

Çocukluktan Yetişkinliğe Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Nedenleri, Tedavi ve Öneriler

Attention Deficit and Hyperactivity Disorder from Childhood to Adulthood: Causes, Treatment and Recommendations

Esra Gül KOÇYİĞİT  
(Sorumlu Yazar–Corresponding Author)

Altınbaş Üniversitesi, İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi, Psikoloji Bölümü, İstanbul, Türkiye

Department of Psychology, Faculty of Economics, Administrative and Social Sciences, Altınbaş University, İstanbul, Türkiye

esragulkocyigit@gmail.com



Geliş Tarihi/Received 14.01.2024
Revizyon Tarihi/Revision 06.02.2025
Kabul Tarihi/Accepted 04.03.2025
Yayın Tarihi/Publication Date 29.12.2025

Atıf:

Koçyiğit, E. G. (2025). Çocukluktan Yetişkinliğe Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Nedenleri, Tedavi ve Öneriler. *Edebiyat ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 75, 1-12.

Cite this article:

Koçyiğit, E. G. (2025). Attention Deficit and Hyperactivity Disorder from Childhood to Adulthood: Causes, Treatment and Recommendations. *Journal of Literature and Humanities*, 75, 1-12.



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International License.

Öz

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) nörogelişimsel bir bozukluktur. Önceki yıllarda yalnızca çocuklara özgü olduğu düşünülen bu hastalık, çocukluk döneminde başlayıp ergenlik ve yetişkinlikte de görülmeye devam etmektedir. Bireyin hem kendisini hem de yakın çevresini olumsuz yönde etkileyen bu sorunu yakından tanımak gerekli tedavinin sağlanması açısından önemlidir. Bu makalede DEHB ile ilgili tanımlamalar yapılmış, çocukluktan yetişkinliğe kadar olan klinik belirtilerden ve bu bozukluğa neden olan çeşitli faktörlerden (genetik, beyindeki yapı farklılıkları, nörokimyasal, psikososyal ve çevresel etkenler) bahsedilmiştir. Ayrıca DEHB'in diğer başka psikiyatrik bozukluklarla birlikteliğinden bahsedilmiş ve tedavi yöntemlerine değinilmiştir. Bununla birlikte DEHB'li çocuğu olan ebeveynlere, öğrencisi olan öğretmenlere ve yine DEHB'li bir partnere sahip olan yetişkinlere, bu kişilerle olan ilişkilerinde yaklaşım ve davranışlarının nasıl olması gerektiği ile ilgili yardımcı olmaya yönelik çeşitli öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, partner, aile, öğretmen, öneriler

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder. This disorder, which was previously thought to be unique to children, starts in childhood and continues into adolescence and adulthood. It is important to recognize this problem, as it negatively affects both the individual and his/her close environment. Doing so is necessary in order to provide the necessary treatment. In this article, definitions related to ADHD are provided, and various factors contributing to the disorder (genetic, structural differences in the brain, neurochemical, psychosocial, and environmental) are discussed, along with the clinical symptoms from childhood to adulthood. In addition, the association of ADHD with other psychiatric disorders and treatment methods are mentioned. In addition, various suggestions are presented to help parents who have children with ADHD, teachers who have students with ADHD, and adults who have a partner with ADHD on how to approach and behave in their relationships with these individuals.

Keywords: Attention deficit, hyperactivity, impulsivity, partner, family, teacher, suggestions

Giriş

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde yaygın olarak görülen nörogelişimsel bir bozukluktur (Barack vd., 2024; Eryılmaz ve Üstündağ-Budak, 2019). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'na göre, DEHB'in üç alt tipi vardır. Bunlar, dikkat eksikliği, Hiperaktivite-dürtüsellik ve birleşik tiptir. Dikkat eksikliği, verilen görevleri tamamlamada zorlanma, dinlemiyormuş gibi görünme, verilen yönergeleri takip edememe, zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınma, detaylara dikkatini verememe, sakarlıklar, eşyalarını kaybetme gibi gelişimine veya yaşına uygun olmayan belirtilerden oluşmaktadır. Hiperaktivite (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) alt tipi ise, aşırı hareketlilik, sırasını beklemekte zorluk yaşama, başkalarının konuşmasını bölme, yerinde uzun süre oturmakta zorlanma gibi belirtileri içermektedir. DEHB, çocuğun günlük yaşamını olumsuz etkileyen kronik bir bozukluktur. Değerlendirme sırasında, belirtilerin şiddeti ve klinik özelliklerin yanı sıra, bozukluğun çocuğun yaşam kalitesine etkileri de dikkate alınmalıdır (Çelebi ve Ünal, 2019). Kombine tip ise her iki alt tipin de belirtilerinin kişide mevcut olmasıdır (American Psychiatric Association [APA], 2013). DEHB, erkeklerde kızlara göre daha sık görülmektedir (Özbay ve Kayhan, 2024). Toplum tabanlı çalışmalara göre bu oran 1/1 ile 3/1 aralığında değişiklik göstermektedir. Klinik tabanlı çalışmalara göre ise 9/1'e kadar yükselmektedir (Savcı vd., 2019). Bu bozukluğun kızlarda daha çok dikkatsizlik ve bilişsel işlevlerdeki zorlukla kendini göstermesi, dürtüsellik ve saldırganlığın daha az görülmesi nedeniyle gözden kaçabileceği düşünülmektedir (Özbay ve Kayhan, 2024). Yetişkinlikte DEHB belirtileri gösteren bireylerin %60'ının çocukluk döneminde DEHB tanısı alan kişilerden oluştuğu belirtilmektedir. DEHB prevalansı, çocuklukta yaklaşık %5,29 ve erişkinlikte %4,4 olarak tahmin edilmektedir. Ancak, bu tahminler ve belirtilerin zaman içinde devam etme oranları, çalışmaların metodolojik farklılıklarından büyük ölçüde etkilenmektedir (Polanczyk ve Rohde, 2007). Dünya genelinde yapılan çalışmalar, okul çağı çocuklarında DEHB prevalans oranlarının %0,2–%0,4 gibi düşük oranlardan %23,4–%27 gibi yüksek oranlara kadar değiştiğini göstermektedir. Bazı araştırmacılar, DEHB'nin daha çok Amerikan toplumunda görülen sosyal ve kültürel özelliklerle bağlantılı olabileceğini ve diğer bölgelerde daha az sıklıkla rastlandığını ileri sürmektedir. Son yıllardaki meta-analiz çalışmaları, DEHB'nin dünya genelindeki ortalama prevalansını %5,29 ve %5,9–%7,1 olarak rapor etmiş ve bu farklılıkların büyük ölçüde çalışmaların metodolojik özelliklerinden kaynaklandığını ortaya koymuştur (Uysal Özasan ve Bilaç, 2015). Yapılan çalışmalar kısıtlı olmakla birlikte yetişkin dönemde DEHB görülme sıklığının %1-6 olduğunu göstermektedir (Coşkun vd., 2020). Yetişkinlerde görülen DEHB belirtileri çocuklardakinden biraz daha farklı bir görünüme sahiptir. Kıpırdama, huzursuzluk, rahatlayamama, okurken/film izlerken veya çalışırken uzun süre yerinde duramama gibi hiperaktivite belirtileri; sık sık iş değiştirmek, başkalarının sözünü kesmek, sabırsızlık, bir dürtü ile işe başlamak, cinsel partnerini değiştirmek gibi belirtiler yetişkin DEHB'de görülen dürtüsellik ifadeleridir. Dikkatsizlik ise; genellikle unutkanlık, bir başkasını dinlememe, yeterli motivasyonun olmadığı durumlarda odaklanamama ya da ilgili uyarıları ayırt edememe, geç kalma şeklinde kendini gösterir. Günümüzde hem çocuk hem de yetişkinlikte DEHB tanısı daha çok kabul görmeye başlamıştır (Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010; Yaşar ve Aydın, 2024). Ergenler ve yetişkinlerde DEHB varlığında sigara ve madde kötüye kullanımı, okul ve iş başarısında düşüklük, yasal sorunlar, özgüven kaybı, olumsuz akran ilişkileri gibi çeşitli psikiyatrik komorbidite gözlenir. Bu kişilerde kazalar, intihar girişimi ve şiddet gibi önlenabilir ve tedavi edilebilir sorunlar olan riskli davranışların tespit edilip değerlendirilmesi oldukça önemlidir (İpçi vd., 2020; Kaplan Sayı, 2018; Örüm vd., 2021; Shaaban vd., 2020). Öte yandan çeşitli diğer psikiyatrik bozukluklar ile tedaviye başvuran birçok olguda ise altta yatan DEHB tanınmadığında, tedaviye yetersiz yanıtla birlikte çeşitli işlevsellik alanlarında sorunlar ortaya çıkmaktadır. Bu durum da bireyi ve bireyin çevresini etkileyen önemli bir sorun haline dönüşmektedir (Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010). Dolayısıyla, DEHB'in çocuklukta olduğu kadar yetişkinlikte de görülme şeklinin ve yaratabileceği psikiyatrik sorunların ruh sağlığı uzmanları tarafından bilinmesi oldukça önemlidir (Özbay ve Kayhan, 2024). Ayrıca, çoğunlukla ebeveynler DEHB'in kendi davranışlarının bir sonucu olarak meydana geldiğini düşünerek suçluluk duymakta (Sevince, 2018), öğretmenler ve partnerler de DEHB'li bireylerin davranışları konusunda zorlanmakta ve ne yapmaları konusunda kendilerini çaresiz hissetmektedirler (Kaymak Özmen, 2010). Bu nedenle, bu makalede önemli bir toplum sağlığı sorunu olan DEHB'in belirtileri, çocukluk, ergenlik ve yetişkin dönemdeki klinik görünümü, nedenleri, eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklar ve tedavisi bakımından bütüncül şekilde ele alınarak farkındalık sağlamaya çalışılmış ve DEHB'li bireylerle yaşamak zorunda olan kişilere yol gösterici olması bakımından çeşitli önerilerde bulunulması amaçlanmıştır.

DEHB DSM-5 Tanı Kriterleri

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu belirtileri; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik olmak üzere üç alt başlıkta ifade edilebilir.

Dikkat Eksikliği Belirtileri

- Çoğunlukla dikkatini ayrıntılara veremez veya okulda, işte veya diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapmak.
- Sorumlu olduğu görevlerde veya oynadığı oyunlarda dikkatini devam ettirmekte zorluk yaşamak.
- Kendisiyle konuşulurken çoğunlukla dinlemiyormuş gibi görünmek.

- Kendisine verilen yönergeleri izleyemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri tamamlayamamak.
- Aldığı görev ve etkinlikleri düzenlemede çoğunlukla zorluk yaşamak.
- Anlık olarak çaba gerektiren işlerden çoğunlukla kaçınır, bunları sevmez veya bu işlere hiç girmek istemez.
- Görev ve etkinlik için gerekli olan malzemeleri çoğunlukla kaybeder (örn. Okul malzemeleri, kitap, cüzdan, anahtar vb.
- Dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.
- Günlük işlerde çoğunlukla unutkanlıktır.

Aşırı Hareketlilik (Hiperaktivite) ve Dürtüsellik Belirtileri

- Çoğunlukla kıpır kıpırdır, ellerini ve ayaklarını vurur veya oturduğu yerde kıvrınır.
- Oturması beklenen yerden çoğu zaman kalkar.
- Uygun olmayan ortamlarda çoğunlukla ortalıkta koşturur veya tırmanır.
- Oyun oynama veya etkinliklere katılmakta çoğunlukla zorluk yaşar.
- Çoğunlukla çok konuşur.
- Çoğunlukla sorulan soru tamamlanmadan önce cevap verir.
- Sırasını beklemekte zorluk çeker.
- Başkalarının sözünü keser veya araya girer.

Çocukluktan Yetişkinliğe Klinik Belirtiler

Çocukluk dönemi: Çocukluk döneminde evde, okulda ve arkadaşlarla ilgili sorunlar sık bir biçimde yaşanır. Bu çocuklar, herhangi bir görevi gelişimsel özelliğine uygun süre ve yoğunlukta sürdürmekte zorluk yaşarlar, verilen ödevlerden çok çabuk sıkılırlar, çevredeki diğer uyarıcılar tarafından dikkatleri çok çabuk çelinir, hayallere dalma ve dinlemiyormuş gibi gözükürler. Okuma yaparken satır atlarlar ve sıklıkla okulda eşyalarını kaybederler (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan amaçsız, görevle bağlantısız biçimde kıpır kıpır, hareket halindedirler (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Oturması gerektiği halde oturamazlar, sessiz sakin oynamakta zorluk yaşarlar, yerli yersiz koşup tırmanırlar (Öner vd., 2003). Düşünmeden hareket etme, kuralları umursamama, diğerlerinin etkinliklerine burnunu sokmak, sırasını bekleyememek, olaylar veya konuşmalara müdahale etmek gibi belirtilerle kendini göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Ayrıca DEHB tanısı almış olan bireyler çocukluk döneminde akademik başarısızlıklar, disiplin cezası alma, okuldan atılma, sınıfta kalma ve düşük eğitim seviyesi gibi sorunlar yaşamaktadır (Pazvantoğlu vd., 2014).

Ergenlik dönemi: Çocukluk döneminde başlayan DEHB belirtilerinin yaklaşık olarak %80-85'i ergenlik döneminde de devam etmektedir. Çocukluk döneminde görülen DEHB belirtilerinden aşırı hareketlilik ergenlikte azalır ve ortadan kaybolurken dikkatsizlik ve dürtüsellik devam etmektedir ve bu belirtiler özellikle de sosyal ortamlarda sorun yaratmaktadır. Ders çalışmamak, ev ödevlerini yapmamak, işlerini iyi organize edememe, başladığı işi bitirmede güçlük çekme, konuşulanları, okuduklarını unutma, basit ve dikkatsiz hatalar yapmak gibi belirtilerle karakterizedir. Ayrıca; sinirlilik ve huzursuzluk, kolay irrite olma (Neuy-Barthman, 2023; Semerci, 2010) DEHB'in aşırı hareketlilik belirtilerinin ergenlikteki görünümüdür. Bununla birlikte, öğrenme sorunları, kurallara uymama, kontrolsüz cinsel ilişki, alkol, sigara ve madde kullanımı, uyku sorunları da görülmektedir (Barkley vd., 1990; Semerci, 2010).

Yetişkinlik dönemi: Yetişkinlik döneminde DEHB belirtilerini inceleyen çalışmalarda DEHB'in belirtilerinden dürtüsellik ve hiperaktivitenin ergenlik döneminde azalma gösterdiği fakat en örtülü belirtisi olan dikkatsizlik sorunun yüksek oranda devam ettiği tespit edilmiştir (Coşkun vd., 2020). Yetişkin bireylerde dikkat eksikliğinin yanı sıra unutkanlık, başladığı işi tamamlayamama, önemli ve önemsiz işlerle ilgili ayırım yapamama, organizasyon eksikliği, işleri önem derecesine göre sıralayamama, aceleci karar verme, dış uyaranlar tarafından dikkatin kolaylıkla dağılması, detayları göz ardı etme, uçuşan düşünceler ve huzursuzluk gibi belirtilerle kendini göstermektedir (Kaymak Özmen, 2020; Neuy-Barthman, 2023). Ayrıca davranım bozukluğu (Erdoğan, 2002) romantik ilişkilerde başarısızlık, fazla eş sayısı, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma, evlilik sorunları ve boşanma gibi sorunlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bununla birlikte sosyal yaşam ve kurallara uyma konusunda yaşanan zorluklar ve bunun doğal sonucunda ise sık karşılaşılan adli sorunlar, trafik cezaları, riskli davranışlar alkol ve madde kullanımı gibi sorunlu yaşam olayları çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Pazvantoğlu vd., 2014).

DEHB Nedenleri

DEHB'in nedenleri günümüzde tam olarak bilinmemektedir. Bozukluğa birden fazla faktörün neden olabileceği ifade edilmektedir. Bunlar arasında genetik faktörler (Tamam, 2015), beyindeki yapı farklılıkları (Kiriş ve Binokay, 2010), nörokimyasal değişiklikler (Demirci ve ark., 2017), psikososyal ve çevresel etkenler (Gül ve Öncü, 2018) şeklinde sıralanabilir.

Genetik Etkenler

Frajil-X, fetal alkol sendromu, çok düşük doğum ağırlıklı çocuklar ve daha nadir olarak da genetik kökenli tiroid bozuklukları

gibi durumlar DEHB belirtileri göstermektedirler. Ancak böylesi olgular tüm DEHB olan çocukların ufak bir kısmını oluşturmaktadır. Genetik araştırmalar genellikle ikiz, evlat edinme ve aile araştırmalarına dayanmaktadır (Köroğlu ve Güleç, 2007). Yapılan bazı araştırmalarda DEHB olan babaların çocuklarının 3/1'nin DEHB olabileceği tespit edilmiştir. Bu çocukların birinci derece olan akrabalarında bozukluğun sık olduğu bulunmuş olup bu oran %10-%35 arasında değişmektedir (Kanay, 2006). Ebeveynlerinden biri DEHB olan kız çocukları için hastalığa yakalanma riski 6,6 iken erkek çocuklarında ise 1,5 kez artmaktadır (Tamam, 2015). Monozigot ikizlerde dizigotlara göre eş hastalanma olması veya hiperaktif çocukların kardeşlerinde genel topluma nazaran iki kat fazla risk olması genetik kanıtlar olarak ileri sürülmüştür. Genetik araştırmalarda, özellikle birinci ve ikinci dereceden akrabalar ile yapılan aile çalışmaları hiperaktif olan çocukların ailelerinde antisosyal kişilik bozukluğu, histeri, alkolizm ve madde kullanımının daha sık olduğunu ortaya koymaktadır. Evlat edinme çalışmaları da genetik geçişi desteklemektedir. Ancak henüz belirli bir gen yoktur ve araştırmalar devam etmektedir. Diğer psikiyatrik hastalıklarda olduğu gibi birden fazla genin katkısıyla ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Köroğlu ve Güleç, 2007; Yurteri Çetin, 2013). Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde daha çok dopaminerjik sistemin genetiğinde yoğunlaşma olduğu görülmektedir ve DEHB' nda en çok üzerinde durulan ve en fazla sonuç elde edilmiş genler ise DRD4 (Dopamin D4 reseptör geni) ve 5.kromozomda yer alan DAT1 (Dopamin taşıyıcı (transporter) geni)'dir (Köroğlu ve Güleç, 2007). İlk olarak Cook ve ark. (1995) tarafından yapılan bir çalışmada DAT1 ile geni ile DEHB arasında bir ilişki olduğu sonucuna varmışlardır. Ancak tüm çalışmalar olumlu yönde sonuçlanmamıştır. Diğer bazı çalışmalarda DEHB ile DAT1 arasında ilişki bulunmamıştır (Tamam, 2015). Bazı çalışmalar DRD4 geni 7 tekrarlı alleli ile DEHB arasında ilişki olduğu yönünde sonuçlar doğursa da DAT1 geninde olduğu gibi sonuçlar tutarlı değildir, olumsuz yönde sonuçlar veya ilişki olmadığı yönünde sonuçlar elde edilmiştir (Sevinç vd., 2010).

Beyindeki Yapı Farklılıkları

Çok uzun yıllar DEHB'in beyin hasarından, beyindeki gelişimsel sorunlardan meydana geldiği düşünülmüştür. Daha sonra yapılan beyin görüntüleme incelemeleri, beyinde ciddi bir hasar olmayan kişilerde de DEHB olabileceğini göstermiştir. DEHB'li bireylerle normal bireylerin beyin yapıları BT (bilgisayarlı tomografi) ve MRI (manyetik rezonans) ile incelenerek sonuçları karşılaştırıldığında (Tahiroğlu ve Avcı, 2005) kaudat nükleus ve bazal ganglion, beyincik gibi yapıların normal bireylerden daha küçük olduğu tespit edilmiş olup ayrıca yapılan diğer görüntüleme çalışmalarında sayılan bölgelerin kanlanmasının ve prefrontostriatal bölgenin metabolizmasının normalden düşük olduğu da bulunmuştur (Özkan Almaz, 2019). Bazal gangliyonlarla yakından ilişkili olan beyincik, hareket ve dikkatin düzenlenmesinden sorumludur. Korpus kollozumun iki alt bölgesi genu ve spleniumun normallerden küçük ve toplam beyin volümünün de normallere göre %5 oranında küçük olduğu belirlenmiştir (Kiriş ve Binokay, 2010).

Nörokimyasal Etkenler

Dopamin (DA) ve dopaminden sentezlenen noradrenalin (NA) dikkat, konsantrasyon ve bunlarla ilgili olan motivasyon, uyanıklık gibi diğer bilişsel işlevlerdeki önemi bilinmektedir (Aktaş, 2018). Minimal beyin hasarı olan çocuklarda serotoninin, noradrenalin ve dopamin metabolizmasında bozukluk olabileceği ifade edilmektedir. Ancak yine de süreçten sorumlu tutulabilecek tek bir nörotransmitter tespit edilememiştir (Demirci vd., 2017; Fiş ve Berkem, 2009; Tamam, 2015; Weiss, 1996).

Psikososyal ve Çevresel Etkenler

Çok düşük doğum ağırlığı (<1500 gr.) DEHB riskini 2-3 kat arttırmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Hamilelikte sigara kullanımının DEHB ile ilişkisini araştıran çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların bazılarında hamilelikte sigara kullanımının DEHB ile olumlu ilişki tespit edilmesine rağmen bazı çalışmalarda ise ilişki bulunamamıştır (Gül ve Öncü, 2018). Hamilelikte sigara içimi ile DEHB arasında ilişki olduğu düşünülse de bunun ortak kalıtsal riske bağlı olduğu düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Benzer şekilde alkol kullanımına bağlı Fetal Alkol Sendromu (FAS) ile DEHB arasında ilişki arayan çalışmalarda da (Yurdakul, 2018) sigara kullanımında olduğu gibi tutarlı sonuçlar elde edilememiştir (Gül ve Öncü, 2018). Kurşun düzeyleri ile DEHB arasında ise bir ilişkinin olduğu ve kurşun maruziyeti fazla olan çocuklarda DEHB tanısının daha fazla konulduğu ifade edilmektedir (Ha vd., 2009; Yorbik vd., 2004). Özellikle de kombine tip DEHB tanısı alan çocuklarda kurşun düzeyleri daha fazla tespit edilmiştir. Farklı ülkelerde farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda bu bilgiyi destekler niteliktedir. Ayrıca bir başka çalışmada diğer karıştırıcı faktörler kontrol edildiğinde bile kan kurşun seviyesi 1.3-5mg/dL arasında olan çocuklarda daha düşük seviyedekilere göre iki kat daha fazla DEHB belirtisi görüldüğü tespit edilmiştir (Gül ve Öncü, 2018). Çocuklukta yaşanan travma, çoklu kurum bakımı, enfeksiyonlar (ensefalit) risk etkenleri arasında sayılmaktadır. Erken çocuklukta aile etkileşimleri ile DEHB arasında bir nedensellik ilişkisi bulunmamaktadır. Ancak bozukluğun gidişi ve ikincil davranım bozukluğunun oluşumunda katkısı olabilir (Öztürk ve Uluşahin, 2016).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Bozukluklar

DEHB olan çocukların yalnızca çok azında tek başına DEHB vardır (Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010). Eş tanımlar vakaların %46-68 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Küçük yaşlarda eş tanı daha sık görülürken, yaş büyüdükçe bozukluklar ayrı

ayrı görülmektedir (Koroğlu ve Güleç, 2007). Bu eş tanılar; davranım bozukluğu (%15-20), öğrenme bozuklukları (%20-30), karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (%33-60), bipolar ve anksiyete bozuklukları (%25-30) ve enürezis, dil bozuklukları şeklinde ifade edilmektedir. Erkek çocuklarda daha fazla yıkıcı davranım bozuklukları, davranım bozukluğu ve karşıt olma karşıt gelme bozukluğu görülür. Bu nedenle tedaviye daha sık başvuru erkek çocuklar yönünden olmaktadır. Yaş ilerledikçe depresyon ve davranım bozukluğu eş tanıları artmaktadır. Özgül öğrenme güçlüğü olan çocuklar daha dikkatsiz ve huzursuzdur. Ayrıca akademik başarıları daha düşük ve yavaştır (Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010). Yetişkin DEHB hastalarının ise yaklaşık %80'i yaşamları boyunca en az ek bir psikiyatrik bozukluk tanısı aldığı belirlenmiştir. Bu oran DEHB tanısı olmayan bireylere göre oldukça yüksektir. DEHB tanısı olan yetişkinlerde en sık görülen eş tanılar, duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluklarıdır. Bu ek tanılar arasında yetişkin DEHB'e en sık eşlik eden bozukluk ise depresyondur (Sobonski, 2006).

Bipolar Bozukluk ve DEHB

Bipolar bozukluk ve DEHB birlikteliği çocuk ve ergenlerde %38-98 arasında değiştiği, bu oranın geç ergenlikte %30 olduğu belirtilmektedir (Ateşçi vd., 2010; Tamam ve Demirkol, 2012). Yetişkinlik döneminde ise bipolar bozuklukta DEHB eş tanı yaygınlığı ise %9-35 arasında değişmektedir. Ülkemizde son yıllarda yapılan çalışmalara bakıldığında ise yetişkinlik döneminde bipolar eş tanı birlikteliği %9-35 arasında değişmektedir (Ateşçi vd., 2010; Emiroğlu vd., 2015; Tamam ve Demirkol, 2012). Tanı kategorilerinin farklılığına rağmen her iki bozuklukta da benzer belirtiler (dikkatte bozulma, dikkatin çelinmesi, aşırı hareketlilik, öfke patlamaları, enerjide artış, irritabilite, aşırı konuşma, duygudurumda dalgalanmalar) görülmektedir. Bununla birlikte, Bipolar Bozukluk (BB) 1 için belirtilerin ani başlangıçlı olması, döngüsellik göstermesi, azalan uyku ihtiyacı, grandiyözite, amaca yönelik etkinlikte artış gibi bulgular DEHB ile ayırıcı tanıda önemlidir (Levent, 2010). Ancak bu iki bozukluğun yüksek eş tanı oranları sebebiyle tanı ve ayırıcı tanının yapılması bahsedilenden daha güçtür. Dolayısıyla DEHB ve BB tanılı bireylerin tanı ve tedavi süreçlerinde çeşitli eksiklikler olabilmektedir (Gamalı Süzer ve Tamam, 2016). DEHB ve Bipolar bozukluğun her ikisi de ailevi özellikler gösteren bozukluklardır. DEHB ve sağlıklı bireylerin birinci derece yakınları ile yapılan bir çalışmada, yakınlarında DEHB oranı yüksek bulunmuştur. Bununla birlikte eştanılı bipolar hastalarda bipolar riski diğer gruba göre beş kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yetişkin bipolar hastaların çocukları ile yapılan çalışmalarda ise duygudurum bozukluğu ve DEHB gelişme riskinin de arttığı belirtilmiştir. Bu çalışmalardan elde edilen bulgular DEHB ve bipolar bozukluğun ilişkili bozukluklar olabileceği ve ortak ailevi risk faktörünü paylaştıkları görüşüne katkıda bulunmuştur (Ateşçi vd., 2010).

Özgül Öğrenme Güçlüğü ve DEHB

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖB) birlikteliği çok sık görülmektedir. Öğrenme güçlüğü tanısı alanların %25'inde DEHB, DEHB tanısı alanların %21,7'sinde de ÖÖB birlikteliği tespit edilmiştir. Bu iki bozukluğun birlikteliği olan çocuklarda sosyal beceriler daha zayıf olup, akran ve ebeveyn ilişkilerinde daha fazla sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Eren Şimşek vd., 2019). Ayrıca öğrenme güçlüğü varlığında DEHB'li çocuklar daha huzursuz ve dikkatsiz olmakta ve akademik başarıları daha düşük olmaktadır (Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010). Öğrenme güçlüğü olan ve olmayan DEHB tanılı kişilerin yürütücü işlevlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada çocukların sözel cevap hızının daha yavaş olduğu ve dikkati sürdürme becerisinde bozukluklar olduğu saptanmış olup seçici dikkat ve dikkat kapasitesi bozukluklarının öğrenme güçlüğü eş tanısı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte dikkati değiştirme, dürtüsellik, planlama ve problem çözme becerisinde eş tanısı öğrenme bozukluğu olan DEHB'lerde bozukluk tespit edilmemiştir (Savcı vd., 2019; Wu vd., 2002). Erişkinler de okul başarısızlığı ve dikkatsizlik olduğu durumlarda özgül öğrenme güçlüğü açısından değerlendirilmelidir (Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010).

Madde Kullanım Bozuklukları ve DEHB

Hem bilişsel hem de sosyal yaşama olumsuz etkileri olan DEHB'ye eşlik eden bozukluklarla ilgili çalışmalar, yetişkin DEHB'nin özellikle madde bağımlılığı için önemli bir risk faktörü olduğunu vurgulamaktadır (Kaymak Özmen, 2020). Hem DEHB hem de madde kullanım bozukluğu tanıları her ikisinin de beyindeki ödül merkezinde defektlerle ilişkili olmasından dolayı her iki bozuklukta eştanı olarak çok sık görülmektedir. DEHB tanısı olan çocuklarla yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu görülme oranının %33 olduğu ve bu riskin ergenlik dönemi ile arttığı bildirilmiştir. DEHB tanısı alan bireylerde tütün kullanım bozukluğu çok sık görülmektedir ve bu tütün kullanım bozukluğu için DEHB tek başına bir risk faktörü olduğu ifade edilmektedir. DEHB tanısı olan çocuklar diğer normal grup çocuklara göre tütün kullanımı daha yüksektir ve kullanma yaş daha erken olmaktadır (Aktaş, 2018). Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) olan yetişkinlerde yapılan araştırmalarda %15-20'sinde DEHB tanısı tespit edilmiştir. Örneğin, kokain bağımlısı bireylerin %21'inde DEHB eş tanı olarak belirlenmiştir. DEHB'li yetişkinlerde yapılan çalışmalarda ise %9-30'a yakın oranlarda MKB bildirilmiştir. DEHB'nin nikotin, ilaçlar ve alkol gibi tüm bağımlılık özelliği olan zararlı maddelerin riskini büyük ölçüde arttırmaktadır. DEHB'nin sigara ile başlayan, alkol ve uyuşturucu

kullanımı ile devam eden MKB için gelişimse bir yol olduğu ifade edilmektedir. Dolayısıyla sigara ile başlayan çocukların ileriki yıllarda alkol ve madde kullanım bozukluklarına doğru bir ilerleme noktasında ciddi risk altında oldukları da söylenmektedir (Erdoğan ve Delibaş, 2019).

Depresyon ve DEHB

Majör depresyon ve DEHB çok sık bir biçimde birlikte görüldüğü pek çok çalışmada ortaya konmuştur. Bu iki bozukluğun birlikte görülmesi hem hastanın daha ağır bir tablo ile başvurmasına hem de klinisyen açısından uygun tanı koyması ve uygun bir tedavi planlamasını zorlaştırmaktadır (Gamalı Süzer ve Tamam, 2016). Majör depresif bozukluk (MDB) çocukluk döneminde %2, ergenlik döneminde ise %8 oranında görülen, kronik ve tekrarlayan ve işlevsellik düzeyinde bozulmayla birlikte intihar riskinde artışa da neden olan psikiyatrik bir bozukluktur. Majör depresif bozukluk DEHB tanısı alan çocuklarda tanı almayanlara göre 5,5 kat daha sık görülmekle birlikte, bazı çalışmalarda bu oran %12-50 arasında bildirilmektedir (Karaman vd., 2013). Yetişkin düzeyinde yapılan bazı çalışmalarda da ise (Kavakçı vd., 2012; Taneri vd., 2016; Yılmaz vd., 2012) DEHB belirtileri olan bireylerdeki depresyon düzeyinin sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu iki bozukluğun birlikte görülme oranı ise yaklaşık %15-35 arasındadır (Nacargil, 2017).

Yeme Bozukluğu ve DEHB

Yeme bozuklukları çocukluk çağına başlayıp yaşamın tüm dönemlerinde görülmektedir (Ay ve Kılınçel, 2021). Hem yeme bozuklukları hem de DEHB’de dürtüsellik ön plandadır. Ancak bu durum uzun süre dikkati çekmemiştir. Bunun nedeni çeşitli faktörlere bağlanmıştır. Yeme bozukluklarının özellikle kadınları etkilemesi, (BN için kadın/erkek oranı 9/1, eşik altı BN semptomları ve beden imajı bozukluğu kadın/erkek oranı 3/1), DEHB’in ise daha fazla erkekleri etkilemesidir (erkek/kadın oranı 3/1). Ayrıca erişkin yeme bozukluğu hastalarında DEHB tanısının geriye dönük konmasında çeşitli zorlukların olması da diğer bir etkidir. Kız çocuklarının erkek çocuklarına göre daha sözel olması ve bu sebeple hiperaktivitenin konuşmadaki artış şeklinde kendini göstermesi, dikkat eksikliği ve organizasyon becerisinin daha az dikkat çeken özellikler olması, özellikle kız çocuklarında DEHB tanısı konmasını zorlaştırmaktadır. Benzer şekilde DEHB’li kız çocuklarında yüksek zekâ ve mükemmeliyetçilik gibi özelliklerin olduğu durumlarda belirtilerin dikkat çekmemesi ve yaşamın ilerleyen yıllarına dek işlevsellikte düşme olmayışı kız çocuklarında DEHB tanısının konmasını güçleştirmektedir (Genç Akışık, 2017; Mikami vd., 2008). Son dönemlerde yapılan çalışmalar ise yeme bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde daha fazla dikkat eksikliği ve hiperaktivite (DEHB) bozukluğunu bildirmekte ve bu oranın genel popülasyona kıyasla 3,82 kat daha fazla olduğunu söylemektedir. Yetişkinlerde ise yeme bozukluğu sorunu olan bireylerde DEHB gelişme riskinin arttığı, dürtüsellik ve planlama dışı dürtüselliliğin olumsuz yönde etkilendiği ifade edilmektedir (Ay ve Kılınçel, 2021). Bununla birlikte pek çok çalışmada DEHB ve tıknırcasına yeme bozukluğu semptomları arasında anlamlı yönde pozitif ilişki olduğu belirtilmektedir (Nazar vd., 2014).

Obsesif Kompulsif Bozukluk ve DEHB

Obsesif kompulsif bozukluk (OKB), istemsiz şekilde zihne gelen, belirgin biçimde bireyde sıkıntıya neden olan, tekrarlayıcı düşünce ve imgeler olarak tanımlanan “obsesyon”lar ve bu düşüncelere bir tepki olarak kişinin uyması ya da kaygısını azaltması için yapmak zorunda hissettiği tekrarlayıcı davranışlar olarak tanımlanan “kompulsiyon”lar ile karakterize olan bir bozukluktur (Dursun, 2022). Genellikle diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülen OKB’nin yaşam boyu görülme sıklığı ise %2-3 olarak belirtilmektedir (Gamalı Süzer ve Tamam, 2006) Yapılan beyin görüntüleme çalışma sonuçlarına göre hem DEHB hem de obsesif kompulsif bozuklukta beyin benzer yapılarında farklılıklar olduğu belirtilmektedir (Öner vd., 2008). Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde bu iki bozukluğun bir arada görülme sıklığı (%60) oldukça yüksektir. Yetişkinlerde ise bu gruba göre biraz daha bu oran (%22) düşüktür (Dursun, 2022). OKB’si olan çocuklarda hem kompulsif hem de dürtüsel özellikler olabileceği öne sürülmüştür. Bununla birlikte dikkat eksikliği ile giden DEHB alt tipine sahip bireylerde aşırı kontrolcülük ve mükemmeliyetçilik gibi kompulsif başa çıkma stratejileri geliştirildikleri belirtilmektedir. Dolayısıyla bu iki bozukluğun birlikte görülmesi şaşırtıcı değildir (Pallanti vd., 2011).

Kişilik Bozuklukları ve DEHB

Kişilik bozukluğu tanısı bireyin kişilik gelişimini tamamladığı ergenlik döneminde gündeme gelir. DEHB uzun yıllar yalnızca çocukluk döneminde görülen ve yetişkinlikte kaybolan bir bozukluk olarak değerlendirilmesi nedeniyle DEHB’in kişilik gelişimi üzerine etkisi ele alınmamıştır. DEHB ve kişilik bozukluklarının her ikisi de gelişimsel ve yaşam boyu süren özelliklere sahiptir ve bu iki küme bazen bir arada görülebilir. Bu iki bozukluğun birlikte ne derece görüldüğü konusunda yapılan çalışmalar farklı sonuçlar ortaya koysa da toplum geneline göre DEHB’de kişilik bozuklukları eş tanısının %5,8 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir. DEHB’de görülen dürtüsellik ve duygudurum değişkenlikleri yeterince değerlendirilmediğinde klinisyeni B kümesi kişilik bozukluklarından olan borderline kişilik bozukluğu ve anti-sosyal kişilik bozukluğu tanısına götürebilir. Bu durumda DEHB’in arka planda kalarak göz ardı edilmesine neden olur. Dolayısıyla uygun bir tedavi planı da yapılamaz (Aksoy ve Semerci, 2018). Bu iki bozuklukta dürtü kontrol bozukluğu (Durmaz, 2017), zaman yönetimi ile ilgili sorunlar, öfke

patlamaları, kişiler arası ilişkilerde sorunlar yaşanması, uyarım arama ve alkol-madde kullanım bozukluklarının eşlik etmesi gibi özellikle limbik sistem orbitofrontal korteks bölgesine atfedilebilecek ve “sıcak” DEHB belirtileri şeklinde ifade edilebilecek bulgular gösterir. Rüfenacht vd. (2019) tarafından yapılan bir çalışmada, DEHB hastaları, genel popülasyondan elde edilen örneklerle kıyasla daha yüksek düzeyde duygusal düzensizlik (ED) göstermelerine rağmen, borderline kişilik bozukluğu (BPD) hastalarına göre daha az ED, duygular üzerinde daha iyi kontrol ve daha fazla uyumlu bilişsel strateji kullanımı sergilemiş; uyumsuz stratejileri ise daha az kullanmıştır. Ancak, DEHB hastaları, kendini ve başkalarını algılama konusundaki zorluklarda BPD hastalarıyla benzer skorlar almıştır. Duygusal düzensizlik tüm gruplarda önemli bir rahatsızlığa neden olmuş ve DEHB semptomatolojisi ile pozitif bir ilişki göstermiştir. DEHB ile birlikte BPD eş tanısı olan hastalar, en yüksek duygusal düzensizlik skorlarına sahip olmuştur. Bununla birlikte DEHB’in kişilik gelişimi için olumsuz bir zemin olabileceği ve farklı kişilik bozuklukları ve psikopatolojiler için uygun ortam oluşturabileceği unutulmamalıdır (Aksoy ve Semerci, 2018).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tedavi

Tedavideki en önemli aşama bireyin ve ailenin DEHB ile ilgili bilgilendirilmesidir. DEHB ile ilgili yanlış bilgiler ve ön yargılar düzeltilmelidir. Bununla birlikte bozukluğun seyri ve tedavisi hakkında bilgi verilmesi gerekmektedir. DEHB nörogelişimsel bir bozukluktur. Dolayısıyla bu hastalığın bir beyin sorunu olduğu ve ailenin çocuğu yetiştirme biçimiyle ilgili olmadığı ifade edilmelidir (Öner vd., 2003). DEHB tedavisinde hem ilaç hem de ilaç dışı yöntemler kullanılmaktadır. Tedavide en etkili olduğu düşünülen ve daha sık kullanılan ilaç grubu stimulan ilaçlardır. Amfetamin tuzları ve metilfenidat (MPH) DEHB tedavisinde onay almış olan iki grup ilaçtır (Irmak, 2017; Öztürk ve Uluşahin, 2016). Bu ilaçların çocuklar üzerinde, yetişkinlerdeki etkisinin tam tersine, yatıştırıcı bir etkisi olduğu ifade edilmektedir. Bu tip ilaçlar aşırı hareketliliği ve dikkat dağınıklığını azaltırken dikkati de arttırmaktadır. Buna bağlı olarak okul başarıları da daha fazla artmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2016; Sevince, 2018). Ancak ilaç tedavisi uygun davranışları kazandırmada yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle DEHB tedavisinde davranış tedavisi, ilaç dışı tedavilerin başında gelmektedir. DEHB için geliştirilen davranışsal müdahale teknikleri arasında seçici pekiştirme ve aile terapisi yer almaktadır. Bunların dışında pozitif pekiştirme, öğrenme malzemelerinin yapılandırılması, anında geri bildirim verilmesi ve başarıyı üst düzeye çıkarmayı hedefleyen görevlerin oluşturduğu davranış terapisi teknikleri kullanılmaktadır. Örneğin, hiperaktif bir erkek çocuk kendisine görev verildikten sonra o görevi yapmaya başlamadan önce biraz durup düşündüğünde arkasından hemen bir övgünün gelmesi gibi. Molina vd. (2009) tarafından yapılan bir Multimodal Tedavi Çalışması’nın bulgularına göre, çocuklukta DEHB için uygulanan 14 aylık tedavi türü veya yoğunluğu, 6-8 yıl sonraki uzun vadeli işlevsellik üzerinde belirleyici bir etkiye sahip değildir. Bunun yerine, erken dönemdeki DEHB semptom eğilimleri uzun vadeli sonuçlar açısından prognostik bir role sahiptir. Davranışsal ve sosyodemografik avantajlara sahip ve tedaviye en iyi yanıt veren bireyler, daha olumlu uzun vadeli sonuçlar göstermiştir. Ancak, karma tip DEHB’li bireyler ergenlik döneminde belirgin düzeyde işlevsellik kaybı yaşamaktadır. Bu durum, ergenlikteki spesifik bozulmaları hedef alan yenilikçi tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Özetle yapılan araştırmalara göre davranışçı teknikler kısa vadede fayda sağlamıştır. Ayrıca bütüncül yöntem olan hem ilaç hem davranış terapisi birlikte uygulandığında daha etkili bir tedavinin elde edileceği belirtilmektedir (Irmak, 2017).

DEHB’li Çocuğu Olan Ailelere Öneriler

DEHB’li çocuğu olan ebeveynlerin ilk yapması gereken çocuğunun durumunu kabul etmeleridir. Bu kabul yapılacak çalışmalarda en büyük yardımcı görevini görecektir. Bununla birlikte yapılabilecekler şöyle ifade edilebilir;

- Çocukla iletişim sırasında mutlaka göz teması kurulmalı ve sizi dinlediğinden emin olunmalıdır. Gerekli görüldüğünde söylenenleri tekrar etmesi istenerek kontrol edilmelidir.
- Konuşulanların çocuğun anlayabileceği şekilde kısa ve net cümleler şeklinde olmasına dikkat edilmelidir.
- Kuralları net olarak belirlemek gerekmektedir. Ayrıca belirlenen kurallar çocuğun görebileceği bir yere asılmalıdır.
- Çocuğun güçlü ve zayıf olduğu yönler belirlenerek buna uygun etkinlikler planlanmalıdır. Çocuğun başarılı olabileceği etkinlik ve durumlar yaratmak kendisine olan güvenini ve benlik saygısını arttırmak için önemlidir.
- Yaptığı olumlu davranış övülmeli ve ödüllendirilmelidir. Verilen ödüller çocuk için anlamlı olmalıdır. Bunun için çocukla birlikte daha önceden bir ödül listesi hazırlanması uygun olacaktır.
- Davranış değiştirmede cezadan çok ödül kullanılmalıdır. İlla ceza vermenin gerektiği durumda uygulanabilecek teknikler sevdiği herhangi bir şeyden yoksun bırakmak veya mola vermek şeklinde uygulanmalıdır.
- Başka çocuklarla kıyaslanmamalıdır. Eleştirmekten çok övgü kullanılmalıdır.
- Televizyon, bilgisayar, telefon gibi araçların kullanımını kısıtlamak gerekmektedir. İlköğretim aşamasında olan çocukların günde en fazla iki saat bu araçlarla vakit geçirmesine izin verilmelidir.
- Kullandıkları eşyaları sıklıkla kaybettikleri için her kaybetme sonrasında yenisinin alınması bu davranışın devam etmesi üzerinde pekiştirme görevi yapacaktır. Bu nedenle kaybettiği eşyanın yerine, daha ucuz olan alınmalıdır. Ayrıca, kendi

harçlığından para biriktirmesi veya kaybedilen eşyanın yokluğundan oluşabilecek sıkıntıya bir süre katlanması da uygulanabilecek yöntemlerden biridir.

- Enerjisini boşaltabileceği spor veya etkinliklere yönlendirilmelidir.
- Ders çalıştığı ortam dikkat dağıtabilecek uyarılardan uzak şekilde düzenlenmelidir (Başgöl ve Sarı, 2021; Kayar, 2019; Phelan, 2023).

DEHB'li Partneri Olan Bireylere Öneriler

Bodalski ve arkadaşlarının (2018) bir çalışmasında, duygu düzensizliğinin DEHB ile işlevsellik alanları arasındaki ilişkiyi nasıl etkilediğini ve hangi duygu düzenleme stratejilerinin bu ilişkiyi açıklayabileceğini incelenmiştir. DEHB semptomları ile içselleştirilmiş belirtiler, ilişki memnuniyeti ve genel işlevsel bozukluk arasındaki ilişkiyi duygu düzenleme eksikliklerinin aracılık ettiği bulunmuştur. Ayrıca, kaçınma stratejisinin bu ilişkiyi kısmen açıkladığı, ancak yeniden değerlendirme ve bastırma stratejilerinin etkili olmadığı gösterilmiştir. Seri aracılık analizleri, kaçınma stratejisinin, duygu düzenleme eksikliklerinden bağımsız olarak, DEHB'nin olumsuz sonuçlarla ilişkisini kısmen açıkladığını ortaya koymuştur. Sonuçlar, duygu düzenleme problemlerinin, DEHB'li yetişkinlerde depresyon, anksiyete, zayıf arkadaşlık ilişkileri ve artan işlevsel bozukluğun temel belirleyicileri arasında olduğunu vurgulamaktadır. Çalışma, özellikle kaçınmacı başa çıkma stratejilerinin, DEHB'nin olumsuz sonuçlarını etkileyebilecek önemli bir unsur olduğunu belirtmekte ve bu bağlamda müdahalelerin uyarlanması gerekliliğini önermektedir.

Genellikle pek çok konuşma yapılmasına rağmen herhangi bir değişikliğin olmaması nedeniyle DEHB'li bireyle birlikte yaşamak oldukça zordur. Bu nedenle öncelikli olarak partnerinizin radikal bir biçimde değişmeyeceğini kabul etmek gerekmektedir. Odaklanmakta sorun yaşayan ve unutkan olan DEHB'li bireye yardımcı olmak için bir yöntem bulmak gerekir. Ancak bunu yaparken suçlamadan ve şikâyet etmekten kaçınmak gerekir. Aksi durumda kavgaya dönüşebilir. DEHB'li bir partnerle yaşayanlar şunları yapabilir; Bütün randevuların ve yapılması gerekenlerle ilgili bir takvim oluşturulabilir.

- Evin uygun bir yerine örneğin; mutfığa herkesin hangi işleri yapacağına dair bir pano asılabilir. Daha sonra yapılan işlerin karşısına onay işareti konulabilir. Bu durumda bunu yapan tek kişi partnerinizin olmadığını sağlarsınız.
- Küçük nazik hatırlatma notları yazılabilir (.....'yı da halledebilirsen mükemmel olur! vb).
- Partneriniz önemli bir iş yaparken onu rahatsız etmekten kaçınmak ve bir süre rahatsız edilmemesine dikkat edin.
- İhmal ettiği işleri hatırlatırken normal bir ses tonu kullanmaya özen gösterilebilir (Neuy-Bartmann, 2023; Yaşar ve Aydın, 2024).

DEHB'li Öğrencisi Olan Öğretmenlere Öneriler

DEHB'li çocuklar okula başladıklarında sorun olan davranışları daha fazla göze çarpmaktadır. Bunun nedeni ise okulda belli yönergelerle karşılaşmaları ve kendilerini disipline etmeleri beklendiğindendir. DEHB'li öğrencilerin öğretmenleri bu davranışları ilk zamanlarda anlamlandırmakta zorlanmakta ve bu durum öğrenci-öğretmen ilişkisine zarar vermektedir (Kaymak Özmen, 2010). Dolayısıyla öğretmenlerin öncelikle bu davranış özellikleri ile ilgili yeterli bilgi edinmesi gerekmekte ve bu öğrencilere nasıl yaklaşması gerektiği konusunda bilinçlenmesi önem arz etmektedir.

- DEHB olan öğrencilerin dikkatlerinin en az etkileneceği şekilde pencerelerden uzak öğretmene daha yakın bir şekilde oturması sağlanmalıdır.
- Hareket ihtiyacını karşılayabilecek sınıf içi bazı görevler verilmelidir (Koroğlu ve Güleç, 2007).
- Öncelikli olarak DEHB'li öğrencilerin güvenleri öğretmenleri tarafından desteklenmelidir. Olumlu yöndeki küçük ilerlemelerin dikkate alınması ve pekiştirilmesi çok önemlidir.
- Bu öğrenciler yalnızca sonuca göre değil, herhangi bir konuda gösterdiği çabası da ödüllendirilmelidir.
- Övgü kullanırken çocuk üzerinde baskı yaratabilecek "sen harikasin", "yakında sınıfın en çalışkan öğrencisi olacaksın" gibi ifadelerden kaçınmak gerekmektedir. Bunun yerine çabasına övgü yapılmalıdır. Örneğin; "ödevini yapmak için gerçekten çaba gösteriyorsun" vb. ifadeler daha uygun olacaktır.
- Davranışsal yöntemlerden biri olan simgesel ödül kullanılabilir. Toplanan puanlar uygun ödülleri (örn. daha az ev ödevi vermek, çıkarma hediye etmek) değiş tokuş yapılır. Bu yöntem uygulanırken davranışla ödül arasındaki bağı çocuğun anlamlandırmış olması ve öğretmenin tutarlı davranması gerekmektedir.
- Öğrenci olumsuz davranışlarının sonuçlarını da yaşamalıdır. Bunun için "tepkinin bedeli" tekniği kullanılabilir. Örneğin; daha önce kazanmış olduğu güler yüzlerin bir kısmının geri alınmasıdır.
- Öğrencinin problem davranışlarına dikkat edilerek, tepki gösterildiğinde istemeden olumsuz davranışlar pekiştirilmiş olacaktır. Bu nedenle olumsuz davranışlardan çok olumlu davranışlara dikkat edilmelidir.

- Öğretmenlerin ebeveynlerle de iş birliği içinde olması çok önemlidir. Bu nedenle belli aralıklarla bir araya gelerek okul ve evdeki sorun olan davranışları tartışılır ve bu davranışlarla baş edebilmek konusunda ortak bir strateji oluşturulur (Kayar, 2019; Özdoğan ve Soyutürk, 2005).

Sonuç

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk ve yetişkinlik dönemlerinde görülebilen, bireylerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen nöropsikiyatrik bir bozukluktur. DEHB'nin tanı ve tedavisine ilişkin literatürde önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da özellikle yetişkinlerdeki DEHB vakalarının tanınmasında zorluklar yaşanmaktadır. Tanı sistemleri, özellikle DSM-5'te belirtilen kriterlerin yaş ve kültürel farklılıklar göstermesi nedeniyle, tanı koyma süreçlerinde belirsizliklere yol açabilmektedir (APA, 2013). Çocukluk dönemindeki belirtilerle tanı koyma eğilimi, yetişkinlerdeki belirtilerin gözden kaçmasına neden olabilmektedir (Kooij vd., 2010). DEHB'nin sıklıkla anksiyete bozukluğu ve öğrenme güçlükleri gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görülmesi, bozukluğun komorbiditesini artırarak tanı sürecini daha da karmaşık hale getirmektedir (Barkley, 2015). Nörobiyolojik ve genetik araştırmalar DEHB'nin biyolojik temellerine ışık tutmaya çalışsa da, bu bulguların tutarsız olması alandaki genel kabulü zorlaştırmaktadır (Faraone vd., 2006). Türkiye'de yapılan bazı nörobiyolojik çalışmalar, DEHB'li çocukların beyin yapısında farklılıklar olduğunu göstermiştir. Ancak bu bulguların genellenebilirliği tartışılmaktadır (Hekim Bozkurt vd., 2018). Ayrıca, genetik yatkınlıklar üzerine yapılan araştırmalar DEHB'nin kompleks bir genetik yapıya sahip olduğunu ortaya koyarken, gen-çevre etkileşimlerinin etkisi yeterince araştırılmamıştır (Thapar vd., 2013). Psikososyal ve çevresel faktörlerin DEHB üzerindeki etkisi de literatürde yeterince yer bulmamıştır. Oysa, ailenin sosyal yapısı, eğitim sistemi ve çevresel faktörlerin DEHB belirtilerinin şiddeti ve bireyin yaşam kalitesi üzerindeki etkisi oldukça büyüktür (Drechsler vd., 2020). Bazı araştırmalar, DEHB'li çocukların ailelerinde daha yüksek stres seviyeleri ve ebeveyn tutumlarının belirtileri arttırdığını göstermiştir (Johnston ve Mash, 2001). Cinsiyetler arasındaki farklılıklara yönelik çalışmalar sınırlı olsa da erkek çocuklarda DEHB tanısının daha sık konulduğu, kız çocuklarında ise belirtilerin daha az belirgin olduğu ifade edilmektedir (Gaub ve Carlson, 1997). Yetişkinlik dönemindeki DEHB'nin iş ve sosyal hayat üzerindeki etkileri de yeterince incelenmemiştir. Oysa DEHB'nin yetişkinlerde iş performansı, sosyal ilişkiler ve genel yaşam kalitesi üzerindeki etkileri önem arz etmektedir (Kessler vd., 2006). Tedavi yaklaşımlarında ise ilaç tedavisi sıklıkla tercih edilmekte, ancak psikososyal müdahaleler ve alternatif tedavi yöntemleri yeterince araştırılmamaktadır (Antshel ve Barkley, 2008). Literatürdeki bu metodolojik eksiklikler, DEHB'nin nörobiyolojik, genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerinin daha bütüncül bir şekilde ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Bu çalışma, DEHB ile ilgili mevcut literatürü bütüncül bir yaklaşımla ele alarak, alandaki bilgi birikimini genişletmeyi hedeflemektedir. Çalışmada kullanılan literatür sınırlamaları nedeniyle elde edilen bulgular, literatürdeki bilgi boşluklarını belirlemede faydalı olacaktır. Gelecekte yapılacak araştırmaların, DEHB'yi nörobiyolojik, genetik ve psikososyal boyutlarıyla daha geniş bir çerçevede ele alması önem arz etmektedir.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek: Yazar, bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: The author has no conflicts of interest to declare.

Financial Disclosure: The author declared that this study has received no financial support.

Kaynaklar

- Aksoy, U. M. & Semerci, B. (2018). *Erişkinlerde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu-tanı ve tedavi kılavuzu*. TPD Yayınları.
- Aktaş, H. (2018). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı olan çocukların antropometrik ölçümler ile değerlendirilmesi* (Yayın No: 496740). [Uzmanlık tezi, Erzurum Üniversitesi Tıp Fakültesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. Baskı). American Psychiatric Association.
- Antshel, K. M., & Barkley, R. (2008). Psychosocial Interventions in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 17(2), 421–437. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2007.11.005>.
- Ateşçi, F., Tüysüzoğulları H. D., Özdel, O., & Oğuzhanoğlu, N. K. (2010). Erişkinlerde Bipolar I Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısı: Bir Ön Çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 20(1), 66-73.
- Ay, R., & Kılınçel, O. (2021). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Hastalarda Yeme Tutumları ve Dürtüsellik Arasındaki İlişki. *Cukurova*

Med Journal, 46(1), 255-265.

- Barack, D. L., Ludwig, V. U., Parodi, F., Ahmed, N., Brannon, E. M., Ramakrishnan, A. ve ark. (2024). *Supplementary Material from "Attention Deficits Linked with Proclivity to Explore While Foraging"*. The Royal Society. <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.c.7049958.v1>.
- Barkley, R. A. (Ed.) (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4. Baskı). The Guilford Press.
- Barkley, R.A., Fischer, M., & Edelbrock, C. S. (1990). The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria: An 8-Year Prospective Follow-up Study. *Child Adolescent Psychiatry*, 29(4), 546-557.
- Başgöl, Ş. S., & Sarı, N. D. (2021). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Bireyler "Aileler İçin Kitapçık"*. Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- Bodalski, E. A., Knouse, L. E., & Kovalev, D. (2018). Adult ADHD, Emotion Dysregulation, and Functional Outcomes: Examining the Role of Emotion Regulation Strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. <https://doi.org/10.1007/s10862-018-9695-1>.
- Cook, E. H., Stein, M. A., Krasowski, M. D., Cox, N. J., Olkon, D. M., & Kieffer, J. E. (1995). Association of Attention-Deficit Disorder and The Dopamine Transporter Gene. *American Journal of Human Genetics*, 56, 993-998.
- Çelebi, F., & Ünal, D. (2019). Klinik Bir Çocuk-Ergen Örneğinde DEHB İlişkili Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 50(2), 35-38. <https://doi.org/10.16948/zktpb.495103>.
- Çoşkun, F., Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2020). Erişkin Tip Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Kronotip ve Klinik Özellikler. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(2), 312-323.
- Demirci, K., Yıldırım Baş, F., Arslan, B., Salman, Z., Akpınar, A., & Demirdağ, A. (2017). Demir Eksikliği Anemili Hastalarda Erişkin DEHB. *Arch Neuropsychiatry*, 54, 72-77.
- Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1701658>.
- Durmaz, O. (2017). Antisozyal Kişilik Bozukluğunda Zarar Verici Davranış Örüntülerinin ve Madde Kullanım Profiline Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri ile İlişkisi. *Düşünen Adam*, 30, 194-201.
- Dursun, İ. (2022). *Obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalarda çocukluk çağı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu varlığının bilişsel işlevler üzerine etkisinin incelenmesi* (Yayın No: 771931). [Uzmanlık tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Emiroğlu İnal, N., Akdemir, D., & Akay, A. (2015). Bipolar Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birlikteliği. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 1(1), 55-63.
- Erdoğan, E. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Frontal ve Parietal Bölge Disfonksiyonları. *Klinik Psikiyatri*, 5, 145-150.
- Erdoğan, E., & Delibaş, D. H. (2019). Erişkin DEHB Olan ve Olmayan Madde Bağımlılarında Klinik Özellikler, Eş Tanı ve İşlevselliğin Karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 296-304.
- Eren Şimşek, N., Çakın Memik, N., & Yıldız Gündoğdu, Ö. (2019). Özgül Öğrenme Bozukluğunun Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğundaki Sosyal Beceriye Etkisi. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 26(3), 116-124.
- Eryılmaz, E., & Üstündağ Budak, A. (2019). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu Erken Tanımda Cinsiyet Önyargısı. *Türk Psikoloji Yazıları*, 22(43), 90-101. <https://doi.org/10.31828/tpy1301996120180710m000007>.
- 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. <https://doi.org/10.1017/s003329170500471x>.
- Fiş, N. P., & Berkem, M. (2009). Nörotransmitter Sistemlerinin Gelişimi ve Psikopatolojiye Yansımaları. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 19, 312-321.
- Gamlı Süzer, İ., & Tamam, L. (2016). Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim. *Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi*, 6(4), 296-309.
- Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1036-1045.
- Genç Akışık, S. (2017). *Yeme bozukluğu hastalarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun klinik görüşme ve öz bildirim* (Yayın No: 478000). [Uzmanlık tezi, İstanbul Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Gül, H., & Öncü, B. (2018). Hiperaktivite Bozukluğunun Etyolojisinde Çevresel Etkiler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 148-185.
- Ha, M., Kwon, H. J., Lim, M. H., Jee, Y. K., Hong, Y. C., & Leem, J. H. (2009). Low Blood Levels of Lead and Mercury and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity in Children: A Report of the Children's Health and Environment Research (CHEER). *Neurotoxicology*, 30, 31-36.
- Hekim Bozkurt, Ö., Güney, E., Göker, Z., Şenses Dinç, G., Alışık, M., Erel, Ö., Çöp, E., & Üneri, Ö. Ş. (2018). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Nöropeptit Y Düzeyleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 29(1), 31-35.
- Irmak, A. (2017). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etiopatogenezinde supar düzeylerinin değerlendirilmesi* (Yayın No: 464250). [Uzmanlık tezi, Erciyes Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- İpçi, M., İnci, S. B., Türkçapar, M. H., Özdel, K., Akyol Ardic, Ü., & Ercan, E. S. (2020). Psychiatric Comorbidity in the Subtypes of ADHD in Children and Adolescents with ADHD According to DSM-IV. *Arch Neuropsychiatry*, 57, 283-289.

- Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Review and Recommendations for Future Research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(3), 183-207.
- Kanay, A. (2006). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan 9-13 yaş grubu ilköğretim öğrencilerinin uyumsal davranışları, benlik kavramı ve akademik başarıları arasındaki ilişkiler* (Yayın No: 189821). [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Kaplan Sayı, A. (2018). Üstün Zekâli Çocuklar ve Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), 54-68.
- Karaman, D., Türker, T., Kara, K., Durukan, İ., & Fidancı, M. K. (2013). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55, 36-41.
- Kavakçı, Ö., Kuğu, N., Semiz, M., Meydan, F., Karşıyaka, S., & Doğan, O. (2012). Prevalence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Co-morbid Disorder Among Students of Cumhuriyet University. *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 107-117.
- Kayar, O. (2019). Ergenlik Dönemi ve DEHB: Ebeveyn ve Öğretmen Tutumları Nasıl Olmalı? F. Toros ve G. Güler Aksu (Ed.), *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile İlgili Her Şey* (s. 159-214). Akademisyen Kitabevi.
- Kaymak Özmen, S. (2010). Okulda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB). *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2), 1-10.
- Kaymak Özmen, S. (2020). Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eğitiminin Etkisi Tek Denekli Bir Çalışma. *YYÜ Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(1), 200-230.
- 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. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716>
- Kiriş, N., & Binokay, S. (2010). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Fizyolojik Temelleri. *AKTD*, 19(1), 1-11.
- Kooij, J. J. S., Buitelaar, J. K., van den Oord, E. J., Furer, J. W., Rijnders, C. A. T., & Hodiamont, P. P. G. (2010). Internal and External Validity of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in a Population-Based Sample of Adults. *Psychological Medicine*, 35(6), 817-827.
- Köroğlu, E., & Güleç, C. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. HYB Yayınları.
- Levent, N. (2010). *Bipolar ve dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerde nöropsikolojik ve silik nörolojik bulgular* (Yayın No: 281680). [Uzmanlık tezi, Pamukkale Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Mikami, A. Y., Hinshaw, S. P., Patterson, K. A., & Lee, J. C. (2008). Eating Pathology Among Adolescent Girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Abnorm Psychology*, 117(1), 225-235.
- Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S. ve ark. (2009). MTA Cooperative Group. The MTA at 8 Years: Prospective Follow-up of Children Treated for Combined-Type ADHD in a Multisite Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484-500.
- Nacargil, G. (2017). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile depresyon arasındaki ilişkide kişilerarası ilişkilerin aracı rolü* (Yayın No: 487430). [Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi]. YÖK Ulusal Tez Merkezi.
- Nazar, B. P., Suwwand, R., Moreira de Sousa Pinnaa, C., Duchesne, M., Freitas, S. R., Sergeant, J., & Mattos, P. (2014). Influence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder on Binge Eating Behaviors and Psychiatric Comorbidity Profile of Obese Women. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 572-578.
- Neuy-Barthman, A. (2023). *Çocuklarda ve Yetişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu* (2. Baskı). İletişim Yayınları.
- Öner, P., Öner, Ö., & Aysev, A. (2003). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 12(3), 97-99.
- Öner, P., Öner, Ö., Aysev, A., Küçük, Ö., & İbiş, E. (2008). Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Serebral Kan Akımlarının Karşılaştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 13-18.
- Örüm, M. H., Mart, G., & Mart, M. (2021). Bipolar Bozukluk'ta İntihar Girişimi ile Erişkin Dikkat-Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Boğaziçi Tıp Dergisi*, 8(2), 81-87.
- Özbay, A., & Kayhan, Z. (2024). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun (DEHB) Nedenleri ve Tedavi Yöntemleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 23(89), 394-406. <https://doi.org/10.17755/esosder.1283141>
- Özdoğan, B., Ak, A., & Soyutürk, M. (2005). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite/Aşırı Hareketlilik Bozukluğu Olan Çocukların Eğitiminde Öğretmen El Kitabı*. Devlet Kitapları Müdürlüğü Basımevi.
- Özkan Almaz, A. B. (2019). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış 7-12 yaşlarındaki çocukların görgü tanıklığının değerlendirilmesi* [Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, N. A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (14. Baskı). Nobel Tıp Kitapevleri.
- Pallanti, S., Grassi, G., Sarrecchia, E. D., Cantisani, A., & Pellegrini, M. (2011). Obsessive Compulsive Disorder Comorbidity: Clinical Assessment and Therapeutic Implications. *Frontiers in Psychiatry*, 2(70). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2011.00070>.
- Pazvantoğlu, O., Akbaş, S., Sarısoy, G., Baykal, S., Zabun Korkmaz, İ., Karabekiroğlu, K., & Böke, Ö. (2014). DEHB Tanılı Çocukların

- Ebeveynlerinde DEHB ile ilişkili Bazı Sorunlu Yaşam Olayları. *Düşünen Adam*, 27, 61-68.
- Phelan, T.W. (2023). *DEHB Hakkında Her Şey* (B. Ulusoy, Çev.). Nova Kitap.
- Polanczyk, G., Rohde, & Luis A., (2007). Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğunun Yaşam Boyu Epidemiyolojisi. *Current Opinion in Psychiatry*, 3, 2.
- Rüfenacht, E., Euler, S., Prada, P., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., Pham, É., Perroud, N., & Weibel, S. (2019). Emotion Dysregulation in Adults Suffering from Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Comparison with Borderline Personality Disorder (BPD). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(11), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0108-1>
- Savcı, U., Tufan, A. E., Öztürk, Y., & Cansız, M. A. (2019). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Yürütücü İşlev Sorunları ve Tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(2), 223-238.
- Semerci, B. (2010). Ergenlik Döneminde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics*, 6(2), 38-46.
- Sevinc, E., Erdal, M. E., Sengul, C., Cakaloz, B., Ergundu, T. G., & Herken, H. (2010). Association of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder with Dopamine Transporter Gene, Dopamine D3 Receptor, and Dopamine D4 Receptor Gene Polymorphisms. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 20, 196-203.
- Sevince, O. (2018). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda aile tutumları ve ilaç kullanımına etkisi* (Yayın No: 529822). [Uzmanlık tezi, Çukurova Üniversitesi]. Ulusal Tez Merkezi.
- Shaaban, S. S. A., Seleem, M., Badawy, A., & Eissa, M. (2020). Psychiatric Comorbidities Among Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 85-96.
- Sobanski E. (2006). Psychiatric Comorbidity in Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(1), 26-31.
- Tahiroğlu, A. Y., & Avcı, A. (2005). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. Nobel Kitabevi.
- Tamam, L. (2015). *Dürtüsellik ve Dürtü Kontrol Bozuklukları*. Kaktüs Psikoloji.
- Tamam, L., & Demirkol, M. E. (2012). Erişkin Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygudurum Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 5(1), 48-53.
- Taneri, P., Akış, N., & Sarandöl, A. (2016). Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Anksiyete ve Depresyon Belirtilerinin Sıklığı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 42(1), 23-27.
- Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). What Have We Learnt about the Causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16.
- Tuğlu C., & Öztürk Şahin, Ö. (2010). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2, 75-116.
- Uysal Özaslan, T., & Bilaç, Ö. (2015). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi. *Child Psychiatry-Special Topics*, 1(1), 1-5.
- Weiss, G. (1996). Attention Deficit Hyperactivity Disorder. M. Lewis (Ed), *Child and Adolescent Psychiatry* (2. Baskı, s. 544-563). Baltimore Williams and Wilkins.
- Wu, K. K., Anderson, V., & Castiello, U. (2002). Neuropsychological Evaluation of Deficits in Executive Functioning for ADHD Children with or without Learning Disabilities. *Dev Neuropsychol*, 22, 501-531.
- Yaşar, A. B., & Aydın, S. (2024). *Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Tanımak Yönetmek ve Birlikte Yaşamak* (1. Baskı). Psikonet Yayınları.
- Yılmaz, M., Özdemir, G., Turgay, A., & Çağlı, S. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği' nin Alt Boyutları Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 9(1), 627-649.
- Yorbık, Ö., Olgun, A., Kırmızıgül, P., & Akman, Ş. (2004). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Erkek Çocuklarda Plazma Çinko ve Bakır Düzeyleri. *Klinik Psikiyatri*, 7, 80-84.
- Yurdakul, R. S. (2018). Dikkat Eksikliği. *Klinik Tıp Pediatri Dergisi*, 10(3), 27-30.
- Yurteri Çetin, N. (2013). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanılı çocuklarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi, Tip 1 diyabetes mellitus ve sağlıklı kontrol gruplarıyla karşılaştırılarak yaşam kalitesine etki eden faktörlerin belirlenmesi* (Yayın No: 331263). [Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi].YÖK Ulusal Tez Merkezi.