlik kontrolünün artırılmasını ve sosyal etkileşimdeki yeterliliğin güçlendirilmesini amaçlamaktadır.

Öte yandan, BKS’ye yönelik tedavi yaklaşımları henüz gelişim aşamasında olup, literatürde bu bozukluğa özgü müdahale

protokolleri üzerinde yürütülen çalışmalar devam etmektedir. Mevcut bulgular BKS’nin tedavisinde klasik DEHB ilaçlarının sınırlı bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir. BKS semptomlarına sahip bireylerde genellikle düşük uyarılmışlık, yavaş bilişsel işleme ve motivasyon eksikliği ön planda olduğundan, tedavi stratejilerinin bu özellikleri hedefleyecek şekilde yapılandırılması gerekmektedir. Bu bağlamda, BDT, dikkat eğitimi, sosyal beceri eğitimi ve gerektiğinde farmakolojik destek gibi müdahalelerin bütüncül biçimde ele alınması önerilmektedir.⁹ BKS semptomlarının yönetiminde, davranışsal müdahaleler bireyin bilişsel ve motivasyonel düzeyine uygun stratejiler geliştirerek işlevselliği artırmayı hedeflemektedir. Bu kapsamda uygulanan yaklaşımlar bireyin dikkatini sürdürmesine yardımcı olmak, içsel dikkat dağınıklığını azaltmak ve görevleri yapılandırılmış biçimde yürütebilmesini sağlamak üzere tasarlanmaktadır. Davranışsal müdahalelerde, aktif dinleme becerilerinin geliştirilmesi ve bireyin dikkat odağını güçlendirecek şekilde küçük, ulaşılabilir hedeflerin belirlenmesi temel yaklaşımlar arasında yer almaktadır. Bu hedefler bireyin sıkça içine daldığı hayal dünyasından ayrılmasını kolaylaştırabilmekte ve dikkatini mevcut göreve yönlendirmesine katkı sağlamaktadır.^{1,10-12}

Semptomatoloji

Hayal Kurma ve Bilişsel Kopma

BKS’nin en yaygın semptomu yoğun hayal kurmadır. Otizm spektrum bozukluğuna sahip bireyler gibi duyuşal süreçler ve sosyal iletişimde zorluk yaşayan kişiler, odaklanmakta güçlük çekerler ve gün boyunca sık sık her türlü düşüncenin içinde kaybolabilirler. Bu durum bilinçsiz bir düzeyde olsa bile çevreleriyle olan bağlantılarını koparabilir. Zihnin içinde dolaşma ya da bilişsel kopma olarak tanımlanan bu olgu, dikkat süreçlerinde belirgin bir dağınıklığa yol açarak, bireyin konuşmalar, sosyal etkileşimler ve akademik faaliyetler sırasında yürütülen etkinlikten kopmasına veya içsel düşüncelere yönelmesine neden olmaktadır. Bu artan hayal kurma eğilimi öğrenme süreçlerini ve sosyal etkileşimleri büyük ölçüde kesintiye uğratabilmektedir.^{1,2}

Yorgunluk ve Düşük Enerji

BKS ile görülen halsizlik (uyku hali) bireyleri yıpratır. Aynı zamanda uzun süreli veya çok detaylı dikkat gerektiren aktiviteleri planlamayı ve bu aktivitelere katılmayı zorlaştırabilir. Bu durum yeni aktivitelere katılma konusunda heves eksikliğine yol açarak hayatın geri kalanına da yansır ve bireylere kendilerini diğer konulara karşı da motivasyonsuz hissettirebilir.^{1,2}

Zihinsel Bulanıklık ve Yavaş İşleme Hızı

Zihinsel bulanıklık ve bilişsel olarak bir “sis” içinde olma durumu BKS’nin ek belirtilerindendir. Zihinsel bulanıklık, bilişsel işleme hızının yavaşlamasına ve bilginin akılda tutulması ile hatırlanmasında güçlüğüne neden olabilir. Bütün bunlar akademik ve sosyal ortamlarda daha fazla zorlanmaya yol açmaktadır. Hızlı düşünme, karar verme ve problem çözme becerilerini gerektiren

görevler daha da zorlayıcı hale gelmekte, bu durum da hayal kırıklığının artmasına ve bireylerin yeteneklerine duydukları güvenin azalmasına neden olmaktadır.^{1,2}

Kayıtsız Tutum ve Sosyal Geri Çekilme

BKS, bireylerin başkaları tarafından nasıl algılandığını da etkileyebilmektedir. Sosyal geri çekilme BKS için tipik bir durumdur. Hayal kurma ve bilişsel kopma gibi BKS semptomları ortaya çıktığında, bu kişiler başkaları tarafından arkadaşlık ilişkilerinden duygusal olarak daha kopuk görülebilir. Bu durum daha az sosyal fırsata ve ilişkiye yol açarak onları yalnızlaştırabilir ve çevrelerine karşı yabancılaşmış hissettirebilir.^{1,2}

Günlük Yaşam Üzerindeki Etkisi

Akademik Zorluklar

BKS semptomlarına sahip bireyler birçok akademik zorlukla karşılaşmaktadır. Bilişsel işleme hızında yavaşlık ve hayal kurma atakları ile karakterize edilen BKS bir çocuğun akademik standartları karşılayabilme becerisini ciddi şekilde engellemektedir. Bir ödevi zamanında bitirmek, akranları ile benzer içerikleri aynı hızda kavrayabilmek ve derslere odaklanmak gibi görevler BKS semptomlarına sahip bireyler için daha zor olmaktadır. Bu tür öğrencilerin akademik alanda başarılı olabilmelerini sağlamak için eğitimcilerin ek yardımlara ve düzenlemelere ihtiyaçları bulunmaktadır. Örneğin; görevleri daha küçük parçalara ayırmak, sık sık mola vermek ve bu zorlukları aşmaya yardımcı olabilecek görsel destekler kullanmak gibi yöntemler tercih edilebilmektedir. Bir birey akademik olarak yüksek bir performans gösterebilecek entelektüel kapasiteye sahip olsa dahi, BKS semptomları genellikle akademik başarısızlığa yol açmaktadır.^{7,13,14}

Sosyal İlişkiler

BKS semptomlarına sahip bireylerin sosyal ilişkileri çoğunlukla zayıf olmaktadır. Etkileşime giremediklerinde veya girmeye istekli olmadıklarında, akranlarıyla yakın arkadaşlık ilişkileri kurmak zorlaşmaktadır.

Bu durum, arkadaşlık veya sosyal deneyim korkusunun da etkisiyle bireyler için çok daha yalnız ve izole bir dünya yaratmaktadır. BKS ile ilişkili sosyal zorlukların uzun vadeli sosyal gelişim üzerinde olumsuz etkileri olabilmekte ve bu etkiler ruh sağlığı sorunlarına yol açabilmektedir.^{14,15}

Günlük Rutinler ve Aile Yaşamı

BKS semptomları evdeki günlük rutinleri bozabilmektedir. BKS semptomlarına sahip çocuklar, aileleriyle birlikte bir şeyler yapmak istemeyebilir, bunun yerine tek başlarına oturup hayal kurmayı veya tekrarlayan davranışlarda bulunmayı tercih edebilir. Giyinmek, ev ödevlerini yapmak ve aile yemeklerine katılmak gibi basit günlük yaşam aktiviteleri yeterli yönlendirme ve destek olmadıkça zor olabilmektedir. BKS semptomlarının birikmesi birey ve ailesi için ek stres oluşturmakta ve bu zorlukların üstesinden gelebilmek için daha fazla destek veya müdahale gerekebilmektedir.¹⁶

Klinik Görüşmeler ve Gözlemler

DSM-5'te ayrı bir tanı olarak yer almamakla birlikte, BKS klinisyenlerin gözden kaçırmaması gereken kritik bir tanıdır. BKS tanısını koymak karmaşık olabilir ve bu süreç, semptomların ve işlevselliğin yaşamın farklı alanlarındaki bütünsel görünümünü elde etmek amacıyla dikkatle yürütülen gözlemleri içeren klinik görüşmeleri kapsmalıdır. Bu doğrultuda BKS, DEHB gibi diğer bozukluklardan doğru biçimde ayırt edilmeli ve bireyler için tedavi süreçlerini kolaylaştıracak uygun destekleyici müdahale yöntemleri oluşturulmalıdır.

Klinik görüşme sırasında, klinisyenler bireyin geçmişi ve çeşitli ortamlardaki faaliyetleri hakkında bilgi toplamalıdır. Sürecin tüm yönleriyle anlaşılabilmesi için, ebeveynler, öğretmenler ve diğer bakım verenler gibi çeşitli kaynaklardan da geri bildirim alınması gerekmektedir. Yapılan görüşmelerde, bireyin gelişim süreci ve karşılaştığı zorluklarla ilgili kapsamlı bir bakış açısı geliştirmek amacıyla çeşitli temel noktalara değinilmektedir.⁷

Klinisyenler genellikle bireyin ne zaman konuşmaya ve yürümeye başladığı ve çocuğun başkalarıyla nasıl etkileşime girdiği gibi erken gelişimsel aşamaları tamamlayıp tamamlamadığını sorarak bu sürece başlamaktadır. Bu alanlar tipik örüntüler göstermesine rağmen, bireydeki bazı düzensiz örüntülerin gecikmeli olarak görülmesi BKS'nin erken belirtisi olabilmektedir. Bu durum klinisyene belirtilerin ne zaman ve nasıl ortaya çıktığı konusunda bilgi vermekte ve neden ortaya çıktıklarına dair bir bakış açısı kazandırmaktadır.⁷

Ayrıca, öğretmenlerin çocuk hakkındaki gözlemleri de önemli bir bilgi kaynağıdır. Öğretmenler BKS'nin özelliklerine benzeyen örüntülerden bahsedebilir (örneğin, zayıf dikkat, yavaş çalışma performansı, hayal kurma). Bu akademik ve davranışsal gözlemler BKS'nin eğitim sürecinde öğrenme ve sosyalleşme üzerindeki etkilerinin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayabilir.¹¹

Hayal kurmanın sıklığına, süresine ve işlevine yönelik değerlendirmeler klinik açıdan önemli bulgular sunmaktadır. Klinik görüşmelerde bireylerin konuşmalar veya görevler sırasında ne zaman ve hangi koşullarda zihinlerine daldıklarını belirlemeye yönelik sorular bu davranışların sistematik olarak izlenmesine olanak tanımaktadır. Bu yöntem zihinsel meşguliyet ve bilişsel kopmaların niceliksel olarak değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır.¹⁷ Bir diğer önemli nokta ise gün boyunca enerji düzeyinin izlenmesi ve ne zaman zihinsel bulanıklık ya da yorgunluk yaşadığının belirlenmesidir. Ebeveyn veya öğretmenin bakış açısından, çocuk sınıf arkadaşlarına ayak uyduramamakta (veya daha kolay yorulabilmekte) olup bu durum BKS'de görülen enerji dalgalanmalarını yansıtmaktadır.¹⁸ Bireyin motivasyon düzeyini ve herhangi bir etkinliğe ilgi duyup duymadığını değerlendirmeye yönelik sorular ilgisiz tutumun belirlenmesine katkı sağlayabilir. Bu kayıtsızlık genellikle eğlenceli olarak kabul edilen aktivitelere karşı azalmış ilgi veya keyif almanın yanı sıra sosyal ve akademik deneyimlerden uzaklaşma şeklinde kendini gösterebilir.¹⁹

Ayrıca, bireylerle okul ve günlük yaşam bağlamında bilişsel görevleri tamamlama sürelerine ilişkin görüşmeler yapılmaktadır. Ödevleri bitirme, soruları yanıtlama veya

karmaşık durumlarda karar verme süreçlerinin uzaması bilişsel işlevlerdeki olası zorluklara işaret edebilir. Bu zorlanmalar, BKS'de görülen bozulmaların benzer biçimdeki diğer durumlardan neden farklı olduğunu açıklamaktadır. Bunun yanı sıra, görüşmede dikkat sorunları nitel olarak incelemektedir. DEHB'de görülen dış uyaranlara bağlı dikkat dağınıklığının aksine, BKS, bireylerin genellikle kendi iç dünyalarına çekilerek uzun süreli hayallere veya düşüncelere daldığı, zihinlerinin kolayca farklı konulara kaydığı bir durumla karakterizedir. Bu içsel odaklanma ve bilişsel kopma herhangi bir dış göreve odaklanmayı önemli ölçüde zorlaştırabilir.²⁰

Görüşmeler sırasında yapılan davranışsal gözlemler de bireyin nasıl davrandığına dair önemli bilgiler sağlayabilmektedir. Klinisyenler bu gözlemleri gerçekleştirirken, bireylerin sosyal etkileşimlerini yakından incelemekte; bu tür durumlarda herhangi bir geri çekilme davranışına veya belirgin bir etkileşim eksikliğine özellikle dikkat etmektedir. Ebeveynlerden veya öğretmenlerden bireyin sosyal olarak kopuk ya da grup içindeyken tepkisiz görüldüğüne dair geri bildirimler alınabilmektedir. Bu tür bulgular BKS ile tutarlı sosyal geri çekilme davranışının belirlenmesine katkı sağlamaktadır.

Söz konusu görüşme bireyin bir göreve başlama ve bu görevi tamamlama düzeyini değerlendirmeye yönelik olarak gerçekleştirilmektedir. Pasiflik görevlere başlamada ek yönlendirme ya da teşvik ihtiyacı, kendiliğinden katılımın azalması ve görev sırasında düşük etkileşim düzeyi şeklinde kendini gösterebilmektedir. Bu tür davranışların tespit edilmesi klinisyenlerin bireyin görev başlatma becerilerini güçlendirmeye ve genel katılım düzeyini artırmaya yönelik özel müdahale stratejileri geliştirmelerine olanak tanımaktadır.²¹

Toplanması gereken temel veriler arasında BKS semptomlarının bir öğrencinin sınıf içindeki akademik başarısını nasıl olumsuz etkilediğine dair bulgular yer almaktadır. Derslere odaklanma, ödevleri tamamlama ve sınıf içi etkileşimlere katılım gibi alanlardaki güçlükler BKS'nin öğrenme süreci ve eğitim çıktıları üzerindeki etkisini ortaya koymaktadır. Bu değerlendirme süreci daha sonra BKS'nin bireyin sosyal ilişkileri üzerindeki yansımalarına odaklanmaktadır. Birey, içe dönük ve pasif yapısı nedeniyle ebeveynleri ve akranları tarafından utangaç veya arkadaş edinmeye isteksiz olarak tanımlanabilir.¹⁴

Klinisyenler BKS'nin yaşam kalitesi üzerindeki önemli sosyal etkilerini deneyimli bir sağlık uzmanının rehberliğinde değerlendirir. BKS ve DEHB arasında bir komorbidite olduğu için klinisyenler bu bozuklukların semptomlarını birlikte tanımlama konusunda dikkatlidir. Bu durum, dikkatsizlik gibi DEHB semptomları ile zihinsel bulanıklık ve uyuşukluk gibi BKS'ye özgü semptomların birbirinden ayrılabilmesine olanak tanımaktadır. Görüşmede ayrıca, genel işlevselliği etkilediği durumlarda, BKS ile eşzamanlı olarak görülebilecek anksiyete, depresyon ve öğrenme güçlüğü gibi komorbid durumların düzeyleri de değerlendirilmektedir. Komorbid durumların belirlenmesi, bireyi bütüncül biçimde ele alan bir planın oluşturulmasında önemli bir basamaktır.¹⁵

Sınıftan ev ortamına uzanan doğal ortamlarda bireyin davranışlarını gözlemlemek kapsamlı bir değerlendirme sağlayabilmektedir. Gözlemler çocuğun görevlerle nasıl ilgilendiğini (örneğin; hayal kurma, yavaş çalışma hızı veya tamamen kopma gibi davranışlar) değerlendirmeye yöneliktir. Bu gözlemler BKS semptomlarının günlük faaliyetler sırasında nasıl ortaya çıktığını anlamaya katkı sağlamaktadır.^{8,14}

Etkileşimlerin dikkatle izlenmesi, çoğu ebeveynin gözünden kaçabilen geri çekilme, pasiflik ve sosyal izolasyon gibi davranışların fark edilmesini mümkün kılabilir. Bir bireyin kendisine talimat verildiğinde ve geri bildirimle karşılaştığında ne tür tepkiler verdiğini değerlendirmek de klinik açıdan önemlidir (örneğin; bireyin tekrarlanan ipuçlarına veya teşvike ihtiyaç duyup duymadığı). Bu tür gözlemler bireyin çevresel uyaranlara duyarlılığına ve verilen görevleri takip etme düzeyine ilişkin önemli bir bakış açısı sunmaktadır.¹

Bu yaklaşım, detaylı klinik görüşmeler ve düzenli olarak gerçekleştirilen gözlemler aracılığıyla BKS'nin kapsamlı biçimde değerlendirilmesini sağlamaktadır. Aynı zamanda klinisyenlere, bireye özgü semptomların ve bu semptomlara eşlik eden bozuklukların günlük yaşam üzerindeki etkilerine dair daha incelikli bir anlayış sunmaktadır. Tanı ve müdahale planlaması için kapsamlı bir değerlendirme süreci, BKS semptomlarına benzer belirtiler gösteren bireylerde klinik sonuçların iyileştirilmesi açısından önemlidir.

BKS'nin özgül özelliklerinin diğer bozukluklardan nasıl ve ne derece farklılık gösterdiğine dair bilgi edinilmesi klinisyenlerin bu bireylerin gereksinimlerini dikkate alarak hedefe yönelik müdahale stratejileri geliştirmelerine yardımcı olmaktadır. Bu süreç bireylerin genel işlevsellik düzeylerini ve yaşam kalitelerini artırmaya yönelik etkili müdahale yaklaşımlarının uygulanabilmesini mümkün kılmaktadır.^{2,22-24}

Ölçme ve Değerlendirme

BKS'yi doğru biçimde ölçmek geçerli ve güvenilir araçlar gerektirmektedir. Bu tür ölçüm araçları özellikle DEHB gibi yaygın bozukluklarla ayırıcı tanı ve BKS ile ilişkili işlevsel sonuçların değerlendirilmesinde kritik bir rol oynamaktadır. Bu bölümde BKS değerlendirmesi için kullanılan temel ölçüm araçları açıklanmaktadır.

Barkley Yavaş Bilişsel Tempo Ölçeği

Barkley²⁵ tarafından geliştirilen Barkley yavaş bilişsel tempo ölçeği BKS semptomlarını ölçmeye odaklanmış bir araçtır. Bu ölçek iki ana kategoriden oluşmaktadır: hayallere dalma ve yavaşlık. Ölçeğin herbir maddesi 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır (1: "asla ya da nadiren", 4: "çok sık"). Ölçek "gündüz düşleri", "uyanık kalma güçlüğü", "zihinsel bulanıklık" ve "görevleri tamamlamada yavaşlık" gibi maddeleri içermektedir. Daha yüksek puanlar semptomların daha yoğun olduğunu gösterir. Ölçek, BKS semptomlarını ayrıntılı bir şekilde ölçerek bu semptomların DEHB'den ayrılmasına yardımcı olan güvenilir bir değerlendirme sunmaktadır. Ölçek çok sayıda çalışmada yüksek iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği göstermiş, kapsamlı

biçimde doğrulanmıştır. Bu değerlendirme aracı BKS'nin özelliklerini ve sonuçlarını araştıran çalışmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Ayrıca, BKS'yi değerlendirmek ve tanı koymak isteyen klinisyenler için etkili bir yöntem sunmaktadır.²⁵

Çocuk ve Ergen Davranış Envanteri

BKS'yi değerlendirmek için en uygun anketlerden biri, son zamanlarda güçlü ampirik desteğe sahip olan ve BKS semptomlarını güvenilir bir şekilde ölçme kapasitesine sahip CABI maddeleridir. Maddelerin seçimi, BKS semptomlarını doğru biçimde değerlendirme yeteneğine göre yapılmıştır. Ebeveynler ve öğretmenler, bireysel BKS semptomları için genel bir puan elde etmek amacıyla belirli bir ölçek üzerinde puan verirler. Ölçek, kapsamlı bir değerlendirme için BKS ile ilgili geniş bir davranış yelpazesini ölçmeyi hedeflemektedir. CABI'nin faktör analizi ve diğer doğrulama çalışmaları ile desteklenen yüksek iç tutarlılık ve test-tekrar test güvenilirliği, ölçeğin BKS'yi saptama kapasitesini göstermektedir.²⁶

Bu bağlamda, 15 maddelik CABI-yavaş bilişsel tempo ölçeği de güvenilirliği ve geçerliği kanıtlanmış bir ölçüm olarak kullanılmaktadır.²⁷⁻²⁹ Maddeler 0-5 arasında puanlanan altılı bir ölçekle değerlendirilmektedir: “neredeyse hiç”, “nadiren”, “bazen”, “sıklıkla”, “çok sık” ve “neredeyse her zaman”. CABI, BKS ile ilgili semptomları değerlendirmede hem ölçülebilir hem de klinik yararlılığa sahiptir; bu özellik, onu yalnızca BKS'nin nasıl ifade edildiğini ve diğer bozukluklardan nasıl ayrıldığını araştırmada değil, aynı zamanda tanı ve tedavi süreçlerinin geliştirilmesine katkı sağlayan değerli bir kaynak haline getirmektedir.^{26,29}

Çocuk Davranış Kontrol Listesi

CBCL Achenbach ve Rescorla³⁰ tarafından geliştirilmiş olup, 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerde duygusal ve davranışsal sorunları kapsamlı biçimde değerlendirmek amacıyla sıklıkla kullanılan bir ölçme aracıdır. CBCL'nin BKS alt ölçeği doğrudan BKS semptomlarını değerlendirmeyi hedefleyen maddeler içermektedir. Bu maddeler arasında “hayal kuruyor” ve “boş boş bakıyor” gibi, sendroma özgü davranışsal belirtileri ölçmeye yönelik ifadeler yer almaktadır. Ebeveynlerin değerlendirmesiyle uygulanan bu ölçek her bir madde için üç dereceli bir puanlama sistemi kullanılmaktadır (0=doğru değil, 1=biraz veya bazen doğru, 2=çok doğru veya sık sık doğru). Ölçekten elde edilen yüksek T-skorları daha şiddetli semptomları, düşük T-skorları ise daha hafif belirtileri ifade etmektedir. BKS alt ölçeğinin Cronbach alfa değerinin 0,70'in üzerinde olması bu alt ölçeğin iç tutarlılığının yeterli düzeyde olduğunu göstermekte ve güvenilirliğini desteklemektedir. Ayrıca, yapı geçerliği de çok sayıda çalışmayla doğrulanmıştır. CBCL BKS semptomlarını sınıflandırmak ve derecelendirmek diğer psikiyatrik bozukluklardan ayırıcı tanı yapılmasına katkı sağlamak ve zaman içinde semptom şiddetindeki değişiklikleri izlemek amacıyla hem klinik uygulamalarda hem de araştırma alanında yaygın olarak kullanılan geçerli ve güvenilir bir değerlendirme aracıdır.³⁰

Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği

Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇODDÖ) BKS'yi kapsayan çocuk davranış problemlerini kategorize etmeyi amaçlayan kapsamlı bir değerlendirme aracıdır. Bu ölçek kapsamında yer alan kategoriler arasında halsiz, yavaş hareket eden ya da enerjisi düşük olma, göz teması kurmaktan kaçınma ve kendi iç dünyasına dalma, kolay yorulma, sersemlemiş ya da kafası karışmış görünme, uykulu veya uyanık olmama durumu ile kayıtsız davranışlar yer almaktadır.

Ebeveynlerin bu davranışları değerlendirmesi dört dereceli bir puanlama sistemi ile gerçekleştirilmektedir (0=neredeyse hiç veya hiç değil, 1=bazen, 2=sık sık, 3=çok sık). Bu maddeler faktör analiziyle incelenmiş, diğer davranış sorunlarından ayrıştığı gösterilmiş ve ölçek içinde ayrı bir faktör olarak doğrulanmıştır.

ÇODDÖ'de yer alan BKS'ye özgü maddeler, iç tutarlılık (örneğin; Cronbach alfa katsayıları) ve test-tekrar test güvenilirliği açısından güçlü istatistiksel sonuçlar vermektedir. Ölçekteki puanların BKS semptomlarını değerlendirmede yapısal uyumunun yüksek olması ve dış geçerlik açısından elde edilen olumlu bulgular bu ölçeğin hem klinik uygulamalarda tanı sürecinde hem de BKS'yi kavramsallaştırmaya yönelik bilimsel araştırmalarda etkin biçimde kullanılabileceğini göstermektedir.³¹

Öğretmen ve Ebeveyn Değerlendirme Ölçekleri

Öğretmenler ve ebeveynler tarafından derecelendirilen DEHB-RS-IV BKS semptomlarının değerlendirilmesine katkı sağlamaktadır. Bu değerlendirme aracı BKS'ye özgü maddeleri içerecek şekilde güncellenmiş ve Vanderbilt DEHB tanısal öğretmen derecelendirme ölçeği ile ebeveyn derecelendirme ölçeği kullanılarak desteklenmiştir. CBCL ve BKS değerlendirmelerinde olduğu gibi, öğretmenler ve ebeveynler BKS ile ilişkili davranışların sıklığını derecelendirmektedir.

Semptomların farklı bağlamlarda gözlemlenerek kaydedilmesi çok kaynaklı değerlendirmenin uygulanmasına olanak tanımakta ve bu kapsamlı yaklaşım tanısal doğruluğun artırılmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca, öğretmen ve ebeveyn derecelendirmeleri arasında yüksek düzeyde değerlendiriciler arası güvenilirlik elde edilmesi, çoklu bilgilendirici yönteminin geçerliğini ve güvenilirliğini desteklemektedir. BKS'nin bu biçimde değerlendirilmesi yalnızca yapının doğru ölçülmesini sağlamakla kalmamakta, aynı zamanda ev ve okul ortamlarında gözlemlenen tutarsız davranış örüntülerinin belirlenmesine olanak tanıyarak klinisyenlere olası müdahale stratejileri hakkında önemli bilgiler sunmaktadır.^{32,33}

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Derecelendirme Ölçeği

Başlangıçta yalnızca DEHB semptomlarını ölçmek amacıyla geliştirilen DEHB-RS'nin bazı versiyonları BKS semptomlarını da içerecek şekilde uyarlanmıştır. Bu güncellenmiş ölçekler DEHB ve BKS semptomlarının birlikte değerlendirilmesine olanak tanımakta olup, her bir madde 0'dan 3'e kadar derecelendirilmektedir; daha yüksek puanlar daha şiddetli semptomlara işaret etmektedir.

BKS'ye özgü maddelerin değerlendirme sürecine dahil edilmesi dikkatsiz DEHB alt tipi ile BKS semptomlarının daha net biçimde ayırt edilmesini kolaylaştırmaktadır. Bu bağlamda, BKS maddelerini içeren uyarlanmış DEHB-RS versiyonlarının yüksek düzeyde iç tutarlılık sergilediği ve güvenilirlik ile geçerlik ölçütlerini karşıladığı, yapılan ampirik çalışmalarla gösterilmiştir. DEHB ve BKS'yi aynı değerlendirme süreci içinde bütüncül biçimde ele alabilen bu ölçüm aracı özellikle dikkatsiz alt tipe sahip DEHB olgularını BKS'den ayırt etmek isteyen klinisyenler için değerli ve pratik bir seçenek sunmaktadır.^{32,33}

Kontrol ve Müdahale

Farmakolojik Müdahaleler

Hem BKS hem de DEHB belirtileri olan çocuklarda farmakolojik müdahaleler, iki duruma özgü belirtiler ile bu belirtilerin yaşa bağlı değişen görünümü göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.³⁴ DEHB'ye eşlik eden BKS belirtilerine yönelik farmakolojik araştırmalarda en sık incelenen ilaçlar metilfenidat, atomoksetin ve lisdeksamfetamin; bu ilaçlara ilişkin bulgular aşağıda ayrı ayrı ele alınmaktadır.

Metilfenidat

DEHB tanılı çocuklarla yürütülen açık etiketli bir çalışmada, metilfenidat tedavisiyle BKS toplam puanlarında ve hayal kurma belirtilerinde azalma bildirilmiştir.³⁵ Randomize, çift kör bir çalışmada ise başlangıçtaki BKS yavaşlık/uykululuk belirtilerinin daha yüksek olması, metilfenidat tedavisiyle dikkatsizlik belirtilerinde daha sınırlı iyileşmeyle ilişkili bulunmuştur.³⁶

Lisdeksamfetamin

DEHB tanısı almış yetişkinlerle yürütülen bir çalışma lisdeksamfetaminin genel DEHB semptomları üzerindeki terapötik etkilerinden bağımsız olarak, BKS semptomlarının tedavisinde de etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu bulgu lisdeksamfetaminin yalnızca DEHB ile ilişkili dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerine değil, aynı zamanda BKS ile ilişkili yavaş bilişsel işleme, hayal kurma ve zihinsel dalgınlık gibi semptomlara yönelik de fayda sağlayabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla, lisdeksamfetaminin hem DEHB hem de BKS'ye ilişkin çeşitli semptomların yönetiminde yardımcı olabileceği belirtilmektedir.³⁷

Atomoksetin

Atomoksetinin BKS tedavisi için ABD Gıda ve İlaç Dairesi onayı bulunmamaktadır. DEHB ve disleksi birlikteliği olan çocuk ve ergenlerde yürütülen randomize, çift kör bir çalışmada, atomoksetinin ebeveyn ve öğretmen bildirimlerine dayalı yavaş bilişsel tempo belirtilerini plaseboya kıyasla anlamlı ölçüde azalttığı bildirilmiştir. Çalışmanın 16 haftalık akut fazında tüm tanı grupları birlikte değerlendirildiğinde, atomoksetin grubunda uyku hali ve yorgunluk plasebo grubuna göre daha sık görülmüştür.³⁸

Bupropion

Bir antidepresan olan bupropion, BKS ile ilişkili halsizlik veya hareketsizliğin bir kısmını da azaltabilmektedir. Buna rağmen çocuklarda ve genç yetişkinlerde beklenenden daha fazla yan etki görülebildiği unutulmamalıdır.³⁹

Viloksazin

Viloksazin, DEHB için yakın zamanda onaylanmış olup Avrupa'da antidepresan olarak kullanılmaktadır. BKS üzerindeki etkisi kapsamlı biçimde araştırılmamıştır, ancak klinisyenler bu ilacın sedasyon dahil olmak üzere yan etkilerini dikkate almalıdır.⁴⁰

Mevcut bulgular sınırlı olsa da, bu ilaçların BKS semptomlarını hafifletmeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Tedavi planları her çocuğun bireysel ihtiyaçlarına göre uyarlanmalı ve ilaçların yan etkilerine dikkat edilmelidir. Ayrıca, farmakolojik tedavilerin psikososyal müdahalelerle birleştirilmesi tedavinin etkililiğini artırabilir.⁴¹

Davranışsal Müdahaleler

Yapılandırılmış rutinlerin öngörülebilirliği BKS belirtileri olan bireyler için büyük önem taşımaktadır; bu tür yapılandırmalar kaygı düzeyini azaltmakta ve bireylerin gün içinde ne ile karşılaşacaklarını öngörebilmelerine olanak sağlamaktadır. Yapılandırılmış rutinler, uyanma, kahvaltı yapma, okula gitme, ev ödevlerini tamamlama, film ya da televizyon izleme gibi boş zaman etkinliklerini ve uyuma süreçlerini içeren günlük bir program geliştirilmesini kapsamaktadır. Bu programın görsel olarak desteklenmesi (örneğin; fotoğraflar ve görsel çizelgeler aracılığıyla) bireylerin olayların sırasını takip etmelerini kolaylaştırmakta ve günlük yaşamın akışını daha anlaşılır ve yönetilebilir hale getirmektedir.^{2,42}

Görevlerin Küçük Parçalara Ayrılması ve Ödül Temelli Pekiştirme

Görevleri daha küçük parçalara bölmek bireylerin odaklanmasını kolaylaştırabilir. Örneğin; haftanın sonunda tamamlanması gereken büyük bir ev ödevini her bölüm için adım adım talimatlarla parçalara ayırmak, zorlayıcı görünen görevleri yönetilebilir hale getirebilir. Olumlu pekiştirme, bir davranışın ödüllendirilmesi şeklinde tanımlanır. Buna örnek olarak, bir görevi başarıyla tamamladıktan veya sosyal davranışlarda bulunduktan sonra bireylere bir ödül vermesi gösterilebilir. Bu tür bir pekiştirme hem bireyleri motive etmekte hem de uygun davranışların ortaya çıkmasını desteklemektedir.⁴³

Bilişsel Davranışçı Terapi

Bulgular, BDT'nin BKS belirtileri gösteren bireylerde içselleştirilmiş semptomların yönetiminde etkili olduğunu göstermektedir. BDT uygulamaları bireylerin hedeflerini daha gerçekçi ve ulaşılabilir hale getirebilmek amacıyla büyük ve karmaşık hedefleri daha küçük, adım adım izlenebilir parçalara ayırmalarına yardımcı olmaktadır. Yorgunlukla başa çıkma stratejileri kapsamında ise egzersiz ve farkındalık (*mindfulness*) teknikleri gibi yöntemler kullanılmakta; bu teknikler bireylerin

uyanıklık ve enerji düzeyini artırmada etkili olabilmektedir. Ayrıca, BDT çerçevesinde motivasyon, bireylerin ilgi duydukları aktiviteleri keşfetmeleri ve bu ilgi alanları etrafında kısa ya da uzun vadeli hedefler belirlemeleri yoluyla desteklenmektedir. Hedeflerin gerektiğinde gözden geçirilip ayarlanabileceği düzenli kontroller bireylerin motivasyon düzeylerini artırmak için önemli bir araçtır.²

Çevresel Düzenlemeler

Duyusal uyarıların azaltıldığı bir ortam, BKS semptomlarının neden olduğu aşırı duysal uyarımı azaltarak bireylerin odaklanma becerilerini belirgin biçimde artırabilmektedir. Bu tür çevresel düzenlemeler, çalışmaya elverişli, görsel ve işitsel uyarıların en düşük düzeyde tutulduğu sade bir alan yaratılmasından, gürültü önleyici kulaklıkların kullanımına ve daha yumuşak ve loş aydınlatma tercihi kadar uzanabilmektedir. Bu stratejiler bireyin bilişsel yükünü azaltarak dikkat süresini ve verimliliğini artırmaya yardımcı olmaktadır. Sınıfta yapılacak düzenlemelere örnek olarak, öğrencinin daha sık yardım isteyebilmesi için öğretmene daha yakın bir sıraya oturtulması gibi ek destek uygulamaları ve adım adım talimatların yer aldığı görsel panolar verilebilir. Birey düzenli olarak gözlemlenmekte ve ilerlemesini daha iyi fark edebilmesi için geri bildirim sağlanmaktadır. Ödevler ve testler tamamlama için daha fazla zaman veya alternatif içerik oluşturma yöntemleri sağlayacak şekilde düzenlenebilir.^{2,42}

Sosyal Beceri Eğitimi

Sosyal beceri eğitimi, bireylere sosyal ve iletişim becerilerini uygulama fırsatı sunmakta ve anında geri bildirim sağlayarak öğrenme sürecini desteklemektedir. Bu kapsamda, rol yapma, sosyal öyküler ve grup tartışmaları gibi yöntemler bireyin başka bir kişiyle nasıl konuşma başlatacağı, iletişim sırasında sırayı nasıl koruyacağı gibi temel sosyal becerilerin öğretilmesinde etkili araçlar olarak kullanılmaktadır. Bu yöntemler çocukların sosyal ipuçlarını daha iyi anlamalarına yardımcı olacak somut örnekler sunarak sosyal algılarını güçlendirmeyi hedeflemektedir. Sosyal beceri eğitimi, akranları selamlamak, grup dinamiklerine uyum sağlamak ve bir başkası bireyle vakit geçirmek istediğinde uygun sosyal yanıtları verebilmeyi öğrenmek gibi sosyal etkileşim becerilerinin geliştirilmesini kapsamaktadır.²

Sonuç

Bu çalışmada, BKS'nin belirti profili, DEHB'den ayırt edici yönleri ve tedavi yaklaşımları ele alınmaktadır. Çalışmanın amacı, BKS ile DEHB arasındaki farkları ortaya koymak, bilişsel kopma mekanizmasını daha iyi anlamak, mevcut tedavi yöntemlerinin etkililiğini değerlendirmek ve gelecekteki müdahale stratejilerine katkı sunmaktır. Literatür taramasına dayalı derleme niteliği taşıyan bu çalışmada, klinik gözlemler, davranışsal değerlendirmeler, ölçme araçları ve tedavi yaklaşımlarına ilişkin güncel bulgular bütüncül bir çerçevede analiz edilmektedir. Bulgular, BKS'de görülen bilişsel ve davranışsal özelliklerin bireyin akademik, sosyal ve kişisel

yaşamında önemli işlevsellik kayıplarına neden olabileceğini göstermektedir. Çalışma, BKS'nin bağımsız bir klinik tablo olarak ele alınması gerektiğini vurgularken, etkili müdahale için BDT, sosyal beceri eğitimi ve çevresel düzenlemeler gibi yöntemlerin önemine dikkat çekmektedir.

BKS hayal kurma, zihinsel bulanıklık, uyuşukluk ve yavaş işleme hızı gibi semptomlarla kendini gösteren bir bilişsel tempo alt tipidir. Eskiden yalnızca DEHB ile ilişkili olduğu düşünülse de, günümüzde otizm spektrum bozukluğu tanısı almış bireyler arasında daha geniş biçimde araştırılmaktadır.⁴⁴ BKS, bireylerde önemli düzeyde zorluklara ve işlevsel kısıtlılıklara neden olabilmekte ve bu nedenle sürekli bir değerlendirme ve yeniden değerlendirme süreci gerektirmektedir. Klinik görüşmeler ve davranışsal gözlemler bireye özgü semptom profillerinin ayrıntılı biçimde anlaşılmasına olanak tanıyarak müdahale planlarının daha hedefe yönelik yapılandırılmasını sağlamaktadır. BDT, davranışsal stratejiler, çevresel düzenlemeler ve sosyal beceri eğitimi gibi müdahale yaklaşımları BKS semptomlarının yönetiminde etkili olabilir ve bu bireylerin yaşam kalitesini artırabilir. BKS'nin çok boyutlu etkileri dikkate alınarak tedavi yaklaşımlarının bireyselleştirilmesi akademik, sosyal ve kişisel gelişim alanlarında belirgin iyileşmelerin sağlanması açısından önemlidir. Bu doğrultuda kapsamlı ve dinamik bir müdahale süreci BKS belirtileri olan bireylerin yaşam boyu işlevselliğini desteklemek amacıyla temel bir gereklilik olarak öne çıkmaktadır.

Dipnotlar

Yazarlık Katkıları

Konsept: H.Ö., Dizayn: H.Ö., Veri Toplama ve İşleme: B.Ç., S.Ç., Analiz veya Yorumlama: H.Ö., B.Ç., S.Ç., Ö.B., E.S.E., Literatür Arama: H.Ö., B.Ç., Yazan: H.Ö., B.Ç.

Çıkar Çatışması: Doç. Dr. Öznur Bilaç, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi'nde bölüm editörüdür. Bu makalenin hakem değerlendirmesinde yer almamıştır ve hakem değerlendirmesiyle ilgili bilgilere erişimi olmamıştır. Yazarlar tarafından çıkar çatışması bildirilmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar tarafından finansal destek almadıkları bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. 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.
2. Becker SP, Willcutt EG, Leopold DR, Fredrick JW, Smith ZR, Jacobson LA, Burns GL, Mayes SD, Waschbusch DA, Froehlich TE, McBurnett K, Servera M, Barkley RA. Report of a work group on sluggish cognitive tempo: key research directions and a consensus change in terminology to cognitive disengagement syndrome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023;62:629-645.
3. Lahey BB, Pelham WE, Schaughency EA, Atkins MS, Murphy HA, Hynd G, Russo M, Hartdagen S, Lorys-Vernon A. Dimensions and types of attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1988;27:330-335.

4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 2013.
5. Kendall PC, Hudson JL, Gosch E, Flannery-Schroeder E, Suveq C. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorder in youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76:282-297.
6. Becker SP, Mossing KW, Zoromski AK, Vaughn AJ, Epstein JN, Tamm L, Burns GL. Assessing sluggish cognitive tempo and ADHD inattention in elementary students: empirical differentiation, invariance across sex and grade, and measurement precision. *Psychol Assess*. 2020;32:1047-1056.
7. Langberg JM, Becker SP, Dvorsky MR, Luebbe AM. Are sluggish cognitive tempo and daytime sleepiness distinct constructs? *Psychol Assess*. 2014;26:586-597.
8. Li F, Luo J, Qi Y, Huang H, Wu Y, Xu G, Liu Z, He F, Zheng Y. The prevalence of SCT in China, its comorbidity with ADHD and its association with life events and parental-rearing behaviors. *Sci Rep*. 2023;13:16946.
9. Lunsford-Avery JR, Kollins SH, Mitchell JT. Sluggish cognitive tempo in adults referred for an ADHD evaluation: a psychometric analysis of self- and collateral report. *J Atten Disord*. 2021;25:322-331.
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. Servera M, Sáez B, Burns GL, Becker SP. Clinical differentiation of sluggish cognitive tempo and attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Abnorm Psychol*. 2018;127:818-829.
12. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, Evans SW, Flinn SK, Froehlich T, Frost J, Holbrook JR, Lehmann CU, Lessin HR, Okechukwu K, Pierce KL, Winner JD, Zurhellen W; Subcommittee on Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;144:e20192528. Erratum in: *Pediatrics*. 2020;145:e20193997.
13. Fleury VP, Hedges S, Hume K, Browder DM, Thompson JL, Fallin K, El Zein F, Reutebuch CK, McCulloch CE. Addressing the academic needs of adolescents with autism spectrum disorder in secondary education. *Remedial Spec Educ*. 2014;35:68-79.
14. Marshall SA, Evans SW, Eiraldi RB, Becker SP, Power TJ. Social and academic impairment in youth with ADHD, predominately inattentive type and sluggish cognitive tempo. *J Abnorm Child Psychol*. 2014;42:77-90.
15. Mueller AK, Tucha L, Koerts J, Groen Y, Lange KW, Tucha O. Sluggish cognitive tempo and its neurocognitive, social and emotive correlates: a systematic review of the current literature. *J Mol Psychiatry*. 2014;2:5.
16. Becker SP, Epstein JN, Burns GL, Mossing KW, Schmitt AP, Fershtman CEM, Vaughn AJ, Zoromski AK, Peugh JL, Simon JO, Tamm L. Academic functioning in children with and without sluggish cognitive tempo. *J Sch Psychol*. 2022;95:105-120.
17. Barkley RA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention-deficit/hyperactivity disorder in adults. *J Abnorm Psychol*. 2012;121:978-990.
18. Smith ZR, Langberg JM, Cusick CN, Green CD, Becker SP. Academic motivation deficits in adolescents with ADHD and associations with academic functioning. *J Abnorm Child Psychol*. 2020;48:237-249.
19. Becker SP, Luebbe AM, Langberg JM. Attention-deficit/hyperactivity disorder dimensions and sluggish cognitive tempo symptoms in relation to college students' sleep functioning. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2014;45:675-685.
20. Tamm L, Garner AA, Loren REA, Epstein JN, Vaughn AJ, Ciesielski HA, Becker SP. Slow sluggish cognitive tempo symptoms are associated with poorer academic performance in children with ADHD. *Psychiatry Res*. 2016;242:251-259.
21. Bauermeister JJ, Barkley RA, Bauermeister JA, Martínez JV, 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.
22. Camprodon-Rosanas E, Batlle S, Estrada-Prat X, Aceña-Díaz M, Petrizan-Aleman A, Pujals E, Martín-López LM, Pérez-Solá V, Ribas-Fitó N. Sluggish cognitive tempo in a child and adolescent clinical outpatient setting. *J Psychiatr Pract*. 2016;22:355-362.
23. Creque CA, Willcutt EG. Sluggish cognitive tempo and neuropsychological functioning. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2021;49:1001-1013.
24. Kofler MJ, Irwin LN, Sarver DE, Fosco WD, Miller CE, Spiegel JA, Becker SP. What cognitive processes are "sluggish" in sluggish cognitive tempo? *J Consult Clin Psychol*. 2019;87:1030-1042.
25. Barkley RA. *Barkley sluggish cognitive tempo scale—children and adolescents (BSCTS-CA)*. New York, NY: Guilford Press; 2018.
26. Becker SP. Systematic review: assessment of sluggish cognitive tempo over the past decade. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60:690-709.
27. Becker SP. Sluggish cognitive tempo: the need for global inquiry. *World Psychiatry*. 2019;18:237-238.
28. Burns GL, Becker SP. Sluggish cognitive tempo and ADHD symptoms in a nationally representative sample of U.S. children: differentiation using categorical and dimensional approaches. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2021;50:267-280.
29. Sáez B, Servera M, Becker SP, Burns GL. Optimal items for assessing sluggish cognitive tempo in children across mother, father, and teacher ratings. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2019;48:825-839.
30. Achenbach TM, Rescorla LA. The Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA) for ages 1.5 to 18 years. In: Maruish ME, editor. *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: instruments for children and adolescents*. 3rd ed. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2004. p. 179-213.
31. Lindgren SD, Koeppl GK. Assessing child behavior problems in a medical setting: development of the pediatric behavior scale. In: Prinz RJ, editor. *Advances in behavioral assessment of children and families*. Vol. 3. Greenwich (CT): JAI Press; 1987. p. 57-90.
32. Barkley RA, Willcutt E, Jacobson LA. What is the cognitive deficit in sluggish cognitive tempo (SCT)? A review of neuropsychological research. *ADHD Rep*. 2022;30:1-10.
33. Power TJ, Doherty BJ, Panichelli-Mindel SM, Karustis JL, Eiraldi RB, Anastopoulos AD, DuPaul GJ. The predictive validity of parent and teacher reports of ADHD symptoms. *J Psychopathol Behav Assess*. 1998;20:57-81.
34. Jacobson LA, Geist M, Mahone EM. Sluggish cognitive tempo, processing speed, and internalizing symptoms: the moderating effect of age. *J Abnorm Child Psychol*. 2018;46:127-135.
35. 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*. 2021;25:1321-1330.
36. 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.
37. Adler LA, Leon TL, Sardoff TM, Krone B, Faraone SV, Silverstein MJ, Newcorn JH. A placebo-controlled trial of lisdexamfetamine in the treatment of comorbid sluggish cognitive tempo and adult ADHD. *J Clin Psychiatry*. 2021;82:20m13687.
38. 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.
39. Gaur S, Pallanti S. Treatment outcomes in an adult attention deficit hyperactivity disorder clinic with a focus on executive functioning and sluggish cognitive tempo. *Cureus.* 2020;12:e9814.
 40. Raible H, D'Souza MS. Extended-release viloxazine for the treatment of attention-deficit hyperactivity disorder in school-age children and adolescents. *Ann Pharmacother.* 2023;57:1436-1448.
 41. Wiggs KK, Thornton K, Fredrick JW, Cusick CN, Langberg JM, Becker SP. Physical and extracurricular activity in adolescents with and without ADHD: examining group differences and the role of cognitive disengagement syndrome symptoms. *J Atten Disord.* 2023;27:1207-1222.
 42. Gafoor LA. Distinguishing sluggish cognitive tempo from attention deficit hyperactivity disorder in children: implications for diagnosis, treatment and educational management [dissertation]. Johannesburg (ZA): University of Johannesburg; 2020.
 43. Öğütlü H, Karatekin Ş, Sürücü Kara İ, McNicholas F. Sluggish cognitive tempo, eating habits, and daytime sleepiness in obese adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2023;28:595-609.
 44. Brewe AM, Simmons GL, Capriola-Hall NN, White SW. Sluggish cognitive tempo: an examination of clinical correlates for adults with autism. *Autism.* 2020;24:1373-1383.