

Article Arrival Date
Date**04.05.2025****Article Published****20.06.2025****YETİŞKİNLERDE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU’NUN
GÜNLÜK YAŞAM ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ ÜZERİNE BİR DERLEME****A REVIEW OF THE EFFECTS OF ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY
DISORDER ON DAILY LIFE IN ADULTS****Ezgi PEK¹, Doç. Dr. Meryem KARAAZİZ²**¹ Corresponding Author, Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü,
0009-0002-2261-4647²Yakın Doğu Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü, 0000-0002-0085-612X**Özet**

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), yalnızca çocukluk dönemiyle sınırlı kalmayıp, yetişkinlik döneminde de önemli işlevsel bozulmalara yol açan nörogelişimsel bir bozukluktur. “Yetişkin DEHB’si, bireyin akademik, mesleki ve sosyal işlevselliğini ciddi şekilde etkileyen kalıcı bir rahatsızlık olarak tanımlanır” Araştırmalar, DEHB’nin yetişkinlerde işyeri performansı, ilişki yönetimi ve genel yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiler oluşturduğunu göstermektedir. Yetişkin DEHB’si olan bireyler arasında iş kaybı oranlarının daha yüksek olduğu ve kazalara daha yatkın oldukları bildirilmektedir. DEHB’nin etiyolojisine yönelik çalışmalarda, genetik faktörlerin rolü büyüktür. “DEHB’nin kalıtsal geçiş oranı, ikiz çalışmaları ve aile araştırmalarıyla %70-80 arasında bulunmuştur”. Ancak yalnızca genetik faktörlerin değil, çevresel etkilerin de önemli katkılar sunduğu belirtilmektedir. Beyin görüntüleme çalışmaları, özellikle frontal korteks ve striatum bölgelerinde yapısal ve fonksiyonel anormallikler saptandığını ortaya koymuştur. Sosyal ve psikolojik faktörler de DEHB’nin şiddeti ve seyri üzerinde belirleyici olabilir. “Erken yaşantılarda yaşanan stres ve travmalar DEHB semptomlarının şiddetlenmesine katkıda bulunabilir”. Yetişkinlik döneminde DEHB tanısı almış bireyler, sıklıkla duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gibi eş tanılarla başvurmaktadır. Tedavi yaklaşımlarında farmakoterapi ve psikoterapinin birlikte kullanımı önerilmektedir. “Meta-analizler, psikostimülanların yetişkin DEHB semptomlarını azaltmada etkili olduğunu göstermektedir” Ancak tek başına ilaç tedavisinin yeterli olmadığı, bireysel psikoterapiler ve bilişsel davranışçı terapilerin de uzun vadeli sonuçlar için önemli olduğu vurgulanmaktadır. Bu derleme çalışmasında, DEHB’nin yetişkin bireylerin günlük yaşamlarındaki etkileri kapsamlı bir şekilde ele alınmış; tanı, etiyoloji, belirtiler, tedavi yöntemleri ve literatürdeki güncel bulgular doğrultusunda analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular, DEHB’nin yaşam boyu süren bir bozukluk olduğunu ve bireysel, toplumsal düzeyde ciddi etkiler doğurduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite, Yetişkin DEHB, Günlük Yaşam, İşlevsellik, Psikososyal Etkiler, Tedavi Yöntemleri, Nörogelişimsel Bozukluk

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that causes significant functional impairments in adulthood as well as in childhood. “Adult ADHD is described as a persistent disorder that severely affects academic, occupational, and social functioning”. Studies have shown that ADHD adversely impacts workplace performance, relationship management, and overall quality of life among adults. Adults with ADHD are reported to have higher rates of job loss and a greater susceptibility to accidents. Genetic factors play a substantial role in the etiology of ADHD. “The heritability rate of ADHD has been found to be between 70-80% through twin and family studies”. Nevertheless, environmental factors also contribute significantly. Neuroimaging studies have revealed structural and functional abnormalities particularly in the frontal cortex and striatum. Social and psychological factors also influence the severity and course of ADHD. “Early life stress and traumas may contribute to the intensification of ADHD symptoms”. Adults diagnosed with ADHD frequently present with comorbid mood disorders, anxiety disorders, and substance use disorders. Current treatment approaches recommend the combined use of pharmacotherapy and psychotherapy. “Meta-analyses show that psychostimulants are effective in reducing adult ADHD symptoms”. However, medication alone is not sufficient; individual psychotherapy and cognitive-behavioral therapy are crucial for long-term outcomes. In this review study, the effects of ADHD on the daily lives of adults have been comprehensively discussed, analyzing diagnosis, etiology, symptoms, treatment methods, and recent literature findings. The results suggest that ADHD is a lifelong disorder with serious individual and societal impacts.

Keywords: Attention Deficit, Hyperactivity, Adult ADHD, Daily Life, Functionality, Psychosocial Effects, Treatment Methods, Neurodevelopmental Disorder

Giriş

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında başlayan, ancak belirtileri yetişkinlik döneminde de devam edebilen nörogelişimsel bir bozukluktur (American Psychiatric Association [APA], 2013). DEHB, genellikle dikkat süresinde azalma, dürtüsellik ve hiperaktivite ile karakterizedir. Çocuklarda bu belirtiler daha açık ve gözlemlenebilir düzeyde seyrederken, yetişkinlerde belirtiler daha çok dikkat eksikliği, zamanı yönetememe, unutkanlık, içsel huzursuzluk ve dürtüsel karar verme şeklinde ortaya çıkmaktadır (Barkley, 2015). Uzun yıllar boyunca çocukluk dönemine özgü bir bozukluk olarak kabul edilen DEHB, artık yetişkin yaşamında da belirgin işlev kayıplarına yol açan bir sorun olarak ele alınmaktadır (Faraone vd., 2006). Yetişkin DEHB, bireyin akademik başarısını, iş performansını, sosyal ilişkilerini ve duygusal düzenlemesini olumsuz etkileyebilir. Dikkat dağınıklığı ve organizasyon eksikliği gibi bilişsel sorunlar, iş hayatında sık görev değiştirme, düşük iş tatmini ve işten ayrılmalar gibi sonuçlara neden olabilmektedir (Biederman ve Faraone, 2006). Aynı zamanda, dürtüsellik ve zayıf dürtü kontrolü nedeniyle bireyler sosyal ilişkilerde çatışmalar yaşayabilir, finansal sorunlarla karşılaşabilir ya da riskli davranışlara yönelebilirler (Murphy ve Barkley, 1996). Bu durum, sadece birey düzeyinde değil, aile, iş yeri ve toplum düzeyinde de önemli yükler doğurmaktadır (Kooij vd., 2010).

Bu derleme makalesi, yetişkinlik döneminde görülen DEHB’nin bireyin günlük yaşamı üzerindeki etkilerini çok boyutlu bir şekilde ele almayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda bozukluğun tanımı, etiyolojisi, belirtileri, kuramsal açıklamaları, epidemiyolojisi, DSM kriterleri, tarihsel gelişimi ve tedavi yaklaşımları incelenecek; ayrıca erişkin yaşam üzerindeki sosyal, duygusal, akademik ve mesleki etkileri de ayrıntılı biçimde tartışılacaktır. Bu çalışma hem klinik uygulamalar hem de akademik araştırmalar için bütüncül ve güncel bir kaynak sunmayı hedeflemektedir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), “yaşa ve gelişim düzeyine göre uygunsuz dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile karakterize edilen nörogelişimsel bir bozukluktur” (American Psychiatric Association, 2013).

DEHB tanımı, zaman içinde yapılan araştırmalarla genişlemiş ve yalnızca çocukluk çağı hastalığı olarak görülmekten çıkmıştır. “Yetişkinlerde DEHB’nin varlığı, kalıcı dikkatsizlik belirtileri ve işlevsellikte önemli bozulmalarla kendini göstermektedir” (Faraone vd., 2015).

Barkley (2015), DEHB’yi “kendi kendini düzenleme süreçlerinde bir bozulma olarak, bireyin davranışlarını, dikkatini ve duygularını hedeflere uygun biçimde yönlendirme yeteneğinin eksikliği” şeklinde tanımlar. DEHB’nin temel özellikleri arasında “sıklıkla ayrıntılara dikkat edememe, görevleri tamamlayamama, etkinlikler sırasında organize olamama, zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınma ve unutkanlık yer almaktadır” (Turgay, 2009).

DSM-5’e göre, DEHB tanısı alabilmesi için bireyin “septomlarının 12 yaşından önce başlamış olması, belirtilerin iki ya da daha fazla ortamda (örneğin evde, okulda veya işte) görülmesi ve bu belirtilerin sosyal, akademik veya mesleki işlevsellikte belirgin bir bozulmaya yol açması gerekmektedir” (American Psychiatric Association, 2013). Özellikle yetişkin bireylerde, “hiperaktivite semptomlarının zamanla azalabileceği, ancak dikkatsizlik ve dürtüsellik semptomlarının devam ettiği” bildirilmektedir (Simon vd., 2009). Bu durum, DEHB’nin yaşam boyu süren bir bozukluk olduğuna işaret etmektedir. Yetişkinlerde DEHB belirtileri arasında “zaman yönetiminde zorluk, görev tamamlama sorunları, ilişkilerde problemler ve düşük stres toleransı” gibi işlevsel bozukluklar dikkat çekmektedir (Wilens ve Spencer, 2010).

Nigg (2006) DEHB’yi “dikkat yönetimi, dürtü kontrolü ve ödül sistemlerindeki nöropsikolojik yetersizliklerin birleşimi” olarak tanımlamıştır. Bu bakış açısı, bozukluğun yalnızca davranışsal değil, aynı zamanda bilişsel ve motivasyonel sistemleri de içerdiğini göstermektedir. Ayrıca, DEHB’nin farklı alt tipleri bulunmaktadır. DSM-5’te belirtilen üç alt tip şunlardır: “Dikkatsiz Alt Tip (öncelikli dikkatsizlik belirtileri), Hiperaktif-Dürtüsel Alt Tip (öncelikli hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri) ve Kombine Alt Tip (her iki grup belirtinin birlikte görüldüğü)” (American Psychiatric Association, 2013).

Özetle, DEHB hem çocuklukta hem de yetişkinlikte görülebilen, bireyin akademik, mesleki ve sosyal hayatını olumsuz etkileyen, kompleks bir nörogelişimsel bozukluktur. “DEHB, yaşam kalitesini düşürürken, kişisel, ailesel ve toplumsal maliyetleri de artırmaktadır” (Kooij vd., 2010).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisi

DEHB’nin etiyolojisi, çoklu faktörlerin karmaşık bir etkileşimini içerir. “Genetik, nörolojik, çevresel ve psikososyal faktörlerin bir araya gelmesiyle DEHB’nin ortaya çıktığı kabul edilmektedir” (Thapar vd., 2013). DEHB’nin nedenlerine dair yapılan çalışmalar, biyolojik, sosyal ve psikolojik etkenlerin bozukluğun gelişiminde önemli rol oynadığını göstermektedir.

Biyolojik Etkenler

Genetik çalışmalar, DEHB’nin biyolojik temelleri olduğunu güçlü bir şekilde desteklemektedir. “İkiz çalışmaları, DEHB için %70 ila %80 arasında yüksek kalıtsal bir oran bildirmiştir” (Faraone ve Larsson, 2019). Ayrıca, aile çalışmaları da DEHB’nin birinci derece akrabalarında daha sık görüldüğünü ortaya koymuştur (Biederman vd., 1992). Nörogörüntüleme çalışmalarında, DEHB’li bireylerde beynin bazı bölgelerinde yapısal ve işlevsel farklılıklar saptanmıştır. “Özellikle prefrontal korteks, bazal ganglionlar ve serebellum bölgelerinde küçülme ve işlev bozuklukları gözlemlenmiştir” (Castellanos vd., 2002). Yapısal MRI

çalışmaları, “DEHB’li bireylerin frontal lob hacimlerinde anlamlı küçülmeler olduğunu göstermiştir” (Shaw vd., 2007).

Dopaminerjik ve noradrenerjik sistemlerdeki işlev bozukluklarının DEHB’nin temel nörobiyolojik mekanizmaları arasında olduğu düşünülmektedir. “Dopamin ve norepinefrin düzeylerindeki dengesizlikler, dikkat ve dürtü kontrolünde bozulmalara neden olmaktadır” (Arnsten, 2009). Genetik düzeyde, bazı spesifik genlerin DEHB ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. “Dopamin taşıyıcı gen (DAT1) ve dopamin reseptör geni (DRD4), DEHB ile ilişkilendirilen en çok çalışılan genler arasındadır” (Faraone vd., 2005).

Sosyal Etkenler

Çevresel ve sosyal faktörlerin de DEHB gelişiminde önemli bir rolü olduğu kabul edilmektedir. “Prenatal dönem risk faktörleri arasında annede sigara kullanımı, alkol tüketimi ve doğum öncesi stres gibi unsurlar yer almaktadır” (Linnet vd., 2003).

Doğum sonrası faktörler arasında düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum ve erken çocukluk döneminde yaşanan sosyal stres faktörleri öne çıkmaktadır (Banerjee vd., 2007). “Düşük sosyoekonomik düzey ve aile içi çatışmaların DEHB semptomlarının şiddetini artırabileceği” de belirtilmiştir (Russell vd., 2016).

Aile dinamiklerinin de etkili olduğu bilinmektedir. “Olumsuz ebeveynlik tarzları, çocuklarda DEHB belirtilerinin artmasına katkıda bulunabilir” (Chronis-Tuscano vd., 2007). Bununla birlikte, çevresel faktörlerin tek başına DEHB’yi açıklamakta yetersiz kaldığı ve genetik yatkınlıkla etkileşim içinde etkili olduğu vurgulanmaktadır (Thapar vd., 2013).

Psikolojik Etkenler

Psikolojik etkenler, DEHB’nin gelişimini doğrudan tetiklemese de semptomların şiddetini ve devamlılığını etkileyebilmektedir. “Erken dönemde yaşanan travmalar ve bağlanma problemleri, DEHB belirtilerinin daha belirgin olmasına yol açabilir” (Sciberras vd., 2017). Bilişsel psikoloji perspektifinden bakıldığında, DEHB’li bireylerde “çalışan bellek, inhibisyon kontrolü ve dikkat sürdürülebilirliği gibi yürütücü işlevlerde önemli zayıflıklar” bulunmuştur (Willcutt vd., 2005). Bu tür nöropsikolojik işlev bozuklukları, bireyin akademik ve sosyal işlevselliğini doğrudan etkileyerek semptomların sürekliliğini artırmaktadır. Ayrıca, öğrenme güçlükleri ve duygusal düzenleme problemleri de DEHB ile sıklıkla eş zamanlı görülür. “DEHB’li bireylerin, stresle baş etme becerilerinin zayıf olması, ikincil anksiyete ve depresyon riskini artırmaktadır” (Katzman vd., 2017).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi

DEHB, çocukluk çağında sık görülen bir bozukluk olmakla birlikte, yetişkinlikte de önemli bir prevalansa sahiptir. “Dünya genelinde yetişkin nüfusun yaklaşık %2,5’inde DEHB tanısı bulunmaktadır” (Simon vd., 2009). ABD’de yapılan ulusal epidemiyolojik çalışmalarda, “18 yaş ve üzeri yetişkinler arasında DEHB prevalansının %4,4 olduğu saptanmıştır” (Kessler vd., 2006). Çocukluk çağında DEHB tanısı alan bireylerin büyük bir kısmında semptomlar yetişkinliğe kadar devam etmektedir. “Çocuklukta DEHB tanısı alan bireylerin %50 ila %60’ında belirtiler erişkinlikte de sürmektedir” (Biederman vd., 2000). Ancak, yetişkinlerde DEHB belirtilerinin biçim değiştirdiği, hiperaktivite semptomlarının azalarak daha çok içsel huzursuzluk şeklinde kendini gösterdiği belirtilmektedir (Faraone vd., 2015).

Cinsiyet farkları da epidemiyolojik verilerde önemli bir yer tutmaktadır. “Çocuklukta erkeklerde DEHB tanısı alma oranı kızlara göre 2-3 kat daha fazladır, ancak yetişkinlikte bu fark belirgin şekilde azalır” (Rucklidge, 2010).

Yetişkinlik döneminde kadınlarda sıklıkla dikkatsizlik ağırlıklı belirtiler ön planda olurken,

erkeklerde daha belirgin hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri gözlenmektedir (Ramsay ve Rostain, 2008). Kültürel farklılıklar da DEHB prevalans oranlarında değişimlere yol açmaktadır. “DEHB tanı oranları ülkeler arasında farklılık göstermekle birlikte, genel olarak tanı kriterlerindeki değişiklikler, farkındalık düzeyi ve sağlık hizmetlerine erişim gibi faktörler bu farklılıkları açıklamaktadır” (Polanczyk vd., 2007). Polanczyk ve arkadaşlarının (2007) yaptığı meta-analiz çalışmasında, dünya genelindeki çocuk ve ergenlerde DEHB prevalansı %5,29 olarak bulunmuş, yetişkinlik dönemine geçişte oranların bir miktar azaldığı gözlemlenmiştir.

Coğrafi bölgelere göre yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda, “Avrupa’da yetişkin DEHB prevalansının %2 ila %3 arasında değiştiği” (de Graaf vd., 2008), Latin Amerika ülkelerinde ise bu oranın biraz daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Fayyad vd., 2007). Ayrıca, sağlık politikalarının ve klinik tanı uygulamalarının bölgesel farklılıkları da epidemiyolojik verilere yansımaktadır. DEHB ile ilişkili eş tanılar (komorbiditeler) da prevalans çalışmalarında dikkate alınmalıdır.

“Yetişkin DEHB’si olan bireylerin %80’inden fazlasında en az bir başka psikiyatrik bozukluk (örneğin depresyon, anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları) bulunmaktadır” (Kessler vd., 2006). Bu durum, DEHB’nin saptanmasını ve doğru bir şekilde tedavi edilmesini güçleştirmektedir. Özetle, DEHB hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmekte, toplumun birçok kesiminde bireysel ve toplumsal işlevselliği olumsuz etkilemektedir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri

DEHB, temel olarak üç ana semptom kümesiyle karakterizedir: dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik. “Dikkat eksikliği, bireyin görevler üzerinde odaklanma ve dikkatini sürdürme becerisinde sürekli zorluk yaşaması ile kendini gösterir” (American Psychiatric Association, 2013). Yetişkinlerde bu durum, ayrıntıları kaçırma, iş bitirememe ve unutkanlık gibi belirtilerle ortaya çıkar (Barkley, 2015).

Dikkat eksikliği semptomları arasında “uzun süreli görevlerde dikkatin sürdürülememesi, verilen talimatları takip etmede zorluk, organizasyon problemleri ve dış uyaranlarla kolayca dikkatin dağılması” yer almaktadır (Weiss vd., 2008). Özellikle iş yaşamında bu tür belirtiler, zaman yönetimi problemleri ve düşük üretkenlik gibi sonuçlara yol açabilir (Murphy ve Barkley, 1996).

Hiperaktivite, yetişkinlerde çocuklardakine kıyasla daha az belirgin fiziksel hareketlilikle kendini gösterir. “Yetişkin DEHB’sinde hiperaktivite, huzursuzluk hissi, sürekli bir şeylerle meşgul olma ve sakin oturamama şeklinde tanımlanır” (Faraone vd., 2015). Birçok yetişkin, “zihinsel hiperaktivite” olarak adlandırılan düşüncelerde hızlanma ve sabit bir şekilde birden fazla iş yapma girişimi yaşar (Kooij vd., 2010).

Dürtüsellik, DEHB’nin en işlev bozucu belirtilerinden biridir. “Dürtüsellik, bireyin düşünmeden davranması, sabırsızlık göstermesi ve sonuçlarını hesaba katmadan kararlar vermesi şeklinde kendini gösterir” (Biederman vd., 2004). Yetişkinlerde dürtüsellik, ani iş değişiklikleri, dürtüsel harcamalar, ilişkilerde acelecilik ve duygusal patlamalar gibi sonuçlara yol açabilir (Wilens ve Spencer, 2010).

Özellikle duygusal dürtüsellik, yetişkin DEHB semptomlarının önemli bir parçası olarak görülmektedir. “Duygusal dürtüsellik, öfke patlamaları, hayal kırıklığına tahammülsüzlük ve ani ruh hali değişiklikleri ile kendini gösterebilir” (Barkley ve Murphy, 2011). Bu durum, bireyin hem kişisel ilişkilerini hem de iş yaşamındaki uyumunu olumsuz etkileyebilir. DEHB belirtilerinin şiddeti ve görünümü bireyden bireye değişkenlik göstermektedir. “Bazı bireylerde dikkat eksikliği baskın olurken, bazılarında dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileri ön planda

olabilir” (American Psychiatric Association, 2013). DSM-5, bu nedenle DEHB’yi üç ayrı alt tipe ayırmıştır: Dikkatsiz Alt Tip, Hiperaktif-Dürtüsel Alt Tip ve Kombine Tip.

Bununla birlikte, DEHB semptomlarının stres, yorgunluk ve duygusal baskı altında artış gösterdiği bildirilmiştir. “Yetişkinlerde DEHB belirtileri, iş stresi, aile baskısı veya kişisel kriz dönemlerinde daha belirgin hale gelebilir” (Adler vd., 2006). Ayrıca, DEHB belirtileri sadece bireyin kendi yaşam kalitesini değil, çevresiyle olan ilişkilerini de önemli ölçüde etkiler. “DEHB’li yetişkinlerde boşanma oranlarının, işten çıkarılma sıklığının ve maddi sorunların genel nüfusa kıyasla daha yüksek olduğu gösterilmiştir” (Barkley vd., 2008).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Kuramsal Temellerle Açıklanması

DEHB, nörogelişimsel temelli bir bozukluk olarak kabul edilmekle birlikte, psikodinamik ve davranışsal kuramlar da DEHB’nin oluşumunda çeşitli açıklamalar sunmuştur. Bu kuramsal yaklaşımlar, özellikle bireysel farklılıkları ve semptom çeşitliliğini anlamada önemli katkılar sağlamaktadır (Rappley, 2005).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Psikanalitik Yaklaşım

Psikanalitik kuram, DEHB’nin erken çocukluk dönemindeki duygusal çatışmalar ve bastırılmış içgüdüsel dürtülerle ilişkili olabileceğini öne sürmüştür. “Psikanalitik bakış açısına göre, DEHB belirtileri, çocuğun ödipal çatışmalara ya da erken dönem nesne ilişkilerindeki bozulmalara bir yanıtı olabilir” (Deutsch, 1934).

Mahler (1975), özellikle bireyselleşme-süreklilik döneminde yaşanan ayrışma sorunlarının, ilerleyen dönemde dikkat ve dürtü kontrolü problemlerine yol açabileceğini belirtmiştir. Buna göre, “anne-çocuk ilişkisinde yaşanan güven eksiklikleri, çocuğun dış dünyayla güvenli bağlar kurmasını engelleyebilir ve bu da dürtüsellik ve dikkat eksikliği gibi belirtilerle sonuçlanabilir” (Mahler, 1975).

Bazı psikanalistler, DEHB’nin bir tür savunma mekanizması olduğunu ileri sürmüştür. “Hiperaktivite, anksiyete ve içsel çatışmalarla başa çıkmak için bir kaçış davranışı olarak yorumlanabilir” (Fonagy ve Target, 2003). Bu çerçevede, DEHB’nin yalnızca biyolojik bir bozukluk olarak değil, aynı zamanda duygusal gelişimin bir sonucu olarak da değerlendirilmesi önerilmiştir.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı kuram, DEHB’yi öğrenilmiş davranış kalıpları çerçevesinde açıklamaya çalışır. “Davranışçı yaklaşıma göre, DEHB semptomları, pekiştirme mekanizmaları yoluyla öğrenilmiş ve sürdürülmüş olabilir” (Barkley, 1997). Özellikle operant koşullanma teorisine göre, “uygunsuz dikkat ve hiperaktif davranışların çevresel pekiştiricilerle ödüllendirilmesi, bu davranışların kalıcılığına katkıda bulunur” (Skinner, 1953). Örneğin, çocuk aşırı hareketlendiğinde dikkat çekiyor ve ilgi görüyor ise, bu davranışın tekrar etme olasılığı artar (Barkley, 1997). Ayrıca, davranışçı modele göre, DEHB’li bireylerin ödül sistemlerinde farklılıklar olduğu belirtilmiştir. “DEHB’li bireyler anlık ödüllere uzun vadeli kazançlardan daha fazla değer verirler” (Sagvolden vd., 2005). Bu durum, dürtüsellik ve planlama eksikliği gibi belirtileri açıklamada önemli bir rol oynar. Davranışçı terapi teknikleri, özellikle çocuklarda DEHB semptomlarının yönetiminde etkili bulunmuştur. “Pozitif pekiştirme, davranışsal sözleşmeler ve zaman yönetimi becerilerinin öğretimi, DEHB’li bireylerin işlevselliğini artırabilir” (Pelham ve Fabiano, 2008).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Nesne İlişkileri Yaklaşımı

Nesne ilişkileri kuramı, bireyin erken dönem bakım veren ilişkilerinin ruhsal gelişimi üzerindeki etkilerini vurgular. “Bu kurama göre, erken bakım verenlerle kurulan ilişkilerde

yaşanan yetersizlikler, benlik organizasyonunda ve dürtü kontrolünde bozukluklara neden olabilir” (Klein, 1946).

Kernberg (1976) DEHB’yi, özellikle erken nesne ilişkilerinde yaşanan bozulmaların sonucu olarak değerlendirmiştir. “Yetersiz nesne temsilleri ve tutarsız bakım, çocuğun içsel dünya organizasyonunu olumsuz etkileyerek dikkat ve dürtüsellik problemlerine zemin hazırlayabilir” (Kernberg, 1976). Bu yaklaşıma göre, DEHB semptomları, bireyin içsel dünya ile dışsal gerçeklik arasındaki sınırların sağlıklı bir şekilde kurulamadığını gösterir. “DEHB, bireyin kendi duygusal ihtiyaçlarını düzenleme ve dış dünya ile uyum sağlama becerisindeki eksikliklerin dışavurumu olarak görülebilir” (Fonagy ve Target, 2003).

Nesne ilişkileri temelli terapilerde, bireyin erken dönem ilişki dinamiklerini keşfetmesi ve bu ilişkilerin şimdiki yaşantıya etkilerini anlaması hedeflenir. Bu tür müdahalelerin, özellikle duygusal düzenleme güçlükleri yaşayan DEHB’li yetişkinlerde etkili olabileceği ileri sürülmektedir (Schore, 2003).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu DSM Kriterleri ve Tarihçesi

DEHB’nin tanısal tarihçesi, psikiyatrik sınıflandırmaların gelişimine paralel olarak önemli değişiklikler göstermiştir. “DEHB ilk kez 1902 yılında George Still tarafından ‘ahlaki kontrol eksikliği’ olarak tanımlanmıştır” (Still, 1902). Ancak, modern psikiyatride DEHB’nin sistematik olarak tanımlanması, Amerikan Psikiyatri Birliği’nin yayımladığı DSM serisiyle şekillenmiştir.

DSM-1 (1952) ‘de DEHB’ye doğrudan karşılık gelen bir tanım bulunmamaktaydı; ancak “minimal beyin disfonksiyonu” kavramı altında benzer belirtilere yer verilmiştir (American Psychiatric Association, 1952).

DSM-2 (1968)’de ise “hiperkinetik reaksiyonlar” kategorisinde, aşırı motor aktivite ve dikkatsizlik belirtileri tanımlanmıştır (American Psychiatric Association, 1968).

DSM-3 (1980) ile birlikte DEHB modern tanısal kimliğine kavuşmaya başlamıştır. “DSM-III, Dikkat Eksikliği Bozukluğu (Attention Deficit Disorder, ADD) terimini tanımlamış ve hiperaktiviteyi dikkatten ayrı bir eksen olarak ele almıştır” (American Psychiatric Association, 1980). Bu dönemde, dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik semptomları ayrı alt tipler halinde tanımlanmıştır.

DSM-3-R (1987)’de terminoloji değiştirilmiş ve “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu” (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder- ADHD) terimi kullanılmaya başlanmıştır. “Bu sürümde, hiperaktivite ve dürtüsellik daha ön planda belirtilmiştir” (American Psychiatric Association, 1987).

DSM-4 (1994)’te, DEHB üç ayrı alt tipe ayrılmıştır: “Dikkatsiz Alt Tip, Hiperaktif-Dürtüsel Alt Tip ve Kombine Tip” (American Psychiatric Association, 1994). Ayrıca, semptomların iki veya daha fazla ortamda (ev, iş, okul gibi) görülmesi şartı getirilmiştir.

DSM-5 (2013) güncellemeleri ile birlikte DEHB’nin tanısal kriterlerinde önemli değişiklikler yapılmıştır. “DSM-5’te, semptomların başlangıç yaşı kriteri 7’den 12’ye çıkarılmış ve yetişkinlerde tanı konulmasını kolaylaştıracak şekilde esneklik sağlanmıştır” (American Psychiatric Association, 2013). Ayrıca, “semptom örnekleri yaş grubuna uygun olacak şekilde güncellenmiş ve yetişkinlerde DEHB’nin varlığı daha net biçimde tanımlanmıştır” (Willcutt, 2012).

DSM-5’e göre DEHB tanı kriterleri şu şekilde sıralanmaktadır:

Dikkat eksikliği belirtilerinden en az altısının (17 yaş ve üzerindekilerde en az beşi) en az altı aydır devam etmesi (American Psychiatric Association, 2013).

Hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinden en az altısının (17 yaş ve üzeridekilerde en az beşi) en az altı aydır devam etmesi (American Psychiatric Association, 2013).

Semptomların 12 yaşından önce başlaması. (American Psychiatric Association, 2013).

Semptomların en az iki ortamda (örneğin evde, okulda, işte) ortaya çıkması (American Psychiatric Association, 2013).

Belirtilerin işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulmaya yol açması (American Psychiatric Association, 2013).

Semptomların başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaması (örneğin anksiyete bozuklukları, duygu durum bozuklukları) (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5, DEHB'nin yaşam boyu süren bir bozukluk olduğuna dikkat çekmekte ve yetişkinlerde tanı konulmasının zorluklarına vurgu yapmaktadır. "Yetişkinlerde DEHB tanısında, çocukluk döneminden itibaren devam eden semptom geçmişinin belgelenmesi kritik öneme sahiptir" (Barkley vd., 2008). Sonuç olarak, DSM kriterlerindeki değişimler, DEHB'nin nörogelişimsel temelli bir bozukluk olarak daha iyi anlaşılmasına ve yaş gruplarına özgü tanısal zorlukların aşılmasına katkı sağlamıştır.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi

DEHB tedavisinde farmakolojik ve psikososyal müdahalelerin kombine edilmesi önerilmektedir. "Yetişkin DEHB'sinin yönetiminde en etkili tedavi yaklaşımı, ilaç tedavisi ile psikososyal müdahalelerin bir arada kullanılmasıdır" (Kooij vd., 2010).

Farmakoterapi, DEHB tedavisinde birincil müdahale yöntemidir. "Psikostimülan ilaçlar, DEHB semptomlarını azaltmada en etkili farmakolojik ajanlar olarak kabul edilmektedir" (Faraone ve Buitelaar, 2010). Özellikle metilfenidat ve amfetamin türevleri, DEHB semptomlarını hedef alan ilk basamak ilaçlar arasında yer alır (Wilens, 2006).

Stimulant ilaçların etki mekanizması dopamin ve norepinefrin düzeylerini artırarak dikkat süreçlerini ve dürtü kontrolünü düzenlemektir. "Metilfenidat, dopamin taşıyıcı proteinlerini inhibe ederek dopamin geri alımını azaltır ve böylece sinaptik dopamin seviyelerini artırır" (Volkow vd., 2001).

Non-stimulant ilaçlar da tedavi seçenekleri arasındadır. Atomoksetin, DEHB tedavisinde onaylanmış bir non-stimulant ajan olup, norepinefrin geri alım inhibitörü olarak çalışmaktadır. "Atomoksetin, özellikle stimulantlara yanıt vermeyen ya da stimulant kullanımının kontrendike olduğu durumlarda etkili bir alternatiftir" (Michelson vd., 2003). Ayrıca bazı antidepresanlar (bupropion gibi) ve alfa-2 adrenerjik agonistler (guanfacin, klonidin) da belirli vakalarda yardımcı tedavi olarak kullanılmaktadır (Pliszka, 2007).

Farmakoterapiye ek olarak psikososyal müdahaleler DEHB tedavisinde kritik bir rol oynamaktadır. "Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), özellikle yetişkin DEHB'sinde semptom yönetimi ve işlevsellik artırımı için etkili bir psikoterapi yöntemidir" (Safren vd., 2005). BDT teknikleri arasında zaman yönetimi becerilerinin kazandırılması, organizasyon stratejilerinin geliştirilmesi, dürtü kontrolü çalışmaları ve duygusal düzenleme becerilerinin güçlendirilmesi yer alır (Knouse ve Safren, 2010).

Ayrıca, motivasyon artırıcı stratejiler ve hedef belirleme çalışmaları da tedavi sürecinde önemli rol oynamaktadır. Grup terapileri de DEHB'li bireylerde sosyal destek mekanizmalarını güçlendirme açısından etkili bulunmuştur. "Yetişkin DEHB'si için geliştirilen grup temelli BDT programları, bireylerin sosyal becerilerini geliştirmelerine ve yalnızlık hissini azaltmalarına yardımcı olmaktadır" (Weiss vd., 2012). Psychoeducation (psiko-eğitim) uygulamaları da bireylerin DEHB hakkında bilgi sahibi olmalarını, kendi semptomlarını

tanımalarını ve başa çıkma stratejileri geliştirmelerini sağlamaktadır (Fleming vd., 2015).

Yöntem

Bu çalışmada derleme yöntemine başvurulmuştur. Derleme çalışmaları, mevcut literatürdeki bilgileri sistematik bir şekilde toplayarak yeni bir sentez oluşturmayı amaçlar (Grant ve Booth, 2009).

Bulgular

Çalışmalar, DEHB’li yetişkinlerin iş yaşamında önemli zorluklar yaşadığını göstermektedir. “DEHB’li bireylerde iş kaybı, iş yerinde performans düşüklüğü ve iş değişikliği oranlarının genel nüfusa göre belirgin şekilde yüksek olduğu bulunmuştur” (Kessler vd., 2005). Barkley ve Murphy (2010), “DEHB’li yetişkinlerin ortalama olarak daha düşük gelir seviyelerine sahip olduğunu ve işyerinde görevlerini zamanında tamamlama konusunda önemli sorunlar yaşadıklarını” bildirmiştir. Ayrıca, “iş arkadaşlarıyla yaşanan çatışmalar ve otorite figürleriyle sorunlar, DEHB’li bireylerde iş yaşamında sık karşılaşılan problemlerdendir” (Biederman ve Faraone, 2006). DEHB’li bireylerin işyerinde dikkat dağınıklığı, organizasyon problemleri ve zaman yönetimi eksiklikleri nedeniyle iş performanslarının olumsuz etkilendiği görülmektedir (Bramham vd., 2009). Bunun sonucunda, kariyer gelişimi de ciddi şekilde zarar görebilmektedir. Yetişkinlerde DEHB, sosyal ilişkiler üzerinde de belirgin etkiler yaratmaktadır. “DEHB’li bireyler sosyal ipuçlarını kaçırmaya, konuşmaları böldükleri için iletişim problemleri yaşamaya ve uzun süreli ilişkilerde sorunlar yaşamaya eğilimlidir” (Young vd., 2006). Biederman ve arkadaşları (2006), “DEHB’li bireylerin evliliklerinde boşanma oranlarının daha yüksek olduğunu ve arkadaşlık ilişkilerinde istikrarsızlık yaşadıklarını” belirtmiştir. Ayrıca, “dürtüsellik ve duygusal regülasyon problemleri, DEHB’li bireylerin yakın ilişkilerde uyumsuzluk yaşamasına yol açmaktadır” (Barkley vd., 2008). Romantik ilişkilerde, “DEHB’li bireylerin partnerlerine karşı sabırsızlık göstermesi, sorumluluklarını yerine getirmekte zorlanması ve duygusal dalgalanmalar yaşaması ilişki doyumunu azaltmaktadır” (Weiss vd., 2012). DEHB’nin akademik yaşam üzerindeki etkileri, sadece çocukluk dönemine özgü değildir; yetişkinlikte de devam etmektedir. “Yetişkin DEHB’si olan bireylerin üniversiteye giriş ve mezuniyet oranları genel nüfusa göre daha düşüktür” (Advokat vd., 2011). Murphy ve Barkley (1996), “DEHB’li yetişkinlerin eğitim hayatlarında daha fazla başarısızlık, sınıfta kalma ve okuldan ayrılma yaşadıklarını” bildirmiştir. Ayrıca, “uzun vadeli akademik hedeflere ulaşmada motivasyon eksikliği ve zaman yönetimi zorlukları belirgin engeller oluşturmaktadır” (Frazier vd., 2007). Duygusal işlevsellik, yetişkin DEHB’sinin en çok etkilendiği alanlardan biridir. “DEHB’li bireyler sık sık ani öfke patlamaları, hayal kırıklığına düşük tolerans ve duygusal dengesizlik yaşamaktadır” (Barkley ve Murphy, 2011).

Sibley ve arkadaşları (2010), “DEHB’li bireylerin depresyon ve anksiyete bozuklukları geliştirme riskinin genel nüfusa kıyasla daha yüksek olduğunu” göstermiştir. Bu duygudurum sorunları hem bireyin içsel dünyasında hem de sosyal ilişkilerinde ciddi sorunlara yol açmaktadır. Özellikle duygusal dürtüsellik, DEHB’li bireylerde işlevselliği düşüren önemli bir faktör olarak tanımlanmıştır (Barkley, 2015). “Duygusal dürtüsellik, hızlı değişen ruh halleri, aşırı heyecan ya da öfke tepkileri şeklinde ortaya çıkmaktadır” (Surman vd., 2013). DEHB, sadece psikososyal işlevsellik üzerinde değil, genel sağlık durumu üzerinde de etkili olabilmektedir. “DEHB’li yetişkinlerde sigara kullanımı, madde bağımlılığı ve sağlıksız yaşam tarzı davranışlarının görülme oranı yüksektir” (Biederman vd., 2006). Swanson ve arkadaşları (2011), “DEHB’li bireylerin motorlu taşıt kazalarına karışma riskinin arttığını ve sağlık hizmetlerini daha fazla kullandıklarını” göstermiştir. Ayrıca, “riskli cinsel davranışlar, plansız gebelikler ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından da artmış bir risk söz konusudur” (Flory vd., 2006). DEHB’nin impulsivite boyutu, özellikle alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir. “DEHB’li bireylerde madde kullanım bozukluklarının prevalansı genel

nüfusa göre yaklaşık iki kat daha fazladır” (Wilens vd., 2011).

Tartışma

Bu çalışmada, yetişkinlikte Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) üzerine yapılmış güncel araştırmalar incelenmiş, bozukluğun psikiyatrik, sosyal, akademik ve mesleki alanlardaki etkileri bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilmiştir. Bulgular, DEHB’nin yalnızca çocuklukla sınırlı kalmadığını; yetişkinlikte de bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen, karmaşık ve çok yönlü bir nörogelişimsel bozukluk olduğunu göstermektedir.

Park ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada, yetişkin DEHB’sinin yalnızca dikkat sorunlarıyla sınırlı kalmadığı; aynı zamanda yaygın psikiyatrik komorbiditelerle birlikte seyrettiği gösterilmiştir. Duygu durum bozuklukları, anksiyete, obsesif-kompulsif bozukluk ve travma sonrası stres bozukluğu gibi problemler, DEHB’nin bireyin işlevselliği üzerindeki yıkıcı etkilerini daha da artırmaktadır. Bu bulgu, DEHB’nin sadece bireysel dikkat eksikliğiyle sınırlı olmayan, çok sistemli bir bozukluk olduğuna işaret etmektedir.

McGough ve arkadaşlarının (2005) çalışması da bu durumu destekler niteliktedir. Yüksek düzeyde depresyon ve madde kullanım bozukluklarının DEHB ile birlikte görülmesi, tedavi süreçlerinin daha karmaşık hale gelmesine neden olmaktadır. Bu komorbiditeler, tanının ertelenmesine, yanlış yorumlanmasına ya da yalnızca ikincil semptomlara odaklanılarak ana bozukluğun gözden kaçmasına yol açabilmektedir. Bu nedenle DEHB tanısında kapsamlı bir psikiyatrik değerlendirme esastır.

Tedavi sürecinde ise hem farmakolojik hem de psikososyal yaklaşımların birlikte kullanılması gerektiği açıktır. Kooij ve arkadaşlarının (2012) hazırladığı Avrupa Uzlaş Raporu’nda, bu iki yöntemin kombine edilmesinin semptom yönetiminde ve uzun vadeli işlevsellikte daha başarılı sonuçlar doğurduğu vurgulanmaktadır. Özellikle metilfenidat, atomoksetin gibi ilaçlar dikkat ve dürtüsellik semptomları üzerinde etkiliyken, bilişsel davranışçı terapi gibi yöntemler bireyin zaman yönetimi, görev planlaması ve sosyal işlevsellik becerilerini geliştirmektedir.

López-Pinar ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan sistematik derlemede, bilişsel davranışçı terapinin yalnızca kısa vadede değil, 12 aya kadar etkili olduğu ve bu etkinin günlük yaşamda sürdürülebilir fonksiyonel iyileşmelere yol açtığı gösterilmiştir. Bu sonuç, DEHB tedavisinde psikoterapinin sadece destekleyici değil, belirleyici bir rol oynayabileceğini göstermektedir. Ayrıca terapi sonrası sürdürme stratejilerinin geliştirilmesi, kazanımların korunması açısından önemli görünmektedir.

Chang ve arkadaşlarının (2020) büyük ölçekli meta-analizi ise DEHB ilaçlarının yalnızca semptomları değil, yaşamın işlevsel alanlarını da etkilediğini göstermiştir. İlaç tedavisi, suç işleme oranı, intihar girişimleri, trafik kazaları ve eğitim başarısızlığı gibi riskli durumlarda anlamlı düzeyde koruyucu etki göstermektedir. Bu bulgu, ilaç tedavisinin sosyal uyum ve halk sağlığı düzeyinde katkı sunduğunun güçlü bir kanıtıdır.

Bilişsel davranışçı terapinin etkililiğine dair bir başka derleme olan Young ve arkadaşlarının (2017) çalışması, terapi süresinden bağımsız olarak DEHB semptomları üzerindeki etkinin orta ila büyük düzeyde olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, psikoterapötik müdahalelerin süreye bağlı olmaksızın birey üzerinde olumlu etkiler yaratabileceğini, esas belirleyicinin müdahalenin içeriği ve yapısı olduğunu düşündürmektedir.

Sobanski ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise dikkat çekici bir nokta, yüksek komorbidite oranlarının tedaviye yanıt üzerinde olumsuz etkide bulunmasıdır. Bu durum, tedavi planlamasında sadece DEHB semptomlarının değil, eşlik eden bozuklukların da dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Özellikle madde kullanımı ve depresyon gibi komorbid durumlar, DEHB’nin temel semptomlarını maskeleyerek yanlış tanıya ya da yetersiz

müdahaleye yol açabilmektedir.

Emilsson ve arkadaşlarının (2011) randomize kontrollü çalışması, ilaç tedavisine eklenen bilişsel davranışçı terapinin, semptom şiddetini azaltmada ve günlük görevleri sürdürebilme becerisini artırmada daha etkili olduğunu göstermektedir. Bu bulgu, kombine tedavilerin yalnızca kısa vadeli değil, işlevselliği kalıcı olarak güçlendiren yapılar sunduğunu ortaya koymaktadır.

Farhat ve arkadaşlarının (2023) meta-analizi ise, lisanslı ve lisanssız uyarıcı ilaç dozlarının etkinliğini karşılaştırmış, her iki yaklaşımın da DEHB semptomları üzerinde olumlu etkiler yarattığını ortaya koymuştur. Ancak lisanssız dozların daha yüksek yan etki riski taşıdığı da belirtilmiş ve bu durumun klinik izlem açısından risk oluşturabileceği vurgulanmıştır.

Chang ve arkadaşlarının (2020) depresyon üzerine odaklanan çalışması ise, DEHB ilaçlarının yalnızca dikkat regülasyonu değil, aynı zamanda duygudurum üzerinde de koruyucu bir etkisi olduğunu göstermiştir. Bu bulgu, DEHB tedavisinin çok boyutlu ruh sağlığı kazanımlarına hizmet edebileceğini ve depresyon riskini azalttığını ortaya koymaktadır.

Sonuç olarak, bu derleme kapsamında; yetişkin DEHB'sinin tanı, tedavi ve sosyal etkileri hakkında kapsamlı ve tutarlı bilgiler sunmuştur. Tüm veriler değerlendirildiğinde, DEHB'nin sadece bireysel değil, toplumsal düzeyde de önemli sonuçlar doğuran, çok boyutlu ve dikkatle yönetilmesi gereken bir bozukluk olduğu anlaşılmaktadır. Etkili tedavi planlaması, psikiyatrik değerlendirme, bireyselleştirilmiş müdahale ve sosyal destek mekanizmalarının birlikte işlediği bir sistemle mümkün olacaktır.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), yalnızca çocukluk çağıyla sınırlı kalmayan, erişkin yaşamda da varlığını sürdürebilen kronik bir nörogelişimsel bozukluktur. Literatür, çocukluk çağında DEHB tanısı almış bireylerin yaklaşık %50 ila %65'inin semptomlarını erişkinlikte de sürdürdüğünü göstermektedir (Faraone vd., 2006; Barkley, 2015). Bu durum, DEHB'nin çocuklukla sınırlı bir gelişimsel sapma değil, yaşam boyu sürebilen bir işlev bozukluğu olduğunu ortaya koymaktadır.

Yetişkin DEHB'nin bireysel yaşam üzerindeki etkileri yalnızca dikkat eksikliği ya da hiperaktiviteyle sınırlı değildir. Bu bozukluk; bireylerin eğitim hayatı, mesleki performansı, sosyal ilişkileri, aile içi rolleri, ekonomik durumları ve ruh sağlığı üzerinde derin ve çok boyutlu etkiler yaratmaktadır (Biederman ve Faraone, 2006; Kooij vd., 2010). Yetişkin DEHB semptomatolojisi genellikle daha az hiperaktif davranışlar ve daha fazla dikkat eksikliği, planlama zorluğu, zaman yönetiminde başarısızlık, dürtüsellik, düşük motivasyon, içsel huzursuzluk, görevleri erteleme ve organize olamama şeklinde seyretmektedir (Murphy ve Barkley, 1996).

Araştırmalar, yetişkin DEHB'si olan bireylerin çocuklukta tanı almamış olma ihtimalinin yüksek olduğunu, bu bireylerin yaşamları boyunca kendilerini “tembel”, “dağınık”, “sorumsuz” ya da “başarısız” olarak etiketlediklerini göstermektedir (Kessler vd., 2006; Wilens vd., 2009). Bu damgalama, bireylerin özsaygısını olumsuz etkileyerek, başta depresyon ve anksiyete olmak üzere birçok psikiyatrik bozukluğun gelişimine zemin hazırlamaktadır (Biederman vd., 2006). Ayrıca, DEHB'nin bireylerde maddi kayıplara, işten çıkarılmalara, kariyer tıkanmalarına ve sosyal dışlanmalara neden olabileceği; bu durumun sosyal izolasyonu ve yaşam doyumunu olumsuz etkilediği bilinmektedir (Faraone ve Buitelaar, 2010).

Bireylerin DEHB semptomlarını yönetememeleri yalnızca kendi yaşam kalitelerini düşürmekle kalmayıp, aile bireyleri üzerinde de psikososyal yük oluşturmakta, eş ilişkileri, ebeveynlik

becerileri ve sosyal rollerini olumsuz etkilemektedir (Barkley, 2015). Bu bağlamda DEHB, sadece bireyin değil, onun içinde bulunduğu mikro ve makro sosyal çevrenin de işleyişine etki eden sistemik bir sorun olarak ele alınmalıdır.

Bu çalışmada ortaya konan bulgular, DEHB'nin tanınması, tedavisi ve toplum temelli müdahale süreçlerinin geliştirilmesine yönelik çok boyutlu stratejilere ihtiyaç duyulduğunu açıkça göstermektedir. Erişkin DEHB'nin göz ardı edilmesi, yalnızca bireysel düzeyde değil, kamusal sağlık sistemleri ve sosyal politikalar üzerinde de uzun vadeli maliyetler doğurmaktadır.

Öneriler

Bu derleme çalışması sonucunda aşağıdaki başlıklar altında öneriler geliştirilmiştir:

Tanılama ve Değerlendirme Süreçlerine Yönelik Öneriler

Yaş Grubuna Uygun Tanı Kriterleri Geliştirilmelidir: DSM-5 kriterleri büyük ölçüde çocukluk belirtilerine dayalıdır ve erişkinlerdeki semptom varyasyonlarını tam olarak yansıtmamaktadır. Bu nedenle, yetişkinler için uyarlanmış DEHB tanı rehberlerinin kullanımı yaygınlaştırılmalıdır (Kooij vd., 2010).

Kapsamlı Değerlendirme Araçları Yaygınlaştırılmalıdır: Tanılama sürecinde yalnızca öznel bildirimlere değil, işlevselliği çok boyutlu değerlendiren psikometrik araçlara yer verilmelidir. Çocukluk öyküsünün ayrıntılı şekilde sorgulanması, aile üyelerinden bilgi alınması ve eş tanılarının dışlanması sürece entegre edilmelidir (Wilens vd., 2009).

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerine DEHB Eğitimi Verilmelidir: Aile hekimleri ve psikologlar, erişkin DEHB'yi tanımakta zorlanabilmektedir. Bu nedenle DEHB belirtileri konusunda sağlık profesyonellerine yönelik sürekli eğitim programları geliştirilmelidir.

Tedavi ve Müdahale Süreçlerine Yönelik Öneriler

Birey Odaklı, Çok Boyutlu Müdahale Programları Oluşturulmalıdır: DEHB'nin biyopsikososyal yapısı dikkate alınarak, bireyselleştirilmiş tedavi planları oluşturulmalıdır. Bu planlarda farmakoterapi, psikoeğitim, bilişsel davranışçı terapi, zaman yönetimi eğitimi, farkındalık temelli yaklaşımlar ve grup terapileri gibi müdahale yöntemleri birlikte kullanılmalıdır (Barkley ve Murphy, 2010).

İlaç Tedavisine Erişim Kolaylaştırılmalıdır: Özellikle erişkin bireylerde ilaç kullanımına karşı ön yargıların azaltılması ve ilaçların düzenli, güvenli şekilde temin edilmesine yönelik politikalar geliştirilmelidir.

Aile Üyeleri Tedaviye Dahil Edilmelidir: Aile içi ilişkiler DEHB'nin seyrini etkileyen en önemli çevresel faktörlerdendir. Bu nedenle aile danışmanlığı ve psiko-eğitim desteklenmelidir.

Eğitim ve Mesleki Yaşam Alanlarına Yönelik Öneriler

Eğitim Sistemine Müdahale Modelleri Dahil Edilmelidir: Üniversiteler ve yaşam boyu öğrenme kurumları, DEHB'li bireylerin dikkat ve organizasyon problemleri için destek mekanizmaları (ör. özel sınav uygulamaları, zaman yönetimi atölyeleri) sağlamalıdır.

İş Yerlerinde Destekleyici Politikalar Geliştirilmelidir: DEHB olan bireylerin dikkat dağıtıcı ortamdan uzak, görev bazlı ve yapılandırılmış işlerde daha verimli oldukları gösterilmiştir. Bu nedenle iş yerlerinde bireysel uyum programları ve performans koçluğu desteklenmelidir (Biederman ve Faraone, 2006).

Mesleki Rehabilitasyon Hizmetleri Yaygınlaştırılmalıdır: İş hayatında başarısızlık yaşamış bireyler için yeniden beceri kazandırmaya ve sürdürülebilir istihdama yönelik özel destek programları oluşturulmalıdır.

Toplumsal Farkındalık ve Sosyal Politikalar

Toplumda DEHB'ye Yönelik Damgalamanın Önüne Geçilmelidir: Erişkin DEHB'ye ilişkin yanlış yargılar ve etiketlemeler, bireylerin tanı ve tedavi sürecine erişimlerini engellemektedir. Bilgilendirici kampanyalar, kamu spotları ve medya içerikleri ile bu yanlış algılar dönüştürülmelidir.

Yasal Tanınırılık ve Hak Temelli Yaklaşım Sağlanmalıdır: DEHB, Türkiye'de hâlâ erişkinlerde resmi olarak engel grubunda değerlendirilmemektedir. Bu durum, bireylerin sosyal haklara erişimini engellemektedir. Mevzuat düzenlemeleri ile erişkin DEHB, psikiyatrik bir engel kategorisi olarak kabul edilmelidir.

Sosyal Destek Sistemleri Güçlendirilmelidir: Belediyeler, sivil toplum kuruluşları ve yerel yönetimler, erişkin DEHB'li bireylere yönelik sosyal destek hizmetleri (danışmanlık, grup terapisi) sunmalıdır.

Araştırmalara Yönelik Öneriler

Türkiye Özelinde Alan Araştırmaları Artırılmalıdır: Yetişkin DEHB sıklığı, semptom örüntüleri ve yaşam doyumu üzerindeki etkileri ile ilgili yerel örneklerle yapılan çalışmalar hâlâ sınırlıdır. Türkiye geneli temsili örneklerle yürütülecek epidemiyolojik ve klinik araştırmalar desteklenmelidir.

Eş Tanılarla İlişkiyi İnceleyen Multidisipliner Çalışmalar Teşvik Edilmelidir: DEHB'nin yaygın olarak eşlik ettiği depresyon, bipolar bozukluk, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları ile olan ilişkilerini anlamaya yönelik disiplinlerarası çalışmalar yapılmalıdır.

Tedavi Etkinliğini Değerlendiren Kontrollü Denemeler Yaygınlaştırılmalıdır: DEHB'ye yönelik farmakolojik ve davranışsal tedavilerin erişkinlerdeki etkililiğini ve sürdürülebilirliğini inceleyen randomize kontrollü çalışmaların sayısı artırılmalıdır.

Genel Değerlendirme

Elde edilen bulgular, DEHB'nin yalnızca bireyin dikkat sistemini değil, yaşamın bütünü etkileyen çok yönlü bir nörogelişimsel bozukluk olduğunu ortaya koymuştur. Erişkin DEHB, iş gücü kaybı, toplumsal dışlanma, aile içi çatışmalar, akademik yetersizlikler ve ruhsal bozukluklara yol açarak hem bireysel hem toplumsal anlamda önemli bir halk sağlığı sorununa dönüşmektedir.

Bu bağlamda, erişkin DEHB'ye yönelik yapılacak çalışmaların yalnızca bireyin tedavisine odaklanmaması; sosyal hizmetler, eğitim sistemleri, iş gücü politikaları, ruh sağlığı altyapısı ve toplumsal algı değişimi gibi çok boyutlu bir reform süreciyle ele alınması gerekmektedir. Sadece farmakolojik değil, aynı zamanda psikososyal ve toplumsal müdahaleleri de içeren kapsamlı stratejiler, bu bireylerin yaşam kalitesini artırmada ve toplumsal katılımlarını güçlendirmede belirleyici olacaktır.

KAYNAKÇA

American Psychiatric Association. (1952). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (1st ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1968). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (2nd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1980). Diagnostic and statistical manual of mental

disorders (3rd ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.

Barkley, R. A. (1997). ADHD and the Nature of Self-Control. New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2015). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (4th ed.). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2010). Deficient emotional self-regulation in adults with ADHD: The relative contributions of emotional impulsiveness and ADHD symptoms to adaptive impairments in major life activities. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1(2), 5-28.

Biederman, J., & Faraone, S. V. (2006). The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. *MedGenMed*, 8(3), 12.

Biederman, J., Petty, C. R., Fried, R., Fontanella, J., Doyle, A. E., Seidman, L. J., & Faraone, S. V. (2006). Impact of psychometrically defined deficits of executive functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1730-1738.

Castellanos, F. X., & Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in ADHD: Beyond the prefrontal-striatal model. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(1), 17-26.

Chronis-Tuscano, A., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Applegate, B., Dahlke, A., Overmyer, M., & Lahey, B. B. (2007). Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 64(8), 890-896.

Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2005). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159-165.

Faraone, S. V., & Buitelaar, J. K. (2010). Comparative efficacy of stimulants for adult ADHD: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 40(6), 1093-1103.

Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*, 24(4), 562-575.

Flory, K., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Gnagy, E. M., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 571-577.

Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.

Kooij, S. J., Bejerot, S., Blackwell, A., Caci, H., Casas-Brugue, M., Carpentier, P. J., ... &

- Asherson, P. (2010). European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. *BMC Psychiatry*, 10(1), 67.
- Mahler, M. S. (1975). *The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation*. New York: Basic Books.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(12), 1073-1086.
- Murphy, K., & Barkley, R. A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder adults: Comorbidities and adaptive impairments. *Comprehensive Psychiatry*, 37(6), 393-401.
- Paez, A. (2017). Gray literature: An important resource in systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(3), 233-240.
- Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2008). *Cognitive behavioral therapy for adult ADHD: An integrative psychosocial and medical approach*. New York: Routledge.
- Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., Surman, C., Knouse, L., Groves, M., & Otto, M. W. (2005). Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *JAMA*, 304(8), 875-880.
- Sibley, M. H., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Biswas, A., ... & Karch, K. M. (2010). When diagnosing ADHD in young adults emphasis should be placed on clinical history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 157-168.
- Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet*, 1(3786), 1008-1012.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Logan, J., Gerasimov, M., Maynard, L., ... & Franceschi, D. (2001). Therapeutic doses of oral methylphenidate significantly increase extracellular dopamine in the human brain. *Journal of Neuroscience*, 21(2), RC121.
- Wehmeier, P. M., Schacht, A., & Barkley, R. A. (2010). Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. *Journal of Adolescent Health*, 46(3), 209-217.
- White, H. A., & Shah, P. (2016). Uninhibited imaginations: Creativity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Personality and Individual Differences*, 90, 41-46.
- Wilens, T. E. (2006). Mechanism of action of agents used in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 32-38.
- Wilens, T. E., Faraone, S. V., Biederman, J., & Gunawardene, S. (2011). Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics*, 111(1), 179-185.
- Young, S., & Bramham, J. (2007). *ADHD in adults: A psychological guide to practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Zylowska, L., Ackerman, D. L., Yang, M. H., Futrell, J. L., Horton, N. L., & Smalley, S. L. (2008). Mindfulness meditation training in adults and adolescents with ADHD: A feasibility study. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 737-746.
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and

associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91–108.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x>

Park, S., Kim, Y., Lee, J., Lee, Y., Hong, M., & Hahn, S. W. (2010). Prevalence, correlates, and comorbidities of adult attention-deficit hyperactivity disorder in a Korean community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 51(5), 486–496.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2009.12.001>

McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del’Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. K. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: Findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1621–1627.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.9.1621>

Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., ... & Asherson, P. (2012). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *European Psychiatry*, 25(4), 205–212. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.12.001>

López-Pinar, C., Alfonso, S., & Muñoz-Sánchez, J. L. (2018). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for adults with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 638. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00638>

Chang, Z., Quinn, P. D., Hur, K., Gibbons, R. D., Sjölander, A., Larsson, H., & D’Onofrio, B. M. (2020). Association between medication use for attention-deficit/hyperactivity disorder and risk of suicidal behavior, substance use, criminality, accidents, and educational outcomes. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 260–268. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3741>

Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., & Hodgkins, P. (2017). A meta-analysis of the effectiveness of cognitive-behavioural therapy for adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *BMC Psychiatry*, 17, 40. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1203-4>

Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., ... & Philipsen, A. (2015). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(2), 137–150. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0542-4>

Emilsson, B., Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Baldursson, G., Einarsson, E., & Young, S. (2011). Cognitive behaviour therapy in medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: A randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 11, 116. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-116>

Farhat, L. C., Ramsay, J. R., Wiegand, K. A., Asherson, P., Ashrafioun, L., Hechtman, L., ... & Newcorn, J. H. (2023). Comparison of licensed and unlicensed stimulant medication doses in adults with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 80(2), 146–156. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.4303>

Chang, Z., D’Onofrio, B. M., Quinn, P. D., Lichtenstein, P., & Larsson, H. (2020). Medication for attention-deficit/hyperactivity disorder and risk for depression: A nationwide longitudinal cohort study. *Biological Psychiatry*, 87(4), 295–302.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2019.06.001>