



Dr. Pınar Öner*, Dr. Özgür Öner*, Dr. Ayla Aysev**

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), hem hekimler hem de toplum tarafından giderek daha fazla tanınmaya başlayan bir konudur. Okul çağı çocuklarında %3-5 oranında oldukça sık görülür ve erkeklerde daha sıktır. Klinik örnekleme erkek/kız oranı; 9/1 iken, toplum taramalarında bu oran 4/1'e yaklaşmaktadır.

Tanısı esas olarak anamneze dayanılarak ve DSM-IV kriterleri (Tablo 1) temel alınarak konulmaktadır. Şu andaki bilgilerimizle, tanıyı doğrulayacak herhangi bir fizik muayene bulgusu ya da laboratuvar testi bulunmamaktadır. Birçok psikiyatrik bozukluğun erişkinler için tanımlandığı DSM-IV, bu bozukluğun tanımlanması açısından farklılık göstermektedir; çünkü DEHB kriterleri okul çağındaki bir erkek çocuk için düşünülerek hazırlanmıştır. Bunun nedeni bu bozuklukla ilgili araştırmaların daha çok okul çağındaki erkek olgular üzerinde gerçekleştirilmiş olmasıdır. Ancak bu, sanki bu bozukluk yalnızca bu yaş dönemindeki çocuklara özgü imiş gibi yanlış bir izlenim vermektedir. Oysa, günümüzde DEHB'nun kız çocuklarda,

ergenlerde, erişkinlerde de görüldüğü bilinmektedir.

DSM-IV'e göre DEHB'nun üç alt tipi vardır:

1. Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip,
2. Hiperaktivite-impulsivitenin ön planda olduğu tip,
3. Kombine tip.

Hiperaktivite-impulsivitenin ön planda olduğu tipte erkek/kız oranı; 4/1 kadardır; ancak dikkat eksikliğinin ön planda olduğu alt tipte bu oran 2/1'e düşer. Yani, kızlarda dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tipin görülme olasılığı daha fazladır.

Klinik belirtiler

DEHB olan çocuklarda okul, ev ya da arkadaşlar ile ilgili sorunlar sıktır. Okulda, umulanın altında performans gösterirler, dikkatle ilgili sorunları derslerde öğrenmelerini güçleştirir, ödevlerinin başına oturmakta ve tamamlamakta zorlanırlar. Araya giren ve sırasını beklemekte zorlanan çocuklardır. Arkadaşlarının oyunlarını böldükleri, düşünmeden davrandıkları ve kurallara uymakta zorluk yaşadıkları için sıklıkla arkadaşlarıyla sorun yaşarlar. Verilen görevlerin yarısını unutup gelirler, başladıkları işleri tamamlamakta zorlanırlar, dış uyaranlarla dikkatleri kolayca dağılıbilir. Eşyalarını ödevlerini unutabilirler, kaybedebilirler ve bu nedenle aileleri onların "çok unutkan" olduklarını söyleyebilir. Sık sık ufak-tefek kazalar atlattıkları için "sakar" diye nitelenebilirler.

Tüm bunlar çocuğun günlük yaşamında, sosyal ilişkilerinde, okul başarısında olumsuz etkilere neden olur ve gelecekte davranım bozukluğu, depresyon gibi başka psikiyatrik hastalıkların gelişmesine yatkınlık yaratır.

Bazı bozukluklar DEHB ile eşzamanlı olarak son derece sık görülürler; hastaların üçte ikisinde eşlik eden başka bir bozukluk daha vardır. **Yüzde 30-50'sinde davranım bozukluğu, %20-25'inde anksiyete bozukluğu, %15-20'sinde duygudurum bozukluğu, %10-25'inde öğrenme güçlüğü görülür.**

Eşzamanlı olarak başka bir bozukluğun bulunması farklı tedavi yaklaşımlarını bir arada

Tablo 1. DEHB için DSM-IV Kriterleri

DEHB için DSM-IV kriterleri

Dikkat eksikliği belirtileri

1. Yönergeleri başından sonuna kadar takip edemezler,
2. Dikkatlerini yaptığı işe ya da oyununa vermekte zorlanırlar,
3. Evde ya da okulda yapacağı işler ve aktiviteler için gereken malzemeleri kaybederler,
4. Siz konuşurken dinlemez gibi görünürler,
5. Detayları gözden kaçırlar,
6. Düzensiz görünürler,
7. Uzun süre zihinsel çaba gerektiren işleri yapmakta zorlanırlar ve bunlardan kaçınırlar,
8. Unutkandırlar,
9. İlgileri kolayca başka yönlere kayar.

Hiperaktivite belirtileri

- Yerinde duramazlar,
- Oturması gerektiği halde oturamazlar,
- Sessiz sakin oyun oynamakta güçlük çekerler,
- Yerli yersiz koşup tırmanırlar,
- Çok konuşurlar,
- Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıstırırlar,
- Her zaman bir şeylerle uğraşırlar,
- Sırasını beklemekte zorlanırlar,
- Olaylara ya da konuşmalara müdahale edip yarıda keserler.

* Uzm.; Ankara Ü. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi AD. Ankara
**Prof.; Ankara Ü. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi AD. Ankara

uygulamayı gerektirir. DEHB tanısı konulan bir çocukta kesinlikle eşlik eden başka bir bozukluğun var olup-olmadığına bakılması gerekir.

Ayrıncı tanı

Psikiyatrik olmayan hastalıklar:

1. Görme ve işitme bozuklukları,
2. Nöbetler (özellikle absans epilepsi, aileler ve öğretmenler tarafından yanlışlıkla DEHB zannedilebilir),
3. Kafa travması sekeli (özellikle yedi yaşından sonra gelişen DEHB kliniği varsa bu olasılık akla getirilmelidir),
4. Akut ve kronik fiziksel hastalıklar,
5. Kötü beslenme,
6. Uyku bozukluklarına bağlı olarak yetersiz uyku (çocuk gün içinde uyuklayacağı ve dikkatini toplamakta güçlükleri olacağı için DEHB ile karıştırılabilir),
7. Fenobarbital, karbamazepin, antiastmatik ilaçlar (örn; teofilin) gibi bir çok ilaç çocuğun dikkat ile ilişkili bilişsel işlevlerini olumsuz etkileyip karşımıza DEHB kliniği ile çıkabilir.

Psikiyatrik hastalıklar

8. Depresyon (çocuklarda depresyon kendisini huzursuzluk, hırçınlık, hiperaktivite, dikkat sorunları gibi erişkinlerden farklı belirtilerle seyredebilir ve bu nedenle DEHB kliniğini taklit edebilir),
9. Anksiyete bozuklukları (tedirginlik, yerinde duramama gibi belirtiler DEHB ile karıştırılabilir),
10. Öğrenme güçlükleri, mental retardasyon (yalnızca okulda öğretmen tarafından şikayet olarak getirilen dikkat sorunları varsa ve beraberinde okul başarısızlığı öyküsü varsa bu olasılık akla gelmelidir; öğretmenler çocuğun öğrenme zorluklarına bağlı sorunlarını sıklıkla "dikkat eksikliği" ile karıştırabilirler),
11. Bipolar affektif bozukluk (çocuklarda daha çok "devamlı bir mani" hali ile karşımıza çıktığı ve iritabilite, psikomotor aktivitede artış, çok konuşma gibi belirtilerle seyrettiği için DEHB ile karıştırılır).

Etiyoloji

Bir çok psikiyatrik hastalıkta olduğu gibi DEHB'de de etiyoloji kesin olarak aydınlatılamamıştır. DEHB sık, ancak heterojen bir bozukluktur. Bu heterojenitenin bir nedeni sık rastlanılan eşzamanlı bozukluklardır. Saf DEHB ise kendi başına diğer psikiyatrik durumlar için bir risk faktörü oluşturur. DEHB'nin en azından bir kısmı gelişimsel gecikmeye ikincildir. Bozukluğa bağlı sıkıntılar

yaşam boyu sürebilir. DEHB ve eşlik eden bozukluklar nedeniyle ortaya çıkan işlev kaybı en fazla ergenlik döneminde görülür. DEHB'yi anlamak için beyin gelişimini anlamak gerekir. Bu gelişimdeki DEHB için önemli olabilecek en dikkat çekici unsur, yaşla beraber beyindeki dopamin konsantrasyonunun azalmasına paralel olarak inhibitör etkinin artmasıdır. Birçok DEHB'si olan erkek çocuğunun beyin omurilik sıvılarında dopamin metabolitlerinin konsantrasyonu artmıştır. Bu durum **gelişimsel gecikme hipotezini** destekler. DEHB'si olan bireyler Vineland ölçeğine göre sosyal ve bilişsel gelişim açısından normal çocuklardan iki yıl geridirler. Bu da gelişimsel gecikme teorisini destekleyen diğer bir bulgudur.

DEHB belirtilerini açıklamakta "**yürütücü işlevler**" kavramı yararlı olabilir. Yürütücü işlevler kavramı frontal lob hasarı olan hastalarla yapılan çalışmalar sırasında ortaya çıkmıştır. Yürütücü işlev kavramı, başlama, devam ettirme, baskılama, öncelik belirleme, organize etme ve strateji kullanma gibi becerileri içerir. Kabaca frontal lob hasarı olan bireylerin belirtileri ile DEHB olgularının belirtileri birbirine benzer. Daha önce söz edilen prefrontal korteks, bazal ganglionlar ve talamusu kapsayan kapalı devreler yürütücü işlevlerde önemlidirler. Bu devreler monoaminerjik nörotransmitterler ve özellikle de dopamin tarafından düzenlenirler. **İlerleyen yaşla beraber DEHB belirtileri de değişmektedir. Tedavi olsun olmasın hiperaktivite zamanla azalır. Buna karşın dikkat eksikliği belirtisinde belirgin bir gerileme izlenmez.** Yetişkinlerde DEHB belirtilerinin azalması, prefrontal devrelerin yaşamın üçüncü on yılında olgunlaşması ile uyumludur.

DEHB etiyolojisini ortaya çıkarmak için sıklıkla kullanılan bir yöntem beyin görüntülemesidir. Beyin görüntüleme çalışmaları özellikle sağ prefrontal kortekste bozukluk olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç olarak DEHB'nun etiyolojisinin anlaşılması, daha sofistike beyin görüntüleme yöntemlerinin gelişmesi ile ve fenotip sorununun çözümlendiği daha kapsamlı genetik araştırmalar ile mümkün olacaktır.

Tedavi

Tedavinin en önemli aşamasını çocuk ve ailenin bozukluk hakkında bilgilendirilmesi oluşturur. DEHB ile ilgili yanlış bilgiler ve önyargılar düzeltilip, bozukluğun belirtileri, seyri, tedavisi hakkında bilgi verilmelidir.

DEHB nöropsikiyatrik bir bozukluktur. Bu bozukluktaki davranış sorunlarının temeli, beyin yapısındadır. Tanısal görünüleme çalışmaları olmasa bile hekim aileye, bu sorunun "bir beyin sorunu" olduğunu ve ailenin ebeveynlik biçiminin sonucu olmadığını söylerken rahat olmalıdır. DEHB belirtilerini anne-babanın yanlış yorumlaması ve uygun olmayan tepkiler vermesi belirtileri artırabilir.

Davranış değişimi, anne-baba eğitimi, aile terapisi, sosyal beceri eğitimi, akademik beceri eğitimi, bireysel psikoterapi, bilişsel davranışçı terapi gibi birçok psikososyal müdahale yöntemi vardır. Ancak, bunların hiçbirisi **DEHB'nin çekirdek semptomları üzerinde etkili değildir. DEHB'nin çekirdek semptomları üzerinde etkili olduğu gösterilmiş olan tedaviler, ilaç tedavileridir.**

Stimülan grubu ilaçlar, şu an tüm dünyada DEHB olan çocukların tedavisinde birinci seçenektir. Sayısız araştırmanın yanı sıra, stimulanlarla ilgili bugüne kadar 161 tane randomize kontrollü çalışma yayınlanmıştır. Bu 161 çalışmanın, beşi okul öncesi dönem çocukları, 140'ı okul çağı dönemi çocukları, yedisi ergenler ve beşi erişkinler üzerinde gerçekleştirilmiştir. Yine bu 161 çalışmanın, 133'ü metilfenidat, 20'si dekstroamfetamin, altısı pemolin üzerinde yapılmıştır. Tüm bu araştırmaların sonucunda stimülanlar DEHB tedavisinde son derece etkin olarak bulunmuştur. Stimulanların birisine yanıt %70 iken, tüm stimulanlar denendiğinde etki %90'lara çıkmaktadır. Diğer bozukluklarda olduğu gibi doğru tedavi için doğru yanıt gereklidir. Yanıt alınamayan grubun yanlış ya da eksik tanı konulmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Stimülanlar eş zamanlı ortaya çıkan başka psikiyatrik hastalık varsa bunun üzerinde etkili olmayabilirler.

Hangi stimulanın seçileceğine önceden karar verdirtecek bir veri henüz yoktur. En çok metilfenidat ile ilgili çalışma olduğu için bu daha çok kullanılmaktadır. Klinik uygulamada bir stimulan yanıt alınamazsa daima, diğer stimulanla geçilmesi önerilmektedir. Ülkemizde yalnızca metilfenidat'ın tek bir formu (Ritalin 10 mg tb.) bulunmaktadır. Ancak hastaların %25'lik bir kesimi, bir stimulan yanıt vermezken diğerine verebilmektedir ve hangisine yanıt vereceğini önceden tahmin ettirecek bir gösterge henüz bulunamamıştır. Üstelik bazı olgularda daha uzun etki süresi olduğu için dekstroamfetamin yeğlenmelidir.

Kısa dönemde etkin oldukları birçok çalışmayla gösterilmiştir. Uzun dönemde de etkileri yeni çalışmalarla anlaşılmış ve etkili oldukları bulunmuştur. DEHB'li çocuklarda stimulanların tedavi amaçlı kullanımının her hangi bir bağımlılık geliştirme riski yoktur.

İleriye dönük çalışmalara göre, DEHB olan çocukların yaklaşık %70-85'i ergenlikte belirtilerin tamamını göstermektedir. Tedavi almamış ergenlerde davranım, duygudurum ve anksiyete bozuklukları, antisosyal özellikler ve madde kullanımı, aile çatışmaları, bilişsel ve psikososyal ve akademik işlevlerde bozukluk daha sık görülür. Bu veriler yeterli tedavi almamış çocukların ergenlikte madde bağımlılığı riskinin arttığına işaret etmektedir. Yani, stimulanların tedavide kullanılmaları ile (iddiaların tam aksine) madde bağımlılığı riskinin azalması söz konusudur.

DEHB başka bozukluklarla sık görülen bir durumdur ve tedavisi de bir çok müdahaleyi birden uygulama gerektirebilir. Örneğin DEHB ile beraber "okuma zorluğu" (disleksi) bulunması durumunda ek olarak eğitime dayalı (pedagojik) yaklaşımların uygulanması gerekir.

Ayrıca DEHB kalıtsal özellikleri belirgin olan bir bozukluktur; anne ya da babada da DEHB görülebilir. DEHB olan ebeveynlerin bireysel zorlukları çocukta bozukluğun seyrini etkileyebileceği için bu durumun da ayrıca tedavisi gerekebilir.

Sonuç

Tedavisi kolaydır ve tedavi için altın dönem okul öncesi ve okul çağının ilk yıllarıdır. DEHB tedavi edilmediği durumda çocuğun ya da gencin yapısal zorluklarından kaynaklanan davranış sorunları ve okul başarısızlıkları devam edecektir. Çevresinden olumsuz eleştiriler alma riski artacaktır.

Bütün bunlar çocuğun ya da gencin ikincil sorunlar geliştirmesine yol açacaktır. Yani okul başarısızlıkları ileride iş yaşamında başarısızlıklara; arkadaş ve aile ilişkilerinde yaşadığı sorunlar da ileride sosyal ilişkilerinde hatta evlilik yaşamında sorunlar yaşamasına yol açabilecektir. Yine depresyon, davranım bozukluğu gibi ek başka psikiyatrik bozukluklar gelişmesi söz konusu olacaktır.

Tedavinin başarısında hekimin dışında öğretmenler ve aileye de önemli görevler düşmektedir. Bütün bozuklukların tedavisinde amaç, çocuğun yaşam kalitesini yükseltmektir ve tedavinin başarısı tek başına ilacın başarısına bağlı değildir.

Kaynaklar

1- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.

2- Barkley RA, Fischer M, Edelbrock C, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29: 546-557.

3- Castellanos FX. Toward a pathophysiology of attention deficit hyperactivity disorder. Clin. Pediatrics 1997; 38:1-393.

4- Denckla MB. Revised neurological examination and subtle signs. Psychopharmacol Bull 1985;21:773-779.

5- Dykens E, Leckman JF, Riddle M. Intellectual, academic and adaptive functioning of tourette syndrome children with and without attention deficit disorder. J. Abnorm. Child Psychol. 1990; 18: 607-615.

6- Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder. Am J Child Adolesc Psychiatry 1997; 36(10): 85s-121s.