

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Son 25-30 yıldır Çocuk Psikiyatrisi kliniklerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (**DEHB**) tanısı popülaritesini korumaktadır.

Tarihsel süreç içinde minimal beyin disfonksiyonu, hiperkinezi, hiperkinetik sendromu ve hiperaktiviteli dikkat eksikliği sendromu gibi farklı isimler ele alınmış, son sınıflama sisteminde ise dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olarak tanımlanmıştır. **DEHB** tanımı ile yukarıda sayılan tanımlar arasında belirgin farklılıkların olduğu bir gerçektir. Günümüzde **DEHB** alt tipleri tarif edilerek tanısalla yaklaşım sınırları genişletilmiştir.

DEHB çocuklu çağının en önemli psikiyatrik sorunlarının başında gelir. Aileyi, okulu ve toplumu ilgilendiren yönleriyle ve geniş anlamıyla bir eğitim ve öğretim sorunudur. Sorunun erken teşhisinde tedaviden elde edilen sonuçların yüz güldürücü olması hiperaktivitenin sağlık ve eğitim alanında çalışanlar tarafından mutlak bilinmesi gerekli konular arasında yer alması gerçeğini göstermektedir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği ve impulsivite olarak sınıflandırılabilen üç temel belirti kümesinden oluşur.

Alt tipler

Önceleri dikkat eksikliği hiperaktivite tablosunun aynı yoğunlukta buldukları düşünülürdü. Oysa şimdi DEHB'nun farklı alt tipleri tariflenerek tanısalla yaklaşımlar yeniden düzenlenmiştir.

Dikkat eksikliği hiperaktivite BİLEŞİK TİP

Klasik anlamda **DEHB** dendiğinde anlaşılan bileşik tiptir. Dikkat eksikliği belirtilerinin yanında hiperaktivite belirtileri de bulunmaktadır.

Dikkat eksikliği hiperaktivite (Hiperaktivite ve impulsivitenin önde geldiği tip)

Hiperaktivite ve impulsivite belirtileri belirgin iken eksikliği belirtileri daha az gözlenir. Genellikle ders başarıları kötü değildir, ancak buldukları ortamda hiperaktivite ve impulsivite nedeniyle uyum sorunu yaşarlar.

Dikkat eksikliği hiperaktivite (Dikkatsizliğin önde geldiği tip)

Dikkat eksikliği belirtileri belirgin iken hiperaktivite ve impulsivite belirtileri daha az gözlenir. Genellikle ders başarıları iyi değildir, ancak hiperaktivite ve impulsivite belirtileri belirgin olmadığından uyum sorunu yaşamazlar.

Aşırı hareketlilik (hiperaktivite)

Aslında her çocuğun hareketli olması beklenir. Çocuk koşar, düşer ve gürültü çıkararak oynar. Bunların hepsi doğal karşılanabilir. Ancak DEHB'da ise çocuğun hareketliliği aşırıdır ve yaşlılarıyla kıyaslandığında farklılık hemen anlaşılır. Genellikle bu çocuklar bir motor tarafından sürülüyormuş gibi sürekli hareket halindedirler. Bitmek tükenmek bilmeyen bir enerjileri vardır. Yükseklere tırmanır, koltuk tepelerinde gezer, ev içinde koşuşturur ve dur

sözünden anlamazlar. Sakin bir şekilde oynamayı beceremez, bir süre sakin bir şekilde oturamazlar. Oturmaları gereken durumlarda ise elleri ayakları kıpır kıpırdır. Çok konuşur, iki kişi konuşurken sık sık lafa girerler. Masanın başında oturamaz, dolayısıyla derslerini uygun mekanlarda çalışamazlar.

Dikkat Eksikliği

Çocukta dikkat kusuru özellikle eğitim hayatının başlamasıyla belirgin hale gelir. Okul öncesi dönemde de her şeyden çabuk sıkılan ve bıkan bu çocuklar, oyuncaklardan dahi sıkılıp kısa bir süre sonra onları parçalamayı tercih ederler. Okulun başlamasıyla birlikte öğrenmeye karşı ilgisizdirler. Ödev yapmayı sevmez, anne/baba ve öğretmenin zoruyla ödev yaparlar. Ödevleri yapmakta hayli zorlanırlar. Masanın başına oturamaz, otursalar dahi çeşitli bahaneler uydurarak (tualete gitme, su içme gibi) sık sık masa başından kalkarlar. Anne /babayı ders çalışırken sürekli yanlarında isterler. Üzerine aldıkları bir işi sürekli bitirmekte zorlanır, bir işi bitirmeden hemen diğerine geçerler. Kendileriyle konuşulduğunda sanki konuşanı dinlemiyormuş görüntüsü verirler. Bir komutu birkaç defa söyledikten sonra yerine getirirler.

Sınıfta dersi takip etmedikleri gözlenir. Dışarıdan gelen uyarılarla hemen dikkatleri dağılır. Ders dışı işlerle fazlaca ilgilenir, elindeki kalem, defter ve oyuncak gibi malzemeyle uğraşır, dersi takip edemezler. Derste sıkılmaları nedeniyle sınıfın dikkatini ve huzurunu bozacak davranışlar sergileyebilirler. (derste konuşma, arkadaşlarına laf atma ve garip asker çıkarma gibi).

Okuma ve yazma kaliteleri yaşlılarından kötü, defter düzeni ve yazıları bozuk olabilir. Okurken sık hata yapabilir ve cümlenin sonunda kelime uydurmalarına rastlanabilir. Unutkandırlar. Sınıfta sık eşya kaybetme yanında, iyi öğrendiklerini düşündüğünüz bir bilgiyi de çabuk unutabilirler. Kendilerine uygun bir çalışma düzeni ve sistemi geliştiremezler. Okuma ve yazmayı genellikle sevmezler. Ders kitabı okumanın yanında hikaye ve roman türü kitapları okumaya karşı da isteksizdirler.

Yaşanan tüm bu öğrenme zorluklarına sınavlarda dikkatsizce yapılan hatalar eklenir. Sabırsızlıkları nedeniyle soruları hızlıca okuma, tam okumama ve yanlış okumalara sık rastlanır. Bu nedenle çok iyi bildikleri bir soruyu dahi yanlış cevaplayabilirler. Test sınavlarında çeldiricilere kolaylıkla kanarlar. Özellikle ilkokula başladığı yıllarda sınav kağıdını öncelikle vermeyi marifet sayarlar. Sonunda bilgileri ve bildiklerinden daha azı oranında not alırlar.

Dikkat eksikliği okul öncesi dönemde pek fark edilmeyebilir. Ancak bu çocukların bir kısmı ders dışı işlerde de çabuk sıkılma belirtileri gösterirler. Zeka düzeyi iyi olan ve ek olarak özel öğrenme güçlüğü olmayan çocuklar ilkokulun 3.ve 4.sınıflarına kadar derslerde sorun yaşamayabilirler. Çalışmadıkları ve dersi iyi takip etmedikleri halde notları kötü olmayabilir. Derslerin ağırlaşmasıyla birlikte başarıda ciddi düşüşler yaşanmaya başlanır. Ev içinde günlük yapmaları gereken işler konusunda sorumluluk almak istemezler. Genellikle dağınıktırlar ve kurallardan hoşlanmazlar

Dürtüsellik

Sonunu düşünmeden eyleme geçme olarak tarif edilebilecek olan impulsivite, bu çocukların uyumlarını bozan en ciddi belirti kümesidir. Sabırsızlıkları, sırasını beklemekte güçlük çekmeleri ve yönergeleri dinlemeleri tipik özellikleridir. Sonuçta kendisi ve çevresindekiler için zararlı olabilecek fevri hareketleri ve sınır tanımadaki zorlukları davranış sorunlarının ilk habercileri gibidir. Yaşlılarıyla birlikte olduklarında olaylara aşırı tepki vermeleri ve fiil ve sözle arkadaşlarını rahatsız etmeleri nedeniyle toplum içinde istenmeyen adam ilan edilirler.

GÖRÜLME YAŞI

Belirtilerin 7 yaşından önce başlaması gerekir. Genellikle 4-5 yaşlarında belirtiler belirgin hale gelir. Ancak bir kısmı bebekliklerinden itibaren huysuzlukları az uyumaları ve az yemeleri ile dikkat çekerler. Okul döneminin başlamasıyla dikkat eksikliğine bağlı öğrenme sorunlarının gündeme gelmesi ve arkadaşlarla olan sorunları aileyi tedirgin etmeye başlar. Ergenlik döneminde ise okul başarısızlığı yanında davranış sorunları ve aileye karşı gelişen tutumlar gözlenir. Ergenlikte aşırı hareketsizlik azalır ve yerine çabuk sıkılma ve dikkat kusuru belirgin olur.

Erkek çocuklarda kızlara oranla daha sık rastlanır. Erkek çocuklarda genellikle hiperaktivite ve impulsivite belirtileri ön planda iken, kız çocuklarında daha çok dikkat eksikliği belirgindir. DEHB her kültür ve toplumda görülen bir bozukluktur. Toplumda görülme sıklığı farklı araştırmalarda farklı sonuçlar elde edilmesine karşın yaklaşık %5-6 gibidir.

Eşlik Eden diğer Psikolojik sorunlar

DEHB çocuklarda karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu ile birlikte görülebilir. Ayrıca, özel öğrenme güçlüğü sıklığı bu çocuklarda daha fazladır. Özel öğrenme güçlüğü ile birlikte görüldüğünde ders başarısızlığı çok daha belirgin hale gelir.

Son 15-20 yılda yapılan araştırmalar DEHB'nun organik kökenli olduğu görüşünü hakim kılmıştır. Yeni araştırmalar beyin glikoz metabolizmasındaki bozukluklar üzerinde yoğunlaşmıştır. Bu çocukların özgeçmişlerinde hamilelikte ilaca maruz kalma ve intra uterin enfeksiyonlar, zor doğum, düşük doğum ağırlığı, geçirilmiş M.S.S enfeksiyonları dikkat çekmiştir. Bozukluğun genetik geçişi üzerinde durulmuş ve bu çocukların 1.dereceden akrabalarında DEHB oranı daha yüksek bulunmuştur. Kaotik aile yapısında yetişen ve ağır ihmal ve tacize maruz kalan çocuklarda da DEHB belirtileri gözlenebilmektedir.

Ayrıca **Tourette sendromu** (DEHB'luların %20'si tik bozukluğuna, tik bozukluklarının ise %40-60'ı DEHB'una sahiptir) da hiperaktivite ile görülebilir.

Ülkemizde HiperAktivite

Batı toplumlarında ve özellikle A.B.D' de DEHB tanısının fazlaca konduğu tartışmaları sürerken, maalesef ülkemizde Çocuk Psikiyatristi sayındaki yetersizlik bu çocuklardan önemli bir kısmının zamanında gerekli tedavi programına alınmasını engellemektedir. Toplumumuzdaki hiperaktivite konusunda yanlış ve eksik bilgilerin tedaviyi engelleyici veya geciktirici bir yanı vardır. Halk arasında DEHB belirtileri yanlış bir şekilde üstün zekalı olma, şımarıklık, terbiyesizlik, tembellik ve huysuzluk gibi terimlerle izah edilmeye çalışılır. Dolayısıyla belirtileri görmezlikten gelmeden, şiddet uygulamaya kadar geniş bir yelpazede çözüm aranır. Belirtileri bu sorunun yansımaları olarak görmek yerine suçlu aramak ve sonunda çocuğu cezalandırmak aslında en büyük çözümsüzlüğü üretmek demektir.

Anne/babaların sürekli birbirlerini suçlayarak, 'adeta sorunun nedeni ben değilim' mesajını vermeye çalışmaları, ev içindeki huzuru bozarak çocuğa ulaşmamızı daha da güçleştirir. Başta eğitimciler olmak üzere çocukla ilgili her kesimin DEHB hakkında temel bilgilere sahip olması gerekir. Toplumda yaygınlığı hiç de

azımsanmayacak oranda olan bu sağlık ve eğitim sorunun erken teşhisi anne-baba-çocuk üçgeninde oluşacak yanlış tutumların en aza indirilmesini sağlar.

TEDAVİ

Tedavinin ilk şartı, aile okul ve hekim arasında sıkı işbirliğidir. Çünkü DEHB evde olduğu kadar okulda da sorun yaşanmasına neden olur. Öğrenmeyle ilgili sorunlar yanında arkadaş ilişkilerinde yaşanan sorunlar ve kurallara uyma güçlüğü aile ve okulun ortak ve sağlıklı yaklaşımlarıyla aşılabılır.

Öncelikle ailenin hiperaktivite hakkında bilgi sahibi olması gerekir. Çünkü çocukta var olan sorunların nedenlerini başka yerlerde aramak, çözüm üretmeyi engellediği gibi, telafisi mümkün olmayan yanlış yaklaşımlar sergilenmesine neden olacaktır. Çocukla olan ilişkimizi düzenleyebilmek için DEHB belirtilerini yanlış yorumlamamak gerekir. Çocuğun davranışlarını ya da derslerle ilgili zorluğunu yaramazlık ya da tembellik olarak yorumlayan anne-babalar çocukla ilişkilerinin bozacak derecede sürekli ceza verme eğilimindedirler. Oysa bu çocukların cezalardan pek anlamadıkları kısa süre içinde görülecektir. Tedavide çocukla yeniden sağlıklı ilişki kurabilmenin yolları aranır. Ailenin çocuğa yönelik tutumları gözden geçirilerek yanlışlar ayıklanmaya çalışılır.

DEHB'nun tedavisinde ilaçlar önemli yer tutarlar. Dikkat arttırmaya ve davranışların kontrol edilmesine yönelik ilaç tedavisi uzun yıllardır kullanılmaktadır. Stimülanların bulunmasıyla ilaç tedavisinde ciddi gelişmeler olmuştur. Günümüzde DEHB'nun tedavisinde Metylfenidat, dextroamfetamin ve pemolin gibi stimülanların yanında bazı antidepressan ve karbamezapin'den yarar görüldüğü bilinmektedir. Medikal tedaviden elde edilen sonuçlar çocuğun yaşı, zeka düzeyi, ailenin tedaviye uyumu ve sebatı gibi faktörlerden etkilenmektedir. Stimülanların devreye girmesiyle tedaviden elde edilen başarı oranı oldukça artmıştır. Stimülanlar; tedavideki başarıları yanında, güvenilir ilaç olmaları, çocuklarda bağımlılık yapmamaları ve yan etkilerinin az olması nedeniyle tercih edilirler.

Ülkemizde psikiyatrik ilaç kullanımı konusundaki yanlış bilgilenmeler DEHB olan çocukların gerektiğinde ilaç kullanmalarını da engellemektedir. Ailenin yan etkilerden korkarak ilaç reddetmesi, tedaviyi geciktirmekte ve sonradan geri dönüşümü olmayan sonuçlar doğurabilmektedir.

Öğrenme güçlüğü çeken çocuklarda özel eğitim programlarının uygulanması gerekebilir. Kalabalık sınıflarda dikkatlerinin dağılması nedeniyle öğrenemeyen çocuklara bireysel eğitim öğrenemeyen çocuklara bireysel eğitim desteği verilmelidir. Olumsuz davranışların düzeltilmesi ve yerine olumlu davranışların konulması için çeşitli destekleyici ve davranışçı tedavi teknikleri uygulanabilir.