

ERGEN VE YETİŞKİNDE ADHD-DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dilek Tınaz (*)

ABSTRACT

This paper focuses on the ADHD -Attention-Deficit Hyperactivity Disorder on Adolescent and Adult After presenting its definition and diagnosis process, the author elaborates on the effects of such diagnosis on adolescents and adults as they experience it in their social and professional lives. Current treatment methods and accompanied theories are mentioned in relation to the psycho-social interventions and the family therapy which primarily designed to facilitate the individuals' adjustments through new arrangements in social life. In addition, the author emphasizes the value of co-constructing the relationships which evolve and embrace the diagnosed as one of us who is always different.

Key words: Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescence and Adulthood, Hyperactivity, and Treatment Methods

ÖZET

Bu makale, ergen ve yetişkinde ADHD -Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğuna (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) odaklanmıştır. Bu bozukluğun tanımı ve teşhis sürecini sunduktan sonra, yazar bu teşhisin iş ve sosyal yaşamları devam eden ergen ve yetişkinlerdeki olası etkilerine dair fikirlerini detaylı olarak açıklamaktadır. Sosyal yaşamdaki yeni düzenlemeler ile bireylerin uyumlarını kolaylaştırmak için yaratılan son tedavi yöntemleri ve bu yöntemlere eşlik eden teoriler, aile terapisi ve psiko-sosyal müdahaleler ile ilişkili biçimde, ifade edilmektedir. Ayrıca yazar, teşhis edilmiş bireyi daima farklı olan içimizden biri olarak kucaklayan ve gelişen ilişkilerin birlikte yapılandırılmasının değerini vurgulamaktadır.

Anahtar sözcükler: Ergenlik ve Yetişkinlikte Hiperaktivite, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, ve Tedavi Yöntemleri

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder -ADHD), ilk çocukluk yıllarında başlayan ve genellikle ergenlikte devam eden; aktiviteleri düzenleme, dürtüleri kontrol etme ve dikkati sürdürmede göreceli olarak gözlenen gelişimsel ve kronik bir bozukluktur (Barkley, Guevremont, Anastopoulous, Fletcher, 1992, 450).

Weiss' e göre hiperaktif çocuk, dikkat süresi kısa olan, yerinde durma ve kendini kontrol etme ile ilgili güçlüklerle sahip, davranışsal ve bilişsel açılardan impulsif, aşırı huzursuzluk gibi belirtiler sergiler. Dikkatini ve aktivitelerini kendine düzenleyemediği için belli normlara sahip sosyal ortamlarda, kişilerarası etkileşimlerinde sorunlar yaşar. Okulda başarısızlık veya kapasitesi altında başarı gösterebilir. Zayıf dikkat-organizasyon, ve dürtüsel bilişsel stillerinin bir

sonucu olarak öğrenme güçlüğü gözlenebilir. Ayrıca, anksiyete ve depresyon gibi ek psikolojik sorunlar da belirgindir (Weiss, 1996, 544).

ADHD semptomları, zorlukla ve kısa süre için odaklaşan dikkat, bir etkinliği yarım bırakma, aşırı hareketlilik ve sinirlilik, düşünmeden hareket etme ve 'kazaya yatkınlık', sosyal ilişkilerinde güvensizlik olarak ortaya çıkabilir. Bu durumdaki bir birey, enerjisinin çoğunu özür dilemeye ve disfonksiyonel davranışını kapatmaya çalışmaya ayırabilir. Düşük benlik saygısı, kendinden emin olamama ve yalnızlık geliştirebilir. Bu süreçte, kim olduğuna ilişkin sahip olduğu saygıyı kaybetme riskini yaşar. Diğer bireyleri gerçek kimliğinden uzak tutmak için sosyal maskeler ardına saklanabilir. Bütün bunlar, yalnızlık ve endişe duygularını ve depresyonu gizleyen durumlardır. Bu kısır döngüden çıkışın ilk adımı ise farkındalıktır (Borelli, n.d.).

Dikkat eksikliği bozukluğu, hiperaktivitenin ek olarak olup olmasına göre çeşitlendirilir. Literatürde dikkat dağınıklığı bozukluğu (ADD), hiperaktivite ile dikkat bozukluğu (ADD-H), dikkat dağınıklığı bozukluğu/hiperaktivite bozukluğu (AD/HD) gibi farklı teşhisler mevcuttur. Hiperaktivite ek olmadan görülen ADD, ADD ve AD/HD (özellikle dikkatsiz 'inattentive' tip) aynı değildir ama yine de birbirlerine oldukça yakın özellikler gösterirler (AACAP, 1997). Bu nedenle, bu makalede ADHD terimi genel olarak, tüm bu farklı tipleri referans olarak kullanılacaktır. Dikkat eksikliği bozukluğu(ADD), hiperaktivitenin görüldüğü ve görülmediği durumlara göre aşağıdaki semptomlarda farklılıklar gösterir (Hutchins, 1994):

	<i>Hiperaktivite ile</i>	<i>Hiperaktivite olmadan</i>
<i>Ana semptom:</i>	Tepkisel	Dikkatsiz
Davranış	Aşırı aktif	Ağır hareketli
Model	Dürtü engeli	Organizasyon
Yer Alma	Erkekler >> Kızlar	Erkekler >= Kızlar
Dil	Dil sorunları	Gizli bozukluk
Yaşıtlar	Yaşıtlar tarafından geri çevrilme	Sosyal Geri Çekilme
Birlikte Maraziyet	Agresyon Davranış bozukluğu	Endişe Depresyon
Varolma	Davranış Erken yönlendirme	Öğrenme Geç yönlendirme
Aile tipi	Uyuşmama / Öfke	Stres / Düş kırıklığı
Sonuç	Kalıcı	Uyum

1.0. Değerlendirme ve Tanı Koyma Süreci

Değerlendirme, çocuk ve aileyle klinik görüşme sonucunda yapılır. Ek olarak, anne-baba ve öğretmenlere standardize edilmiş ölçekler uygulanabilir. Genellikle zekanın ölçülmesi ve akademik başarının belirlenmesi gerekir. Son araştırmaya sonuçları, semptomların yetişkinlikte de devam ettiğini göstermiştir. Yukarıdaki parametreler tüm yaş gruplarını kapsamaktadır (AACAP, 1997).

ADHD belirtileri, çok iyi yapılandırılmış veya yeni bir ortamda ilginç bir aktivite söz konusuysa, birebir ilgi ve süpervizyon alınıyorsa, veya uygun davranış için sık ödül veren bir ortamdaysa gözlenemeyebilir. Ancak semptomlar, yapılandırılmamış ve çok az düzeyde süpervize edilen, sıkıcı, devamlı dikkat veya zihinsel güç gerektiren ortamlarda kötüye gider. Temel aksaklık, bireyin çok farklı ortamlarda belli kurallar doğrultusunda beklenen davranışlarda bozukluk ve içsel istek/ ihtiyaçlara, veya dışsal etkilere tepkisel yanıt vermeyi engellemekte zorluk yaşanmasındadır. Tanıda iki grup semptom üç farklı tipi tanımlar; yoğunlukla dikkatsiz, yoğunlukla hiperaktif-tepkisel, birleşik veya marazi (her iki semptom seti bir aradadır). Bazı semptomlar yedi yaşından önce mevcuttur. ADHD' nin tanısı, yaygın gelişimsel bir bozukluğun -örneğin şizofreni gibi başka bir psikiyatrik bozukluk, varlığından bağımsız semptomlar olursa yapılabilir (AACAP, 1997).

Yetişkinde ADHD, yakın zamana kadar çok az klinisyenin üzerinde eğitildikleri bir konuydu. ADHD belirtileri gösteren bir yetişkine, çoğunlukla çift-kutuplu duygu durum bozukluğu, atipik depresyon, kişilik bozukluğu, antisosyal veya madde bağımlısı tanılarından biri verilirdi. Bu yetişkinler tanı için geldiklerinde önemli ölçüde tepkisellik; kızgın ve hızlı bir mizaç; unutkanlık ve güvenmezlik; rutin görüşmeye karşı ilgisizlik ve yorgunluk; bölücü ve fütursuz davranış; çok zayıf içgörü kapasitesi; 'işbirliği yapmaz' bir görüntü; görüşme için verilenleri okumama ve materyali tamamlamama; olağan dışı sabırsızlık; başkalarını suçlama; takip etmede başarısızlık; önceden görülmeyen çok hızlı duygu durum değişimleri sergilemişlerdir. Bu özelliklerinin kişilik bozukluğu ile karıştırılması çok kolay olsa da, ADHD tanılı yetişkinde tanı için aşağıdaki durumlar incelenmelidir (Clark, 2003):

1.Yetişkinin geçmiş çocukluk hikayesi: Ebeveyn veya bakıcı, hastayı çocukluğunda aşırı hareketli olarak nitelendirir. Bakım ve beslenme konularında ebeveyn/ bakıcıya sürekli düş kırıklığı yaşattığı, yeterince olgunlaşmadığı söylenir. Erkek yetişkinler, bu geçmişi reddedebilir.

2.Ailenin genetik koşulları: Ailede farklı üyelerde ADD, ADHD, TS (Tourette Sendromu), OCD (Obsesif Kompulsif Bozukluk) gibi tanımlar varsa, hastanın da büyük olasılıkla bu tanıyı alma olasılığı artar. Örneğin, büyük annede TS, kız kardeşte OCD varsa, gelen kişide ADHD olduğu şüphesi fazladır.

3.ADHD semptomları: İlaç tedavisiyle hızla ve önemli ölçüde düzelir, ancak kişilik bozukluğu ve çift kutuplu duygulanım bozuklukları çok hızlı bir ilaç tedavisiyle düzelmez. ADHD ile başka psikiyatrik bir tablonun aynı anda kişide olup olmadığında dikkat edilmelidir. Atipik depresyon tanısı almış ergen ve yetişkinlerde daima ADHD ye ilişkin bir sorgulama yapılmalıdır.

Clark' ın yaptığı bir araştırmada (1999), ADHD tanısı almış ergen ve yetişkinlerin %25-30' unda agorafobi ile eşlik eden panik bozukluk ve genel endişe bozukluğu görülmüştür. Bu durumda semptomların birbirinin şiddetini artıracak şekilde bir etkileşimde olabilir. Bu kişiler randevularına geç kalırlar, unutkanlıklar, detaylara özensizdirler, ve bu nedenlerle uyum güçlükleri yaşarlar. Genellikle değişken oldukları için, buldukları ortamda sürekli değişiklik getirecek şekilde hareket ederler. Bu durum, bazen uyum bozukluğu tanısı alacak kadar aşırı düzeyde gözlenebilir. Tanıda diğer bir karıştırma da, PTSD (Trauma sonrası stres bozukluğu) tanısı ile olabilir. Daha araştırıcı, meraklı, riske yatkın,

ve kurallara daha az uyumludurlar (Barkley, 1988). PTSD en azından geçici süre ADHD yi taklit eden semptomlar üretebilir. Aile tarihinde herhangi bir ADHD geçmişi, PTSD semptomlarının tedavisinde ele alınmalıdır.

4.ADHD tanısı almış ergen ve yetişkinlerde cinsiyete göre bir farklılık vardır. Kadınlarda dikkatsiz (inattentive) tip daha yaygın gözlenirken, geç ergenliğe kadar daha çok duygu durum bozukluğunu andırır. Birey, çocuklukta iyi huylu, gündüz rüyalarına yatkın, verilen ödevi tamamlayan, ancak zayıf çalışma becerileri olan biridir. Büyüdükçe daha çok unutan, daha düzensiz, ve verimsiz biri haline gelir.

Arcia ve Conners (1998, 77-83), 360 ADHD tanısı almış bireylerde zekasal yetenek, nöropsikolojik performans, ve ADHD semptomları ile duygusal ve davranışsal sorunlara ilişkin değerlendirmelerde cinsiyet farklarını araştırmışlardır. Sonuçlar, zekasal yetenek ve nöropsikolojik işleyişte her iki cins için benzer bulgular verirken; ergen ve yetişkinlerde, her iki cinsin kendilik değerlendirmelerinde anlamlı farklar olduğunu göstermiştir. Erkeklerle göre kadınlar kendilerini daha az beceriye sahip, daha çok konsantrasyon; yerinde duramama; endişe ve depresyon sorunu yaşayan, kendine daha az güvenli, ve aileleriyle daha çok çatışan kişiler olarak tanımladılar. Ergenlik ve yetişkinlikle beraber kadınların kendilerini daha fazla sorun yaşayan olarak algıladıkları ifade edilmiştir. Kadınların yaşadıkları sorunların sadece ADHD semptomlarıyla ilgili değil, baş edemedikleri gibi duygularla ve kendilerine/ ilişkilerine güvenmeme gibi diğer faktörlerle ilgili olabileceği belirtilmiştir. Bir başka araştırmada (Rucklidge & Kaplan, 1997, 167-76), tanı almış ve almamış her bir gruptan toplam 102 kadının psikolojik yaşamı incelenmiştir. ADHD tanısı almış kadınlar, diğerlerine oranla daha fazla depresif epizod, düşük benlik saygısı, endişe, stres, ve psikoterapi deneyimi yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca, bu grup tanı almamış gruba göre sorumluluğu daha fazla dışarıda arama eğiliminde olduklarını ifade etmiştir.

1.1 Ergenlerde ADHD' nin değerlendirilmesi.

Ergenlerin tanısında aile ile görüşmeler temel rol oynar. Ergen, genellikle iş ortamında dikkat sürdürebilme ve davranış kontrolü gösterebilir. Bu nedenle ergen ve ebeveyn ile görüşmeler bulgulardaki çelişkili ifadeleri olduğu kadar, semptomların diğer psikiyatrik ve çevresel nedenlerini de ortaya çıkarabilir. Yapılandırılmış görüşmeler, ergenlere daha az yardımcı olmakla beraber, alternatif tanı veya birlikte marazyete dair tanı koymayı kolaylaştırabilir. Bu görüşmelerde, ADHD' nin aile tarihi, diğer psiko-sosyal sorunlar, ve psikiyatrik bulgular asıl tanıyla ilgili oldukları için önemlidir.

Genel değerlendirmede okula devam, öğrenme ve sınıf içi davranışlarla ilgili görüşler almak, gözlemde bulunmak, ve ders başarılarını bilmek gerekir. Temelde zekasal yetenekleri ve olası bir öğrenme güçlüğü de araştırmalıdır. ADHD klinik tanıyı gerektirdiği için temel bir ölçek ile test yapılamaz. Nöropsikolojik testler belirli eksikler hakkında ipuçları verebilir ama yetersiz kalır. EEG ve nörolojik danışma gerekirse yapılabilir. Ergenin ebeveyn ve öğretmene, Conners Ebeveyn ve Öğretmen Değerlendirme Ölçeği, ADD-H Etraflı Öğretmen Değerlendirmesi Ölçeği (ACTeRS), ve Barkley Ev Ortamı Soru Formu ve Okul Ortamı Soru Formu gibi çeşitli ölçekler uygulanabilir. Ailelerle yapılan araştır-

malarda, ADHD tanısı alan ergenlerin ailelerinde stres, ebeveynin yetersizlik duygusu, ailevi anlaşmazlık ve bölünme, kavga ve izolasyon, almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur.

Genel olarak ADHD tanısı konan çocukların %80'inde ergenlikte, %65'inde de yetişkinlikte semptomlar görülmeye devam etmiştir. Ailede ADHD geçmişi, ergende psikosozal güçlük ve davranış-duygu durum-endişe bozuklukları var ise, ADHD semptomlarının kalıcı hale dönüşme riski artar. Erken davranış problemleri olan ve ADHD tanısı almış erkek çocuklar izlendiğinde, bu çocukların ergen ve yetişkinlikte %25-40 oranında antisosyal kişilik veya taşkın davranış gözlenmiştir. Madde istismarı, agresif ve antisosyal davranışlar gözlenme riski de yüksektir. Ergenlikteki klinik tablo, hiperaktiviteden çok yorgunluk ve aşırı halsizlik biçiminde olabilir. Azalan okul performansı ve düşük benlik saygısı zayıf akran ilişkilerine neden olur.

1.2 ADHD Tanısının Ergen Üzerindeki Etkileri

Ergenlik, çocuğun yetişkinin toplumda kabul edilen rol ve sorumluklarını sahiplenmesi ve yetişkine toplumda verilen bağımsızlığı kazanması için bedensel, cinsel, zihinsel, duygusal ve sosyal değişimlerle yüklü bir ara dönem olarak kabul görmektedir. Bu dönemde gencin, bağımsızlık kazanması ve kendine özgü bir kimlik geliştirmesi temel ödevleridir. Kendisinin kontrol edemediği bu özellikte bir çok değişim içinde olan gencin, ne olduğunu tam olarak anlayamadığı bir hastalık tanısı alması bu dönemdeki ödevlerin yerine getirilmesini olumsuz etkileyebilir.

Gencin bilişsel özelliklerindeki değişim, onun soyut düşünebilmesini ve bazı kavramları sorgulayarak genişletebilmesini sağlar. Ayrıca gelecek ve/veya olası durumlar üzerine hipotezler kurabilen ve hayal gücü ile geleceği yoğun biçimde düşleyen genç, bu düşünsel süreçler sonucunda ADHD tanısına ilişkin olumsuz duygular geliştirebilir. Sürekli bağımlı kalacağı endişesiyle karamsarlık ve umutsuzluk duyguları bunların başında gelir. Depresyona, öfke nöbetleri şeklinde de gözlenen yoğun kızgınlık ve çaresizlik duyguları yol açabilir. Bu duygular, akranlarla ilişkilerinde ve yetişkinlerin yer aldığı diğer sosyal ortamlarda, ADHD semptomlarının gencin davranışlarını etkilemesiyle, yoğunluk kazanabilir. Bu nedenle, ergenlerin tedavilerinde akran ve aile çevresinin bu tanıyla ilgili bilgilendirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Ergenlik dönemi, bütün gelişimsel yaşam dönemleri içinde çok yoğun duyguların yaşandığı bir süreçtir. Bu dönemde, dıştan gelen eleştiriler ve olumlu görüşler genç tarafından çok fazla ciddiye alınır. Gelişimsel süreçlerdeki hızlı ve ani değişimler nedeniyle başkalarının kendisi hakkında ne düşündüğüne aşırı şekilde odaklanan genç, ADHD tanısı aldığı anda dıştan gelen eleştirilere duyarlılığında ciddi bir artma fark edebilir. Nitekim, beden oranlarının hızla değişmesiyle gözlenen sakarlık ve kendiyi aşırı meşgul olma sonucu artan unutkanlık, ADHD semptomları da eklenince daha yüksek oranlarda ortaya çıkar. Herhangi bir iş veya etkinlikteki başarısızlık durumunda gencin, dışarı vurma; öfkelenme; endişelenme; içe dönme; ve depresyona dair fiziksel belirtiler geliştirmesi beklenebilir. Bu tepkiler, gencin sosyal ilişkilerini zedeleyebilir. Ancak tanı almış ergenlerde, bu tepkilerin yoğunluk ve şiddetinde, olmayanlara göre bir artış beklenebilir. Bunda, gencin ve yakın çevresinin bu konudaki bilgisi, eğitim

düzeyi, kişilik özellikleri, ve bu durumu kabul edip etmemesi büyük rol oynar.

Gencin bilişsel stil ve organizasyonda güçlük yaşaması yüzünden incinebilir oluşu, gelecekte formal eğitim ve meslek planları yapmak üzere araştırma yapmaya başladığında daha da artabilir (Hutchins, 1994). Bu nedenle, aile ve arkadaş çevrelerinde sürekli destekleyen, olumlu özelliklerine ve güçlü yönlerine sözel olarak işaret eden kişilerle diyalog içinde olmaya ihtiyacı vardır. Akranlarıyla arasında belirgin bir diğer fark, motor yeterlilik alanındadır. Takım oyunlarında veya yarışmalarda en son seçilen veya hiç seçilmeyen kişi durumuna düşebilir. Dil, dikkat, hafıza, ve motor becerilerindeki sorunlarla artan kendine güvensizlik duygusu da takıma üye veya gruba arkadaş olarak seçilmelerinde olumsuz etki yaratır. Temel dil becerilerindeki aksaklıklar, hissettiklerini ve düşündüklerini organize edemeden kopuk biçimde paylaşımlarına ya da içe çekilerek hiç paylaşmamalarına yol açar. Dil bozuklukları olan ADHD tanılı gençlerin, en az %90'ında örtük biçimde de olsa öğrenme güçlüğü görülebilir. Genç, istediği düzeyde bir iletişim kurabilmek için konuşma terapisi desteği alabilir, sosyal ortamlarda sık yaşadığı sorunlarını paylaşabileceği grup veya bireysel terapi ortamlarına katılabilir. Dolayısıyla dil, hafıza, ve dikkat ile güçlükler ergenlikten önce fark edilip, gerekli eğitim ve terapileri erken yaşlarda verilmelidir. Bu hizmetlerde, gence yeteneklerinin çok iyi olduğu alan ve konular söylenmeli; üzerinde biraz çalışarak daha iyi hale getirebileceği yeteneklerinden söz edilmelidir.

1.3 Yetişkinlerde ADHD' nin değerlendirilmesi

Eğer çocuklukta bir tanı alınmamışsa, yetişkinlikte ADHD gözden kaçabilir. Yetişkinler, kendi çocukları bu tanıyı aldıktan sonra belirtileri tanıdıkları için uzmana başvurabilirler. Yetişkinlerde tanı için ipuçları, çocukluk özgeçmişinde daha önce belirtilen semptomlar araştırılarak yapılabilir. Genel olarak, dikkat ve dürtülerini kontrolde güçlükler; kendilik saygısı ve akranlarla ilişkilerde, ve işle ilgili değerlendirmelerde sorunlar yaşarlar. Millstein, Wilens, Biederman ve Spencer (1998, 159-66) tarafından yapılan araştırma, yetişkinlerin semptomlarına ve birlikte marazyete ilişkin şu bulguları sunmuştur:

En yaygın olarak dikkatsizlik/ önem vermeme semptomları, özellikle dikkati sağlamada güçlük, sık aktivite değiştirme, ardışık görevleri izlemede güçlükleri vardır. Hiperaktivite ve düşünmeden hareket etme semptomları daha az yaygındır. Ancak, bir çok yetişkin yerinde duramama, araya girme veya etkinlikleri yarıda bırakma, sabırsızlık, sırası değilken konuşma ile ilgili uzun süren güçlükler ifade etmiştir. Bu tür semptomların, dikkatsizlik/ önem vermeme semptomuna oranla daha az görüldüğü söylenebilir. Ancak yetişkinlerde, birlikte marazyet bulguları çok yaygındır. Hayat öykülerinin %56'sında dört veya daha çok, %18'inde üç, %12'sinde 2, ve %11'inde tek psikiyatrik marazyet ifade edilmiştir. Birleşik tip ADHD tanısı almış yetişkinlerde, özellikle çift kutuplu bozukluk ve madde kullanım bozuklukları daha yaygındır. Erkekler daha çok davranış bozuklukları, antisosyal bozukluk, alkol ve madde bağımlılığı yaşarlarken; kadınlar daha çok depresyon, bulimik nevroza, ve basit fobi yaşamaktadır.

2.0 Tedavi Yaklaşımları

ADHD' nin nedenleri ve tedavi biçimleri üzerinde genel bir uzlaşma yoktur. Bu nedenle, tedavi yaklaşım ve yöntemleri geliştirilirken çeşitli alternatifler bir

arada kullanılabilir. İlaçla tedavi, destek grupları, zamanı ve davranışı yapılandırma seansları, bilgi verme grupları ve seansları, bireysel terapi, grup terapileri, rahatlama ve stres yönetiminin öğretilmesi seansları, bilişsel ve davranışçı terapiler, ve aile terapisi uygulamak mümkündür. Tedavinin köşe taşlarını ebeveyn destek olmak ve onları eğitmek, uygun okula/ işe yerleştirmek, psikolojik tedavi, ve ilaçla tedavi oluşturur. Alternatif tedaviler diyet, seks, egzersiz, düzenli ve yeterli uyku, sosyalleşme ve eğlenme, stres yapıcı faktörleri azaltma, gevşeme egzersizleri, ve meditasyondur (Hammer, n.d.).

Ergenlikte tedavi yöntemleri, birlikte maraziyet durumuna; özel semptomlara; gencin kuvvetli ve zayıf yönlerine; ailesel ve toplumsal faktörlere göre belirlenir. Ebeveyn, okul personeli, ve genç tedavi yöntemlerinin tartışılması ve seçilmesi sırasında aktif diyalog içindedir. Tedavi planındaki hedefler saptanırken, dikkatsizlik-hiperaktivite-tepkisellik semptomlarının okul ve aile içinde hangi biçimlerde ortaya çıktığı belirlenmelidir. Çünkü semptomların şiddeti ve görülme sıklığı, ilaç tedavisiyle azalabileceği gibi belli sosyal ortamlarda ilaç kullanılmasına rağmen artabilir. Aile terapisi, bu durumda gereklidir. Ebeveyn-eş sorunlarından, ADHD tanısı almış çocuğu yetiştirmek ve idare etmekle ilgili sorunlara kadar ailenin işlev görmesinde olumsuz etkisi olabilecek her türlü durum aile terapisi sürecinde tedavi edilebilir.

ADHD tanısına ait semptomlar, ergenlik dönemindeki beklenen doğal gelişimsel stresi arttırmaktadır. Bu dönemde hiperaktivite daha az gözleendiğinden, sağlık ve sosyal eğitim, görgü kuralları ve toplum ilişkileri, varsa ilave tıbbi sorunlara ilişkin rutin olarak yapılması gerekenler, güvenli cinsel yaşam, doğum kontrolü, aile disfonksiyonları, yetişkinlikte tanıya bağlı ortaya çıkabilecek olası durumlar konusunda eğitim ve psikoterapi uygulanmalıdır. Bu uygulamalarda, gencin bireysel sorumluluk alması amaçlanmalıdır. Verilen eğitim ve uygulanan psikoterapiler, gencin kendini değersiz hissetme, işsiz kalma, evsiz kalma, öfke nöbetlerine kapılma ve sosyal ilişkilerde taşkınlıklar gösterme, suça yönelme, ikinci halde diğer psikiyatrik sorunlar gösterme, bu psikiyatrik sorunların birincil sorun haline dönüşecek kadar ilerlemesi, ve intihara yönelme riskini anlamlı ölçüde azaltmaktadır (Hutchins, 1994).

ADHD tanısı alan ergenler ve aileleriyle yapılan bir araştırmada, farklı terapi yaklaşımları incelenmiştir. 12-18 yaşlar arasında rasgele seçilen 61 ergene ortalama yedi seans boyunca, davranış yönetimi eğitimi (n=20), sorun çözme ve iletişim eğitimi (n=21); ve yapısal aile terapisi (n=20) uygulanmıştır. Aileler, tedavi önce ve sonrasında değerlendirilmiş; üç aylık bir izleme sürecine alınmışlardır. Tedavilerin tümü olumsuz iletişimi, çatışmaları ve çatışmalar sırasındaki öfkeyi, ve dışsallaştırılan semptomları azaltarak ergenlerin okula uyum düzeylerini kolaylaştırmıştır. Sonuçlar izleme döneminde geçerliliğini korumuştur. Seanslar içindeki klinik iyileşme %5-30' lar arasında, tedaviyi izleyen dönemdeki klinik iyileşmenin ise %5-20 oranındadır. Bu oranlarda, tedavi türüne göre bir farklılık saptanmamıştır (Barkley ve diğerleri, 1992, 450-62).

Akademik ve sosyal alanlarda gencin yaşadığı eksiklikleri gidermeye odaklanan, genci destekleyen, ve başarıları ile güçlü özelliklerini vurgulayan sürekli bir danışmanlık gerekir. Bu süreçte hem gence, hem de aile ve öğretmene sürekli bir bilgilendirme ve eğitim verilmelidir. Bu eğitim, semptomlar hakkında bilgi, hastalıktan kaynaklanan bireysel ve aile işlevlerinde bozulma alanları;

etioloji; tedavi fırsatları; tıbbî sonuçlar ve yan etkileri; beklenen gelişme ve prognoz özellikler; davranış idaresindeki temel ilkeler; okul sistemi içindeki yasal durum ve haklar; ve okulla işbirliği konularını içermelidir. Amaç, diğerlerinin gencin sorununu anlamasını sağlamaktır. Bu arada, diğerlerinin deneyimlerini ve yaşadıkları güçlükleri dinlemek ve gencin de bu güçlükleri anlamasını kolaylaştırmaktır. Davranış değişikliğini sağlamak amacıyla diğer psiko-sosyal ve davranışçı yöntemler de uygulanabilir. Uygun bir eğitim programının hazırlanması önemlidir. Sınıf kurallarının yeniden düzenlenmesi, olumlu davranışa hemen ilgi gösterilmesi, olumsuz davranışı görmezden gelme, ve ergene ilgi ve dikkatini sürdürebileceği özellikte öğrenme etkinlikleri sunmak gerekir. Bu özellikte ergenler sayıca fazla ise, okulda bir destek grubu kurulması ve bu alandaki yeni gelişmelerin de bu grupta dile getirilmesi yararlıdır (Hutchins, 1994).

Yetişkinlikte tedavi yöntemleri, eğitime ağırlık verir. Uygun ilaç tedavisi olmadan uygulanan bilişsel terapilerin faydasız, psikodinamik terapilerin ise zararlı olabileceği belirtilmiştir. Aile terapisinin, hastalıktan kaynaklanan kaotik ilişkiler için faydalı olduğu ifade edilmiştir (AACAP, 1997). Yetişkinde semptomlar yüzünden yaşanan utanma ve yetersizlik duyguları, tanı konulduktan sonra yerini kendini suçlama, depresyon, ve umutsuzluğa bırakabilir. Tedavi konusunda yeterli bilgi ve deneyim sahibi bir uzmandan yardım alamadıklarında, umutsuzluk duyguları da pekişir. Görsel imajinasyon yetileri ve hayal kurma güçleri geliştiği için, umudun yeniden hissedilmesi için güçlü olan bu özelliklerinden terapide yararlanılabilir. Tedavi, tanının konulmasıyla başlar; eğitim, destek olma (coaching), farklı türde terapiler, ve ilaç tedavisi ile devam eder (Hallowell & Ratey, n.d.).

Yetişkinlere tedavileri süresince, duyu durumlarını ve performanslarını idare etmeye, kişilerarası ilişkilere, ve içgörü kazanmalarını sağlayacak özellikte ADHD ile ilgili bilgiler verilmesi gerekir. Bilgi sahibi olmak, destekleyici özellikte koçluk yapabilecek bir ilişki kurmak, hastalığının ne olmadığını fark etmek - örneğin eşle çatışmak demek değildir, fazla uyaran arayan davranışlarıyla ilgili suçluluk hissetmeyi bırakıp buna ihtiyacı olduğunu fark etmek, destek grubuna katılmak, aile ve yakın arkadaşları bu konuda eğitmek, durumun nörolojik olduğu ve genetik geçiş söz konusu olduğunu ve bu nedenlerle iyileşmeyi çok istemenin veya çok acı çekmenin durumu değiştirmeyeceğini hatırlamak, olayları ve randevuları hatırlatıcı notlar tutmak, yeni bir bilgi öğrenirken renk, şekil ve hareket vb. özelliklere göre kodlamak, mükemmeliyetçilikten uzak durmak, işlerin yolunda gitmesine dair olan korkuyu kabul etmek, iyi olduğu konularda çalışmak, ihtiyacı olduğunda kısa aralar vermek, belirlenmiş deşarj olma zamanları kullanmak, espri yeteneğini kullanmak, sosyal ilişki eğitimi almak, sosyal hayat takvimi tutmak, sevilip anlaşıldığını fark ettiği gruplara katılmak söz konusu tedavileri tamamlayıcı süreçlerdir.

3.0 Ailede ADHD: Yeniden Yapılanma Süreci ve Aile Terapisi

Yeniden yapılanma sürecinde, eğitim ve bu konuda tüm aile üyelerini bilgilendirme temel alınmalıdır. ADHD tanısı almış bireyin aile içinde nasıl tanıdığı, olumlu ve güçlü bilinen özellikleri, aile üyelerinin bulunduğu bir seansta ifade edilmelidir. Bu, bireyin kendisiyle ilgili tanımlarını yeniden yapılandırılmasına yardım eder. Diğer önemli bir konu, bu tanının alınmasında kimsenin hatası ve suçu olmadığını vurgulamaktır. Aile bireylerinin, eğer tanı almış birey çocuk veya

ergen ise özellikle de kardeşlerinin, dile getiremedikleri kızgınlık, üzüntü, sıkıntı gibi duygularını dile getirmeleri teşvik edilmelidir. Ailede ilginin dağılımında dengeye yol açan bu durum, kardeşlerin de ilgi odağı olmak istemeleri durumunda ciddi çatışmalara yol açabilir. Bu nedenle, uzlaşma gerektiren konular belirlenmeli ve not edilmelidir ki; dikkat ve hafıza sorunları olan birey, konuşulanları net olarak hatırlamak istediğinde bu kaynağa başvurabilir (Hallowell, 1992).

Bütün bu çabalara rağmen uzlaşma sağlanamamışsa ve çatışmalar devam ediyorsa, bir aile terapistine gidilmelidir. Aile terapisi, aile üyelerinin yaşadıkları sorunları ilişkisel bağlamda ele alır ve aile üyelerinin el ele verip yaşadıkları sorunları birlikte çözmelerini kolaylaştırır. Aile terapisinde, her bireyin kendi sesini duyurması ve diğerleri tarafından dinlenmesi esas olmalıdır. ADHD sorunu olduğundan, bazen seansların video çekimleri yapılarak bir sonraki seansta aile bireyleri ile izlenmelidir. Aile terapisti, öncelikle ADHD tanılı bireyin ailede edindiği kötü şöhreti yıkmaya çalışır. Tüm bireylerin kendileri için belirledikleri olumlu hedeflere ulaşmaları yolunda ilişkileri yeniden yapılandırır. Ailedeki kuralların, rol ve sorumlulukların altını çizebilir. Beyin fırtınasının yapıldığı seanslar ve ortak katılımın sağlandığı sohbetler önerebilir. ADHD tanısı, aile etkinliklerini ve ailedeki ilişkilerin nasıl olacağını baskın biçimde belirleyebilir. Bu durumu fark edenlerin, durumla baş etme güçlerini desteklemek gerekir. Aile bireyleri ilişkilerinin sorumluluğunu üstlendikleri, ADHD tanısını kabul ederek bu tam hakkında nasıl iletişim kurulacağını ve birbirlerinden nasıl yardım isteyeceklerini bildikleri, ve hem ADHD tanısıyla hem de kendileriyle barışık oldukları noktada -ailede herhangi bir birey de terapanın devamını istemediği takdirde, aile terapisi sonlandırılabilir.

4. 0 İşyerinde ADHD: Tuzaklar ve Bazı önlemler

ADHD tanılı yetişkin için en uygun işlerin neler olabileceği konusunda henüz bir çalışma yapılmamıştır. Bu özelliği taşıyan yetişkinin meslek seçerken kendi ilgilerinin, kişilik yapısının, güçlü ve zayıf yönlerinin farkında olunması ve eğitim düzeyini dikkate almak gerekir. Aynı zamanda, yetişkinlerin dış çevrelerinde daha az bölünmenin olduğu bir iş ortamını araması veya yaratması, esnek iş saatleri seçmesi, evde çalışma izni kullanması, bazı zamanlarda konferans salonunu veya özel bir ofis kullanması, sürekli bir uyarana maruz kalmamak için önlemler alması -seslere karşı kulaklık kullanmak vb. önerilebilir. Eğer yetişkin içsel güçlükler yaşıyorsa, bir anda aklını işgal eden düşünceleri kağıda dökmesi, düzenli aralıklarla işine geri dönmesini hatırlatacak bir çalar saat kullanması, özellikle tekrardan oluşan sıkıcı işlerde belli alt ödevler oluşturmaları ve kısa sürede her bir alt ödevi tamamlaması, dikkati dağıldığında başka bir konuya geçmesi vb. önerilebilir (Nadeau, 1999). İş ortamlarında düşünmeden hareket etmek, hiperaktivite, hafızayla ilgili güçlükler, sıkılma, zaman yönetimi, işleri sürüncemede bırakma/ geciktirme, uzun dönemli projelerde zorluk, evrak işleri, ve kişilerarası ilişkiler ADHD tanısı almış yetişkin için tehdit edici özellikte olabilir. Bu tehditleri ortadan kaldırmak için:

1. **Düşünmeden hareket etmeniz işyerinizde tehlike oluşturuyorsa:**

Bir iş yapmanız isteniyorsa, 'Çok isterim, ama önce programımı gözden geçirmeliyim' demek üzere alışkanlık ediniz;

Toplantılarda daha sonra pişman olduğunuz şeyler söylüyorsanız,

aklınıza gelen düşünceleri not edin ve üzerinde düşününüz.
Yazdıklarınızı ne şekilde söylemenin uygun olduğunu düşününüz;
Plan yapmadan bir çok işe birden soyunuyor iseniz, iyi plan yapan bir ekip oluşturunuz. Böylece, enerjinizi ve heyecanınızı olumlu şekilde yönlendiriniz.

2. Hiperaktiviteniz işyerinde tehdit oluşturuyorsa:

"Kasten hareketler" de bulununuz, örneğin toplantılarda not alınız.
Bu şekilde ilgili görünürsünüz ama sıkıldığınız anlaşılmaz;
Gününüzü planlarken verimli hareketleri de programınıza dahil ediniz, örneğin toplantıya giderken uzun yolu yürümek vb.;

Öğle yemeğini yanınızda getirip bu zaman süresinde egzersiz yapınız;

Hareket gerektiren işler arayınız.

3. Hafıza ile ilgili yaşadığınız güçlükler işyerinde tehdit oluşturuyorsa:

'Şimdi yap veya hemen not et' kuralını benimseyiniz;
Herhangi bir kağıda değil ajandanıza yazınız ve devamlı yanınızda bulundurunuz;
Gün içinde ajandanızı sık sık kontrol etme alışkanlığı geliştiriniz;
Yapacağınız telefon konuşmaları, toplantı için ayrılmanız gereken zamanları hatırlatmak için çalar saat kullanınız.

4. Çok çabuk sıkılmanız işyerinde tehdit oluşturuyorsa:

Sıkılacağınız şeyleri günün enerjik olduğunuz anlarında yapınız, yorulduğunuz anlara ertelemeyiniz;
Mümkün oldukça sıkıcı işlerden kurtulunuz, sizin için tolere edilemez olan bir iş başkası için ilginç olabilir;
Değişim ve uyaran ihtiyacınızı tanıyınız, ve bu ihtiyacınızı iş hayatınıza mümkün olduğu kadar dahil ediniz,

5. Zaman yönetimiyle ilgili yaşadığınız güçlükler işyerinde tehdit oluşturuyorsa:

Bir işte kendinizi kaybediyorsanız, o işten ayrılmanız için gerekli zamanları hatırlatacak çalar saat kullanma alışkanlığı edininiz;
Gideceğiniz yere erken gidiniz, ilgilenecek ek malzeme yanınızda bulundurunuz;
Bilinçli olarak yaptığınız şeye kendinizi az veriniz.

6. İşeri geciktirmeniz/ sürüncemede bırakmanız işyerinde tehdit oluşturuyorsa:

Yapısı gereği hemen yanıt alınabilir veya sonuca ulaşılabilir işler arayınız;

İstemediğiniz işleri tamamladığınızda kendinize ödül veriniz;
Yakından süpervizyon almayı isteyiniz.

7. Uzun süreli projelerde zorluklar yaşadığınız işyerinde tehdit oluşturuyorsa:

Yakın işbirliği yapabileceğiniz kişilerle takım oluşturunuz;
Projeleri aşamalara bölünüz, her aşama için gerek duyduğunuz zamanı belirleyiniz;
Planlamada işlerin bitiş zamanını öncelikle belirleyiniz, sonra geriye dönerek ara aşamaları planlayınız;
İlerlemeleri süpervizörünüz ile birlikte gözden geçiriniz;
Projenin zorluk çektiğiniz alanlarını belirleyiniz ve aktif olarak çözüm arayınız.

8. Evrak işlerinde yaşanan güçlükler işyerinde tehdit oluşturuyorsa:
Evrak ve yazı işlerini en aza indiren işler arayınız;

Bu tür işleri yorulmadan önce yapınız;
Basit bir dosyalama sistemi oluşturunuz.

9. Kişilerarası ilişkilerde yaşadığınız güçlükler işyerinde tehdit oluşturuyorsa:

"Monolog yerine diyalog kurunuz, karşınızdaki insanların tepkilerini ciddiye alınız;

"İş veya konuşmayı bölme veya yarıda bırakmamaya dikkat ediniz. Bu davranış, genellikle kabalık olarak algılanır, zamanla karşındaki gücenebilir. Kendinizi bu durumda bulduğunuzda özür dileyiniz.

KAYNAKÇA

- AACAP -American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with AD/HD. <http://mentalhealth.com>' den 19.05.1999' da alınmıştır.
- Arcia, E.; Conners, C. K. (1998). Gender differences in ADHD? Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 19, 77-83.
- Barkley, R. A. (1998). Gene linked to ADHD verified. The ADHD Reports, 6(3).
- Barkley, R. A., Guevremont, A. D., Anastopoulos, A. D., Fletcher, K. E. (1992). A Comparison of three family therapy programs for treating family conflicts in adolescents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60, 450-62.
- Borelli, S. E. (n.d.). AD/HD: A Developmental process of self-discovery and self-acceptance', ADDvice for UK ADDults, <http://www.mentalhealth.com>' den 19.05.1999' da alınmıştır.

- Clarck, C. C. (2003). Our expanding ADD knowledge. <http://www.addult.org>' den 19.05.1999' da alınmıştır.
- Hallowell, E. M.; Ratey, J. J. (n.d.). The Management of adult Attention Deficit Disorder. <http://www.adult.org>' den 06.06.2003' da alınmıştır.
- Hallowell, E. M. (1992). Management of ADD within families. <http://www.addult.org>' den 06.06.2003' da alınmıştır.
- Hammer, C. (n.d.). The What, why, when, how and which of alternative treatments for ADD. <http://www.addult.org>' den 19.05.1999' da alınmıştır.
- Hutchins, P. (1994). Learning, language and attention problems in adolescence. <http://www.addult.org>' den 19.05.1999' da alınmıştır.
- Millstein, R. B., Wilens, T. E., Biederman, J., Spencer, T. J. (1998). Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2, 167-76.
- Nadeau, K. G. (1999). ADD in the Workplace, Choices, Changes and Challenges. USA: Brunner /Mazel Inc.
- Nelson, R. W., Israel, A. C. (1997). Behavior Disorders of Childhood. 3rd Ed., USA: Prentice Hall.
- Rucklidge, J. J., Kaplan, B. J. (1997). Psychological functioning of women identified in adulthood with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Attention Disorders*, 2, 167-76.
- Weiss, G. (1996). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry: A Comparative Textbook*. (Ed: M. Lewis), 2nd ed., USA: Williamson & Wilkins, 544-64.
-