

DOI: <http://doi.org/10.5281/zenodo.13684350>

Accepted: 01.09.2024

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite ve Oyun Terapisi Üzerine Derleme

Systematic Review on the Use of Play Therapy in Individuals with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Yağmur AKOĞLU

Yakın Doğu Üniversitesi

yagmura.17@icloud.com, ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-0909-1078>**Meryem KARAAZİZ**

Yakın Doğu Üniversitesi, Fen ve Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü

meryem.karaaziz@neu.edu.tr, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0085-612X>

Özet

Bu derleme çalışmasının amacı DEHB sahip bireylerde Oyun terapisinin nasıl kullanıldığını incelemektir. Yapılan bu çalışmada derleme yöntemi kullanılmış olup saha çalışması ya da herhangi bir ölçek kullanılmamıştır. İngilizce Türkçe dilinde ele alınan çalışmalar 2000-2022 yılları arasındadır. Bu çalışmalar araştırma makalelerinden oluşmaktadır. Bu derleme çalışması Şubat, 2024 ve Mayıs, 2024 olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Yapılan literatür taraması sonucunda 6 çalışma ele alınmıştır. Ele alınan bu 6 çalışma sonucunda Oyun Terapinin iyileşmeye tedavide etkili olduğu, iyileşme sürecinde yardımcı olduğu görülmüştür. Dehb sahip bireylerde Oyun Terapi uygulandıktan sonra semptomların azaldığı ve iyileştiği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sebeple de Dehb tedavisinde Oyun Terapi etkili bir yöntemdir. Oyun Terapinin Dehb iyileştirmesinde etkili bir model olduğu sonucuna ulaşılmıştır, bu çıkarım sonucunda Dehb tedavisinde kullanılabilir bir modeldir.

Anahtar Kelimeler: Dehb, Oyun, Oyun Terapi, Sistemantik Derleme.

Abstract

The purpose of this review is to examine how play therapy is used in individuals with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). This study employs the review method and does not involve any field work or use of scales. The studies reviewed are research articles published between the years 2000 and 2022, and are conducted in both English and Turkish. This review was carried out in two phases: from February 2024 to May 2024. As a result of the literature review, 6 studies were considered. These 6 studies have shown that play therapy is effective in the treatment and aids in the recovery process. It was found that after the application of play therapy in individuals with ADHD, symptoms decreased and improvement was noted. Therefore, play therapy

is an effective method in the treatment of ADHD. The conclusion reached is that play therapy is an effective model for improving ADHD, making it a viable model for use in treating ADHD.

Keywords: Adhd, Play, Play Therapy, Systematic Review.

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), tarih boyunca birçok çocuğun eğitim performansını olumsuz etkileyen kritik bir sorun olmuştur. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yapılan tanıma göre, DEHB; yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan hiperaktivite, dikkat dağınıklığı ve erteleme yetisinin olmaması gibi özelliklerle karakterize edilen bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Bu bozukluğun en dikkat çekici belirtileri arasında dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsel davranışlar bulunur (Sürücü, 2019). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanımı yapılırken, dikkat eksikliği, aşırı aktiflik (hiperaktivite) ve dürtü kontrolü zorlukları gibi terimler öne çıkar (Häcker ve Stapf, 2004). Bu bozukluk, çocukluk döneminde başlayıp ergenlikte farklı bir seyre bürünebilir; genellikle 4-5 yaşlarında belirtileri fark edilir ve 7 yaşından itibaren yeni vakaların ortaya çıkması nadirdir. Erkek çocuklarda kızlara göre daha yaygın olan bu durumda, erkeklerde genellikle hiperaktivite ve dürtüsellik belirginleşirken, kız çocuklarında dikkat eksikliği daha öne çıkar (Özpolat, 2015). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminde başlar ve yaşam boyu sürebilir; bu durum, etkilenen bireylerin akademik, sosyal ve iş hayatındaki günlük işlevselliklerini önemli ölçüde etkileyen bir nöropsikiyatrik rahatsızlıktır (Kayaalp, 2008). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) için tedavi stratejileri genellikle okul çağından itibaren başlar ve farmakolojik tedaviler yaygın olarak tercih edilir. Bununla birlikte, bu tedavilerin uzun süreli etkileri tam olarak belirlenmemiştir. İlaç kullanımının yanı sıra, ilaçsız tedavi yöntemleri de geliştirilmektedir. Özellikle, diyet düzenlemeleri, yapay katkı maddelerinin ve şekerin azaltılması gibi beslenme müdahaleleri, psikolojik tedavilere ek olarak uygulanmaktadır. Bu psikolojik müdahaleler arasında nörogelişimsel ve bilişsel davranışsal terapiler bulunmaktadır (Barke, vd., 2013). Bununla birlikte Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) yaşayan çocuklarda oyun terapisi günümüzde yaygın olarak uygulanan bir yöntem haline gelmiştir. Çocukların dil ve bilişsel gelişimleri birbiriyle sıkı sıkıya bağlantılıdır ve çocuklar çevrelerinde olup bitenleri genellikle oyun aracılığıyla ifade ederler. Oyun terapisinde kullanılan oyuncaklar, çocuklar için kelimelerin ve oyun sırasındaki etkinliklerin bir dili gibidir. Yetişkinler için psikoterapi ve danışmanlık ne anlama geliyorsa, çocuklar için de oyun terapisi aynı işlevi görür. Oyun terapisinde, oyunun sembolik işlevi büyük öneme sahiptir; bu, çocuklara iç dünyalarını açıklama fırsatı tanır. Oyunlardaki sembolik ifadeler, çocukların duygusal olarak önemli deneyimlerini daha rahat ve güvenli bir şekilde dile getirmelerine yardımcı olur. Oyuncakların kullanılması, çocukların korkularını, kaygılarını, hayallerini ve suçluluk hislerini insanlara değil, nesnelere aktarmalarına olanak tanır (Öğretir, 2008). Oyun terapisi, duygusal, davranışsal ve sosyal zorluklar yaşayan çocuklara yönelik yaygın olarak kullanılan bir alternatif müdahale yöntemidir ve bu alanda büyük bir önem taşımaktadır.

Türkiye'de 2000'li yılların başında kullanılmaya başlanan bu yöntem, bugün çocuk psikoterapisinde en önde gelen tedavi yaklaşımlarından biri haline gelmiştir (Teber & Altun, 2015).

Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağında ortaya çıkan önemli bir nöropsikiyatrik rahatsızlıktır. Kuzey ve Güney Amerika, Kuzey ve Doğu Avrupa ile Asya da dâhil olmak üzere dünya genelinde yaygın olduğu bilinmektedir. Çocuk ve ergen nüfus arasında bu bozukluğun görülme sıklığı %5 ile %10 arasında değişmektedir (Hechtman L, 2007: Öner Ö, 2007). Geçmişte, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) sadece çocukluk dönemiyle ilişkilendirilen, ergenlikte çözülen ve davranışsal kontrolde gelişimsel bir gecikme olarak görülen bir durum olarak algılanırdı. Ancak, yeni yapılan uzun vadeli takip çalışmaları, çocukluk döneminde DEHB teşhisi konulan bireylerin yaklaşık %50-70'inin genç yetişkinlik dönemine kadar bu sorunların devam ettiğini ortaya koymuştur (Hechtman L & McGough JJ., 2007). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) klinik olarak dikkat, konsantrasyon, hareketlilik ve dürtü kontrolünde yaşanan güçlüklerle tanımlanır. DSM-IV'e göre, belirtilerden altısının varlığı DEHB tanısı için yeterlidir. Bu belirtilerin başlangıcı ve süresi de teşhis için önem taşır; genellikle DEHB belirtileri 7 yaşından önce başlar ve altı aydan uzun sürer. DEHB tanısı koymak için belirtilerin en az iki farklı ortamda görülmesi gerekmektedir. DEHB teşhisi olan bireyler üç farklı kategoride incelenebilir:

- A. Bileşik Tip Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- B. Dikkatsizlik Öncelikli Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
- C. Hiperaktivite-Dürtüsellik Öncelikli Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Aşırı hareketlilik, çocukluk döneminin doğal bir parçası olmakla birlikte, bu hareketliliğin yaşlılarına kıyasla aşırı olması ve günlük işlevleri (oyun, okul aktiviteleri) olumsuz yönde etkilemesi, aşırı hareketlilik olarak değerlendirilir.

Dikkatsizlik belirtileri, DEHB'li çocukların tek bir noktaya odaklanmada zorluk çekmelerini, dikkatlerinin kolayca dağılmasını, düzeni korumada güçlük yaşamalarını, eşyalarını sık sık kaybetmelerini ve sorumluluklarını unutmalarını içerir.

Dürtüsellik ise, sıra beklemekte zorlanma, isteklerini erteleyememe, sorular bitmeden cevap verme, acelecilik ve başkalarının sözlerini kesme gibi davranışları kapsar. Bu tür davranışlar, çocuğun işlevselliğini olumsuz yönde etkileyebilir ve dürtüsellikle ilgili sorunlara işaret eder (Kayaalp, 2008).

Dikkat eksikliği dışında, okuma veya matematik alanındaki beceri yetersizliğine bağlı olarak ortaya çıkan farklı tiplerdeki öğrenme bozuklukları (ÖB), DEHB'den ayırt edilmelidir. Öğrenme

bozukluğu olan çocuklar, uygun eğitim ve yeterli yardım almadıklarında okulda huzursuzluk, dikkatsizlik ve motivasyon eksikliği yaşayabilirler. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile KOKGB (Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu) ve davranım bozukluğu sıkça birlikte görülebilir. Ancak bu bozuklukların tek başına ortaya çıkması durumunda ayırıcı tanı yapmak önemlidir. Davranım bozukluklarında, huzursuzluk ve dikkatsizlik gibi belirtiler ortaya çıkabilir. DEHB'den ayırt edilmesi gereken bir diğer bozukluk ise uyum bozukluğudur. Uyum bozukluğunda süre genellikle altı aydan kısadır ve başlangıcı yaşamın daha geç dönemlerindedir. Manik-depresif bozukluk da DEHB ile karışabilir, ancak genellikle dönemsel olup, geç çocukluk veya ergenlik döneminde başlar ve bu özellikleri ile DEHB'den ayrılır. DEHB'nin neden olduğu akademik ve sosyal problemler aile, okul ve arkadaş ilişkilerinde sorunlara yol açabilir. Bu durumda çocukta benlik saygısında düşüş ve depresyon gelişimi görülebilir. DEHB'a ikincil olarak ortaya çıkan bu depresyon, hareketlerde azalma gösteren birincil depresyondan ayırt edilmelidir. Anksiyete bozuklukları ve depresyon, aşırı hareketlilik ve dikkat dağınıklığına neden olabilir, ancak kendi belirtileri vardır. Absans nöbetleri, DEHB'ye eşlik edebilir veya benzer belirtiler gösterebilir, bu nedenle ayırıcı tanıda dikkate alınmalıdır. DEHB'den ayrılması gereken başka bir tanı da uyum bozukluğudur. Uyum bozukluğunda süre genellikle altı aydan kısadır ve ortaya çıkış yaşamın daha geç dönemlerindedir (Özpolat, 2015).

Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisi

DEHB'nin kesin nedenleri tam olarak bilinmemekle birlikte, biyolojik, psikolojik, sosyolojik ve kültürel faktörlerin etkisi olduğu düşünülmektedir. Literatürde, DEHB'e biyolojik, psikolojik ve sosyal etkilerin katkıda bulunduğu belirtilmektedir. Farklı hipotezler öne sürülmüş olmakla birlikte, genellikle tek bir faktörün DEHB'nin oluşumunda tek başına etkili olmadığı görülmektedir. Ortak bir görüş, doğum anında veya genetik faktörlerle ilişkili olarak beyindeki bir bozukluğun DEHB'ye yol açabileceğidir. Ayrıca, sosyoekonomik düzey, ihmal, istismar, travma gibi olumsuz yaşam koşullarının da DEHB'ye neden olabileceği düşünülmektedir. Hamilelik ve doğum sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlar ile hamilelik sırasında sigara kullanımının da DEHB riskini artırabileceği üzerine çalışmalar bulunmaktadır (Çöpür, 2018).

BİYOLOJİK FAKTÖRLER

DEHB'li bireylerde yapılan beyin görüntüleme çalışmaları, önemli bulgular ortaya koymuştur. Bu bulgular arasında, DEHB'li bireylerde frontal bölge glukoz kullanımının düşük olması ve normal anatomik beyin asimetrisinin bulunmaması öne çıkmaktadır. Ayrıca, korpus kallozum, nükleus kaudatus, globus pallidus ve putamen gibi beyin bölgelerinde farklılıklar gözlemlenmiştir. Özellikle, DEHB'li bireylerde globus pallidus hacminin küçük olduğu tespit edilmiştir. DEHB'nin etiyojisini anlamada önemli bir alan da nörotransmitterlerdir. Dopamin ve norepinefrin üzerine yapılan çalışmalar öne çıkmaktadır. DEHB'li çocuklarda, bu nörotransmitterlerin ve yıkım

ürünlerinin düşük seviyelerde bulunduğu gözlenmiştir. Prefrontal korteks, özellikle işlemsel hafıza kullanımı, dikkat ve davranışların düzenlenmesi gibi işlevleri kontrol eder. Dopamin ve norepinefrinin, bu düzenleyici sistemde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Yüksek düzeyde bu nörotransmitterlerin bulunması, bu işlevselliği bozabileceği çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (Kayaalp, 2008).

PSİKOLOJİK FAKTÖRLER

Araştırmalar, ebeveynlik tarzının çocuğun davranışsal ve duygusal gelişimi üzerinde büyük bir etkisi olduğunu göstermektedir. Özellikle, otoriter veya ihmalcı ebeveynlik stilleri, çocuklarda DEHB semptomlarının gelişimine katkıda bulunabilir. Aile içinde yüksek düzeyde çatışma ve düşük düzeyde destekleyici iletişim, çocuğun dikkat ve dürtü kontrol mekanizmalarının gelişimini olumsuz etkileyebilir. Erken çocukluk döneminde maruz kalınan stres, DEHB semptomlarının ortaya çıkmasında etkili olabilir. Aile içi şiddet, yoksulluk, ebeveynlerin boşanması veya aile bireylerinin kronik hastalıkları gibi faktörler, çocuğun beyin gelişimini etkileyerek, özellikle dikkat süreçlerini ve davranışsal tepkilerini bozabilir. Okul ortamı ve eğitim deneyimleri de DEHB'nin gelişiminde önemli rol oynayabilir. Erken eğitimde yaşanan olumsuz deneyimler, öğrenme güçlükleri ve akran ilişkilerindeki problemler, DEHB semptomlarını tetikleyebilir. Öğretmenlerin çocuğun davranışsal ve akademik ihtiyaçlarına yetersiz yanıt vermesi de risk faktörü olabilir.

Erken yaşlarda yaşanan travmatik olaylar ve duygusal ihmal, DEHB semptomlarının gelişimine zemin hazırlayabilir. Çocukluk çağı travmaları, çocuğun duygusal düzenleme ve dikkat kontrolü yeteneklerini olumsuz etkileyebilir, bu da uzun vadede DEHB gibi davranışsal bozukluklara yol açabilir. Çocuklar, çevrelerinde gördükleri davranışları taklit etme eğilimindedir. Ebeveynler veya diğer yetişkinlerin hiperaktif veya dikkati dağınık davranışlar sergilemesi, çocukların benzer davranış kalıplarını öğrenmelerine ve içselleştirmelerine sebep olabilir. Ayrıca psikososyal çevrenin de çocuklardaki DEHB risk olduğu araştırılmıştır. Erken dönemdeki kayıplar, ayrılıklar, ebeveyn çocuk ilişkisi ve aile tutumlarındaki sorunlar da DEHB etiolojisinde rol oynamaktadır (Öncü, 2012).

SOSYAL FAKTÖRLER

Akran etkileşimleri, çocukların davranış ve tutumlarının şekillenmesinde önemli bir rol oynar. Çocuklar, çevrelerindeki akranlarının davranışlarını gözlemleyerek ve taklit ederek öğrenirler. Özellikle beslenme alışkanlıkları açısından, çocuklar genellikle işlenmiş gıdalar, rafine şekerler ve yapay tatlandırıcılar içeren yiyecekleri tercih ederler. Bu tür besinlerin tüketimi, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan bireyler üzerinde olumsuz etkilere sahip olabilir. Bazı faktörlerin DEHB gelişiminde rolü olduğu öne sürülmektedir. Ancak, şeker zehirlenmesi, vitamin

ve besin gereksinimlerinin eksikliği gibi verilerin, DEHB gelişimine katkıda bulunduğuna dair yeterli açıklama olmadığı görülmüştür (Görmez,2017).

Şekerle ilgili farklı iddialar ortaya atılmaktadır. Bu anlamda yapılmış çalışmalardan birinde şeker beslenmeden çıkarıldığında olumlu bir sonuç elde edilmemiştir. Aslında yapılan çalışmaların sonuçları birbirleriyle çelişkili olsa da, omega-3'ün faydalı olabileceği ifade edilmektedir.

Beslenmenin DEHB Üzerindeki Etkileri: Beslenme, özellikle çocukların nörogelişimi üzerinde büyük bir etkiye sahiptir. DEHB ile ilgili yapılan bazı araştırmalar, şeker tüketiminin çocuklarda hiperaktiviteyi artırabileceğini öne sürmüştür, ancak bu iddialar yeterli bilimsel kanıtla desteklenmemiştir. Örneğin, şekerin diyetten çıkarılmasının DEHB semptomlarını azalttığına dair net sonuçlar elde edilmemiştir. Bununla birlikte, omega-3 yağ asitlerinin DEHB'li çocuklar üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlemlenmiştir. Bu tür besin takviyeleri, beyin sağlığı ve davranış düzenlemesi üzerinde faydalı etkiler gösterebilir (Dombaycı, 2022).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Epidemiyolojisi

DEHB, yaşam boyu süren ve oldukça yaygın bir psikiyatrik bozukluktur. Erken dönemde tespit edilmesi ve buna uygun tedavinin yapılması çok önemlidir. Tüm dünyada en sık okul çağı çocuklarında rastlandığından oranı %3 ile %7 arasında değişkenlik göstermektedir. Türkiye'de 20 çocuktan birinde DEHB görülmesi bu bozukluğun ne kadar yaygın olduğunu göstermektedir. Tanya sahip %8.1'inin 6-12 yaş aralığında çocuk olduğu görülürken kentlerde yaşayan çocuklarda daha sık olduğu araştırmalarda bulunmuştur (Eryılmaz, 2019).

DEHB'nin yaygınlık oranı cinsiyete göre incelendiğinde, erkeklerde kızlara göre daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Kızlarla erkekler arasındaki oranın iki veya üç kat olduğu bulunmuştur. Bu durum, kızlarda daha sık dikkatsizlik ve bilişsel zorlukların görülmesi, dürtüsellik ve saldırgan davranışların az olması nedeniyle gözden kaçırılabilirliği düşünülmektedir. Türkiye'de tanının yaygınlığının alt tiplere göre dağılımında, kız çocuklarının %40.6'sında, erkek çocuklarına göre %32.6 daha yüksek olduğuna dair bulgulara rastlanmaktadır (Erşan, 2010).

DEHB'nin görülme sıklığına ilişkin APA verilerine göre, dikkat dağınıklığı hiperaktivite bozukluğunun oranı %3-7 arasındadır. Buna göre, Lauth ve Nauman, her sınıfta bir veya iki DEHB'li öğrenci olabileceğini belirtmektedir. Lauth ve Schlottke ise DEHB'nin gelişimsel döneme göre görülme sıklığını şu şekilde ifade etmektedir: okul öncesi dönemde 4-6 yaş %3, okul çağı öğrencilerinde ise 6-13 yaş arasında %3-7 ve ergenlik döneminde 14-20 yaş arasında %6 olarak belirtmektedir. Cinsiyetler arası dağılıma bakıldığında ise, erkekler ve kızlar arasında eşit olmadığı gözlemlenmektedir. Lauth ve Nauman, erkek çocuklarında kız çocuklarına göre oranın 1/4.09 olduğunu ifade etmektedir. Toros ve Tataroğlu'nun (2002) yaptığı bir araştırmada ise 9 yaş ve üzeri

93 çocuk ve ergenle yapılan çalışmada erkek/kız oranının 1/3.65 olduğu bulunmuştur. Dikkat eksikliği tanısına sahip 219 ilköğretim öğrencisiyle yapılan bir çalışmada ise erkek/kız oranının 1/3.5 olduğu belirtilmiştir. İstatistiklere göre, DEHB'nin erkeklerde daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Bu farklılığın nedeniyle ilgili olarak, Lauth ve Nauman, genetik ve biyolojik nedenlerle dışsal fark edilebilen bozuklukların kız çocuklarında daha az olabileceğini, sorunların daha çok anksiyete bozukluğu ile ilgili olabileceğini iddia etmişlerdir. Ayrıca, erkek çocuklarında davranış sorunlarının kültürel olarak daha kabul görmesi nedeniyle daha kalıcı hale geldiği de ifade edilmektedir. Nathrath ve Wöfl'ün yaptığı son çalışmada ise cinsiyet dağılımının eşit olduğu saptanmıştır. Cinsiyete ilişkin farklılıkların daha çok semptomların görülmesinde kendisini gösterdiği belirtilmektedir. Kız çocuklarında hiperaktivite sorunlarının daha az görülmesi, ancak dikkatle ilgili sorunların daha fazla ön plana çıkması dikkat çekicidir. DEHB tanısı olan 401 çocukla yapılan bir çalışmada, dikkatli hiperaktivite bozukluğu alt tiplerinin yaş ve cinsiyete göre dağılımında anlamlı düzeyde farklılık gözlemlenmiştir. Erkeklerde hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin bir arada görülme oranı %177.5 iken, aşırı hareketliliğin öne çıktığı tipte %18.8, dikkat eksikliğinin önde olduğu tipte ise %3.6 olarak belirtilmiştir. Kızlarda ise, birleşik tip %179.8, aşırı hareketliliğin önde olduğu tip %10.6, dikkat eksikliğinin önde olduğu tip ise %9.6 olarak ifade edilmiştir. Hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin bir arada görüldüğü gruplar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Özmen, 2010).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite'nin Belirtileri

1675

Amerikan Psikiyatri Birliği, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'nu, bireyin yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan şekilde dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik ve impuls kontrolü zorlukları ile karakterize edilen bir psikiyatrik durum olarak tanımlar. Bu durumun temel özellikleri arasında dikkat problemleri, hiperaktivite ve dürtü kontrolünde zorlanma bulunmaktadır (Sürücü, 2019). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), genellikle üç yaşında ilk belirtilerini göstermeye başlar ve ilkokul döneminde tanı alma süreci mümkündür. DEHB'nin tanısı koymak zorlayıcı bir süreçtir; çünkü bu süreç, belirtilerin sürekliliğini ve kişinin günlük yaşam üzerindeki etkilerini kapsamlı bir şekilde değerlendirir. DEHB, çocuklarda görülen nöropsikiyatrik bozukluklar arasında yaygındır ve bu bozukluğa sahip çocuklar genellikle sosyal etkileşimlerde zorluklar, akranlarıyla ilişkilerde problemler ve agresif davranışların kontrolünde güçlükler yaşarlar. DEHB tanısı sürecinde, belirtilerin diğer olası nedenlerini ekarte etmek amacıyla fiziksel muayeneler ve aile veya çevreden alınan bilgiler de dikkate alınarak bir değerlendirme yapılması önemlidir (Hechtman, 2007).

Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun (DEHB) dokuz öne çıkan belirtisi vardır (Sürücü, 2019).

1. Çocuklar görevlere odaklanmada güçlük çeker ve ödevlerini dikkatsizce tamamlarlar. Öğretmenler, öğrencilerin görevlerini yeterince dikkatli yapmadıklarını belirtirler. Ayrıca, testlerde

bilinen soruları bile yanlış cevaplayabilirler, bazen zor soruları çözebilirken kolay olanlarda hata yapabilirler.

2. Çocuklar oyun oynarken veya sorumluluklarını yerine getirirken dikkatlerini sürdürmekte zorlanabilirler. Özellikle ilgilendikleri konularda daha uzun süre odaklanabilirken, ilgisiz oldukları durumlarda dikkatlerini korumakta güçlük çekerler. Sık sık dikkatlerinin dağılması ve kolayca sıkılmaları gözlemlenir.

3. Çocuklarla konuşulduğunda dinlemiyor gibi görünebilirler. Ebeveynler ve öğretmenler, çocuğun söylenenleri tekrar tekrar duymasına rağmen dinlemediğinden şikayet ederler. Yüksek sesle söylenince göz teması kurabilirler.

4. Verilen talimatları takip etmekte zorlanırlar, başladıkları işleri tamamlayamazlar ve birden fazla adımdan oluşan görevleri bitiremezler. Yapılandırılmış bir ortam gerektiğinde ödevlerini tamamlamakta zorlanırlar.

5. Görev ve sorumluluklarını düzenlemekte güçlük çekerler. Odaları ve çalışma alanları genellikle dağınıktır ve zaman yönetiminde problemler yaşarlar.

6. Zihinsel çaba gerektiren uzun süreli görevlerden kaçınırlar. Ödev yapmayı sevmezler ve genellikle zorlayıcı görevleri son ana kadar erteleyip, daha keyifli aktivitelere öncelik verirler.

7. Sık sık eşyalarını kaybederler. Kıyafetler, ajandalar, spor malzemeleri ve okul araç gereçleri gibi nesnelere sık sık yer değiştirdiklerinde bulmakta zorlanırlar.

8. Çevresel uyaranlar kolaylıkla dikkatlerini dağıtır. Sınıfta pencereden dışarı bakabilir veya çevreden gelen sesler ve hareketler onların odaklanmasını bozabilir.

9. Günlük aktivitelerde unutkanlık gösterirler. Yapılması gereken görevleri unutabilir ve sık sık hatırlatmaya ihtiyaç duyarlar. Okula veya evden gerekli malzemeleri getirmeyi unutabilirler.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Kuramsal Temellerle Açıklanması

Psikanalitik Kuram

Hartcollis, psikanalitik teorilere dayanarak, ego gelişiminde meydana gelen doğal sorunların mükemmeliyetçi bir ebeveyn yaklaşımıyla ortaya çıktığını öne sürmüştür. Böyle bir tutum altında büyüyen çocuklar, doğuştan var olan bilişsel eksiklikler neticesinde minimal beyin disfonksiyonları gösterme eğilimindedirler. 1970 yılında gerçekleştirilen Cantwell ve Morison'ın çalışmalarında, hiperaktivite bozukluğuna sahip çocukların ebeveynlerinin de benzer rahatsızlıkları taşıdığı ve yetişkin dönemlerinde histerik, antisosyal ve bağımlılık gibi problemler yaşadıkları tespit edilmiştir. 1973'te Pontius, minimal beyin disfonksiyonu tanısı konmuş 100 yetişkin üzerinde yaptığı çalışmada, bu bozukluğun özellikle frontal lob ve kaudat çekirdeği disfonksiyonlarından kaynaklandığını belirtmiştir. Tarihsel olarak, opium 19. yüzyılda, 1930'ların ardından ise amfetaminler tedavi amaçlı kullanılmaya başlanmıştır. 1990'larda ise psikiyatristler, çocukluk dönemi dikkat dağınıklığı ve hiperaktivite bozukluğunun yetişkinlikteki belirtilerini tanımaya ve tedavi sürecinde uyarıcı ilaçları kullanmayı önermeye başlamışlardır (Tuğlu & Şahin, 2010).

Nesne İlişkileri Kuramı

Dugas (1987) dikkat seviyesinin değerlendirilmesinin, bireyin hareketlilik düzeyinin ölçümünden çok daha karmaşık bir süreç olduğunu belirtmiştir. Öte yandan, Berger'in yürüttüğü bir araştırmada, hiperaktivite problemlerinin temelini yaşamın ilk yıllarında kurulan yetersiz ilişkilere dayandığını ortaya koymuştur. Winnicott ise sürekli hareket halinde olan çocukların sadece nesnelere yönelik bir varlık algısına sahip olmakla kalmayıp, aynı zamanda yalnız kalmayı başaramadıklarını iddia etmektedir (Zabcı, 2004).

Davranışçı Kuram

Albert Bandura'nın sosyal öğrenme teorisi, bireylerin saldırgan davranışları model alarak ve pekiştirme yoluyla öğrendiğini öne sürer. Bu teoriye göre, saldırganlık öğrenilen bir davranıştır ve bireyler çevresel etkileşimler aracılığıyla bu davranışı kazanırlar. Bir kişi engelleyici ya da tetikleyici bir durumla karşılaştığında, daha önce benzer durumlar altında öğrendiği tepkileri sergileme eğilimindedir. Eğer kişi saldırgan bir davranış sergilediğinde ödüllendirildiyse (ister başkaları tarafından, ister içsel bir memnuniyet yoluyla) bu davranışı gelecekte de sergilemesi muhtemeldir. Ancak, saldırgan davranışlar nedeniyle ceza aldıysa, bu tür tepkileri gösterme olasılığı azalır (Bandura A., 1973 : Bilgin N., 2000). Sosyal öğrenme teorisinin savunucuları, gözlem yoluyla öğrenmenin, yani diğerlerinin davranışlarını izleyerek ve bu davranışların sonuçlarını değerlendirerek öğrenmenin önemini vurgularlar. Bu teoriye göre, pek çok davranış başkalarını gözlemleyerek edinilmektedir (Larson J. vd., 2002). Bu teoriye göre, davranışların şekillenmesinde sadece dışsal çevresel faktörler değil, bireyin kendi içsel süreçleri de önemli bir rol oynamaktadır (Larson J. vd., 2002).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitenin Sınıflandırılması ve Tarihçesi

DEHB ilk olarak 1968 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından "Ruhsal Bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabı" (DSM-II) içinde "çocukluk hiperkinetik tepkimesi" olarak tanımlanmıştır. 1980'de çıkan DSM-III, bu durumu aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle birlikte dikkat dağınıklığı olarak yeniden tanımlanmıştır. 1994 yılında güncellenen DSM-IV ile tanı kriterleri revize edilmiş ve günümüzde de kullanılmaya devam eden standartlar belirlenmiştir. DEHB'nin tanısında halen en yaygın olarak DSM-IV-TR tanı kriterleri tercih edilmekle birlikte, bu kriterlerin spesifik olmaması, bozukluğun net bir şekilde tanımlanmamış olması ve çocuklar üzerinde yapılan çalışmalara dayanması nedeniyle, ergenler ve yetişkinler için gelişimsel olarak uygun olmadığı eleştirilmektedir (Hechtman, 2007).

DSM-IV-TR'ye göre DEHB tanısını ölçütleri aşağıdaki şekildedir (APA, 1994):

A. Aşağıdakilerden “biri” ya da “ikisi” vardır:

1. Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı ya da daha fazlasını, en az altı aydır uyumsuzluk yaratacak ve gelişim düzeyine uygun olmayan şekilde göstermiş olması gerekir.

Dikkatsizlik

a) Sıklıkla ayrıntıya dikkat etmede başarısızdır ya da okulla, işiyle ilgili ya da başka etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.

b) Sıklıkla görevlerinde ve oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

c) Sıklıkla kendisiyle doğrudan konuşulduğu zaman dinlemez görünür.

d) Sıklıkla yönergeleri başından sonuna kadar takip etmez ve okul ödevlerini, görevlerini, sorumluluklarını çalıştığı yerde bitirmez. Bitirememesinin nedeni karşıt tepki göstermesi veya yönergeleri anlamakta başarısız olması değildir.

e) Sıklıkla görevleri veya etkinlikleri organize etmekte güçlük yaşar.

f) Sıklıkla uzun süreli bilişsel çaba gerektiren görevlerden (okul veya ev ödevleri gibi) kaçınır, hoşlanmaz veya gönülsüzce yapar.

g) Sıklıkla görevleri veya etkinlikleri için gerekli şeyleri (oyuncak, okul ödevi, kalem, kitap veya araçlar) kaybeder.

h) Sıklıkla dış uyarıcılar kolaylıkla dikkatini dağıtır.

i) Sıklıkla günlük aktivitelerinde untkandır.

2. Aşağıdaki hiperaktivite belirtilerinden altısını ya da daha fazlasını, en az altı ay, gelişimsel düzeyle uyumsuz bir şekilde göstermiş olması gerekir.

Hiperaktivite

a) Sıklıkla elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.

b) Sıklıkla sınıfta ya da oturması beklenen diğer ortamlarda oturduğu yerden kalkar.

c) Sıklıkla uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır.

d) Sıklıkla, sakin bir biçimde etkinliklere katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.

e) Sıklıkla hareket halindedir ya da bir motor takılmış gibi davranır.

f) Sıklıkla çok konuşur. Dürtüsellik (impulsivite)

g) Sıklıkla sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.

h) Sıklıkla sırasını bekleme güçlüğü vardır.

i) Sıklıkla başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B. İşlev bozukluğuna yol açan bazı hiperaktivite / dürtüsellik belirtileri ya da dikkat eksikliği belirtileri 7 yaşından önce başlamıştır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir işlev bozukluğu vardır (örn. okulda, işte ve evde).

D. Sosyal, akademik ya da mesleki alanlarda klinik açıdan belirgin bir işlevsel bozulma olduğunun açık kanıtları vardır.

E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun varlığında ortaya çıkmamaktadır ve başka mental bozukluklarla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum Bozukluğu, Kaygı Bozukluğu, Disosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu).

DSM 5'e göre teşhis konulabilmesi için çocuklarda 6 ya da fazlası, 17 yaş sonrası için en az 5 bulgu olması gerekiyor.

DSM 5'te kendini gösterme şekli

Dikkat eksikliği

- Detaylara dikkat etmez, sürekli hata yapar,
- Dikkatini korumada sıkıntı yaşar,
- Dinlemez görünür,
- Verilen komutları izlemede güçlük çeker,
- Organizasyon sorunu yaşar,
- Yoğun düşünme gerektiren işlerden kaçınır ya da bu işleri yapmaktan hoşlanmaz,
- Eşyalarını kaybeder,
- Dikkati kolayca dağılır,
- Günlük işlerini unuttur.

Hiperaktif-dürtüsel

- Durduğu yerde duramaz; elleri, ayakları kıpır kıpırdır,
- Uzun süre oturmada sıkıntı yaşar,
- Çocukken koşar ya da tırmanır, yetişkinde yerinde duramaz,
- Sessizce bir şeyle meşgul olmada sıkıntı yaşar,
- Motor takılmış gibi veya düz duvara tırmanırcasına hareketlidir
- Çok konuşur,
- Karşıdaki kişi sorusunu bitirmeden cevabı yapıştırır,
- Bekleme gerektiren ya da sırayla yapılan işlerde sıkıntı yaşar,
- Başkalarının sözünü keser

Birleşik : dikkat eksikliği & hiperaktif-dürtüsel

- Yukarıda her iki gruptaki bulgulara bir arada rastlanabilir.

Çocuğunuz ya da bir başkası için “hiperaktif” kelimesini kullanıyorsanız bunun doğru olması için öncelikle bu tanıyı yapmanıza neden olan yukarıdakilere benzer durumlar

- Israrla devam etmeli ve/veya giderek artmalı
- Öğrenme güçlükleri yaşanmalı
- Uyum sorunları yaratmalı

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi

DEHB'nin tedavi yöntemleri genellikle okul çağıyla başlar ve sıklıkla farmakolojik tedavilere başvurulur. Bununla birlikte, ilaçların uzun vadeli etkileri tam olarak belirlenmemiştir. Bu nedenle, ilaç dışı tedavi alternatifleri de tercih edilmektedir. Diyet düzenlemeleri, yapay katkı maddelerinin ve şekerin kısıtlanması gibi yöntemlerin yanı sıra nörogelişimsel ve bilişsel davranışsal terapiler de kullanılmaktadır (Barke ve ark., 2013). DEHB'nin çocukların işlevselliğini birçok farklı alanda etkilemesi sebebiyle, tedavi yöntemleri de kapsayıcı ve bütünsel bir yaklaşımı gerektirir. Bu tedavide asıl amaç, davranışsal, bilişsel, sosyal ve çevresel sorunların çözülmesidir (Kayaalp, 2008). Etkili bir DEHB tedavisi, ilaçlar, psikoterapi ve psikososyal müdahaleleri içeren kapsamlı bir yaklaşım gerektirir. Aynı zamanda, ailelere psiko-eğitim sunularak farkındalık yaratılması ve destek sağlanması da bu sürecin önemli bir parçasıdır.

1680

DEHB'nin farmakolojik tedavisinde: Çeşitli ilaç grupları kullanılmaktadır; bunlar arasında merkezi sinir sistemi uyarıcıları, antidepresanlar, antipsikotikler, antikonvülsanlar, anksiyolitikler, lityum, guanfasin ve klonidin bulunur. Amerika Gıda ve İlaç Dairesi (FDA), DEHB tedavisi için özellikle yaygın kullanılan iki uyarıcı ilacı onaylamıştır: 3 yaş ve üzeri için Dekstroamfetamin ve Türkiye'de 6 yaş ve üzeri için kullanılan Metilfenidat. Metilfenidat, Türkiye'de DEHB tedavisinde en yaygın kullanılan stimülant olup, kırmızı reçete ile temin edilmektedir. Bu ilacın DEHB'li çocuklarda %75 oranında pozitif etkiler gösterdiği belirlenmiştir. Ayrıca, stimülant tedavilerinin klinik semptomları iyileştirmenin yanı sıra, bilişsel işlevler, özsaygı, sosyal ilişkiler ve aile içi uyum üzerinde de olumlu etkileri olduğu araştırmalarla desteklenmektedir (Öztürk, 2000). DEHB'nin antidepresan tedavisinde kullanılan ve nispeten yeni bir ilaç olan Bupropiyon, hem çocuklarda hem de yetişkinlerde etkili bir seçenek olarak bilinir. Bu ilaç, dopamin ve serotonin geri alımını engelleyerek çalışır. Yan etkiler arasında uykusuzluk, huzursuzluk, ödem, kaşıntı ve bağırsak problemleri yer alabilir. Ayrıca, ajitasyon, epilepsi eşiğinin düşmesi ve varsa tik bozukluğunun tetiklenmesi gibi etkiler de gözlenebilir (Şenol, 2007). DEHB ile birlikte görülen diğer psikopatolojiler olduğunda, özellikle stimülantlardan yanıt alınamadığında veya ağır yan etkileri nedeniyle SSRI'lar (Fluoksetin, Paroksetin, Sertralin ve Sitalopram) sıkça tercih edilir. Bu ilaçlar, özellikle kronik tik bozukluğu gibi durumlarında fayda sağlamaktadır.

Psiko-Sosyal tedavi : Bir DEHB tanısı almış bireylerde sık karşılaşılan sorunlardan biri sosyal zorluklardır. Bu kişiler, dürtüsellikleri ve iletişim güçlükleri nedeniyle akranlarıyla ilişki kurmakta zorlanabilirler. Ayrıca, başkalarının duygularını anlama konusunda güçlük çekmeleri, uzun süreli arkadaşlıklar kurmalarını da engelleyebilir. Bu nedenle, sosyal becerileri ve empati yeteneklerini geliştirmeye yönelik destekleyici çalışmaların ön planda olması önemlidir (Gümüştaş,2011).

Büyükaslan'ın (2015) yılındaki araştırmasına göre; sosyal becerileri kısıtlı çocukların duygusal zekâ düzeyleri de genellikle düşük bulunmuştur. Bu bağlamda, sosyal becerilerin geliştirilmesine yönelik verilen psikoeğitimin, duygusal zekâyı da pozitif yönde etkileyebileceği öne sürülmektedir. Bu tür eğitimler sadece çocukları değil, aileleri ve sosyal çevreleri de içermelidir. Özellikle DEHB'den kaynaklanan olumsuz akran ilişkileri ve akademik zorluklar gibi süreçlerin yönetilmesinde psikoeğitimin, tedavi sürecine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir (Özoğlu, 2018).

Sosyal Beceri Eğitimi: İlaç tedavisine ek olarak, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocuklara gündelik yaşamda karşılaşılabilecekleri problemleri nasıl çözeceklerini öğretmek büyük önem taşır. Öztürk'ün (2018) yılındaki çalışmasında, DEHB'li çocukların duygu düzenleme becerilerinin zayıf olduğu ve sosyal ilişkilerde sorunlar yaşadıkları gözlemlenmiştir. Uzun dönemde, bu çocuklarda davranışsal sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bilişsel davranışçı terapi (BDT), çocukların okul ve aile yaşantılarındaki, yani sosyal yaşamlarındaki zorlukları azaltmayı amaçlar. BDT'nin, çocukların ev ve okul ortamında karşılaştıkları sorunları hafiflettiği ve çocukların davranışları hakkında farkındalık kazanmalarına yardımcı olduğu belirtilmiştir (Özgey, 2021).

Aile eğitimi; Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan çocukların ailelerine yönelik olarak verilen psiko eğitimler, ebeveynlik becerilerinin geliştirilmesine yardımcı olur ve tedavi sürecini destekler. Bu eğitimin ana hedefi, DEHB hakkında detaylı bilgi sağlamak ve ailelerin etkili başa çıkma yöntemleri geliştirmelerine yardımcı olmaktır. Eğitim ayrıca, çocuğun ev ve sosyal çevresinin DEHB belirtilerini azaltacak şekilde düzenlenmesine olanak tanır. Bunun yanı sıra, ilaç kullanımı hakkındaki kaygıları ve önyargıları azaltmayı da amaçlar (Öztürk, 2000).

DEHB, çocukların günlük yaşamlarını çeşitli yönlerden etkileyebildiği için, tedavi yaklaşımları da bu kapsamlılığı yansıtmalıdır. DEHB'nin neden olduğu davranışsal, bilişsel, sosyal ve ailevi sorunların çözümü, tedavinin temel hedeflerindedir. Etkili bir tedavi süreci, ilaç tedavisini, psikoterapiyi ve psikososyal müdahaleleri içermelidir. Aile terapisi, rahatlama teknikleri, vitamin destekleri, özel diyetler ve biofeedback gibi yöntemler çeşitli araştırmalarda olumlu sonuçlar vermiş olsa da, bu tedavi yöntemleri daha sistemli bir şekilde incelenmelidir (Şenol, 2007).

Oyun Terapisi Tanımı

Oyun Terapisi Derneği, oyun terapisini; eğitimli terapistler tarafından uygulanan, danışanların psiko-sosyal sorunlarını önlemeye, çözmeye ve onların büyümesi ile gelişimini desteklemeye yönelik olarak, teorik bir çerçeve altında sistematik bir program kullanılarak oyunun iyileştirici özelliklerinden yararlanılan bir terapi süreci olarak açıklamıştır (The Association for Play Therapy, 2019).

Çocuklar, oyun aracılığıyla dünyalarında yaşananları ifade ederler. Oyun terapisi, çocukların sözcükler yerine oyuncakları ve oyun aktivitelerini kullanarak iletişim kurdukları bir süreçtir. Yetişkinler için ne kadar psikoterapi ve danışmanlık önemliyse, çocuklar için de oyun terapisi o derece önemlidir. Oyundaki sembolik işlev, çocukların iç dünyalarını dışa vurabilmeleri için önemli bir fırsat sunar. Oyun sırasında sembolik ifadeler, çocukların duygusal olarak yüksek öneme sahip deneyimleri daha rahat ve güvenli bir şekilde dile getirmelerine yardımcı olur. Oyuncak kullanımı, çocukların korkularını, endişelerini, hayallerini ve suçluluk duygularını insanlardan ziyade nesnelere aktarmalarını sağlar. Oyun sürecinde, çocuklar duygu ve davranışlarını güven içinde sergileyebilirler, çünkü oyun onları travmatik deneyimlerden uzaklaştırır ve oyun sırasında yapılan aktiviteler eğlenceli hale gelir. Oyun terapisinde, çocuklar travmatik bir olayla ilişkili sembolik bir deneyim yaşadıklarında, bu soruna çözüm aramaya başlarlar. Bu süreç, çocuğun problemlerle başa çıkma ve uyum sağlama yeteneklerinin gelişmesine katkıda bulunur. Oyun terapisinin sağladığı kabul edici, anlayışlı ve sıcak ortam, çocukların kendilerini daha rahat ifade etmelerini sağlar. Güvenli bir ortamda çocuk, hem olumlu hem de olumsuz durumları yaşayarak öğrenir ve duygusal ile bilişsel gelişimleri desteklenir. Oyun terapisinde, kontrolsüz gerçek hayat durumları, oyunun sembolik yansımaları aracılığıyla kontrollü bir şekilde deneyimlenir. Bu sembolik yaşantılar, çocuğun baş etme becerilerini öğrenmesine ve geliştirmesine olanak tanır (Landreth & Bratton, 1999 s.2).

Oyun Terapisi Tarihi

Oyun terapisinin kökenleri, çocuk psikoterapisiyle aynı döneme dayanmaktadır. Oyunun terapötik yönünü psikoterapi literatürüne ilk kez tanıtan kişi Sigmund Freud olmuştur (Schaefer, 2013). Freud'un 1909'da Küçük Hans üzerinde yaptığı çalışma ile terapötik oyun kavramını geliştirdiği zaman, oyunu üç temel işlev üzerinden değerlendirmiştir. İlki, çocuğun kendini ifade etme yeteneğinin artırılmasıdır. İkinci işlev, çocuğun arzularının simgesel olarak gerçekleştirilmesidir. Üçüncü ve son işlev ise, çocuğun yaşadığı travmatik olaylarla başa çıkabilmesidir (Schaefer, 2013). Anna Freud (1946) da oyunu terapötik bir araç olarak kullanan terapistler arasında yer almıştır. O, çocuk ve terapist arasında bir bağ kurulmasını kolaylaştırdığı için oyunun değerini vurgulamıştır. Melanie Klein ise (1955), psikanalitik çerçevede, özellikle çok küçük çocuklarla çalışan ilk psikanalistlerden biri olarak, çocuk terapisinde oyun kullanımını desteklemiştir. Klein, oyunun bilinçdışı içeriklerin bilince çıkarılmasına yardımcı olduğuna inanmış ve bu içeriklerin terapist

tarafından analiz edilip yorumlanmasına olanak tanıyan bir yöntem olarak görmüştür. Ayrıca, oyun aracılığıyla olumsuz deneyimlerin anlaşılması ve işlenmesine yönelik kademeli bir yaklaşım benimsemiş, bu sayede çocukların deneyimlerini yeniden yaşayarak bunların üstesinden gelmelerine yardımcı olmuştur (Schaefer,2013).

Virginia Axline, 1947 yılında, çocuk ve oyun terapisine diğer yaklaşımlardan farklı olarak daha insan odaklı ve bireysel bir perspektif getirmiştir. Axline, terapötik değişimin gerçekleşebilmesi için gerekli olan koşulların koşulsuz pozitif kabul, empati ve gerçekçilik olduğuna inanmıştır. Aynı zamanda, çocukların düşüncelerini, duygularını ve arzularını, kelimeler yerine oyun yoluyla daha etkili bir şekilde ifade edebildiklerini vurgulamıştır (Landreth, 2011). Oyun terapisi, belirlenen kuramsal temeller üzerine hızlı bir gelişim göstererek, çocuk ruh sağlığı alanında önemli bir tedavi yöntemi haline gelmiştir. Bu terapi yöntemi, dünya genelinde 1930'lu yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmışken, Türkiye'de ise 2010 yılı itibarıyla oyun terapisine olan ilgi artış göstermiştir (Teber, 2015). Teber'in 2015 yılında gerçekleştirdiği çalışma, çocuk ruh sağlığı alanında kullanılan çeşitli oyun terapi yöntemlerini inceler. Bu çalışmada; Çocuk Merkezli Oyun Terapisi, Deneysel Oyun Terapisi, Gelişimsel Oyun Terapisi, Theraplay, Kum Terapisi, Psikanalitik Oyun Terapisi ve Kukla Terapisi gibi yöntemler detaylı bir şekilde ele alınmıştır (Teber, 2015).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivitede Oyun Terapisi

1683

Amerika merkezli Oyun Terapisi Derneği'ne göre, oyun terapisi; bireylerin psikososyal sorunlarını çözmek ve gelişim hedeflerine ulaşmalarını sağlamak amacıyla, oyunun iyileştirici özelliklerinden yararlanılarak uygulanan bir terapi şekli olarak tanımlanır (Association for Play Therapy, 2014). Oyun terapisi, bebeklerden başlayıp okul öncesi ve okul çağı çocukları, ergenler ile genç yetişkinlere kadar geniş bir yaş aralığına uygulanabilir; ancak en yaygın olarak 3 ile 12 yaş arasındaki çocuklarla gerçekleştirilmektedir (Schaefer, 2013). Terapi süreci boyunca, oyun, terapist ve çocuk arasındaki iletişimi kolaylaştıran bir araç olarak kullanılır ve böylece danışan ile terapist arasında derin bir bağ oluşur (Kottman & Ashby, 2017). Terapi sürecinde, duygusal açıdan güvenli bir ortam sağlandıktan sonra, çocuğun gelişim dönemine uygun olarak, onun duygusal, fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarına destek olunması hedeflenir (Vanfleet vd.,2018). Oyun terapisi sürecinde, terapi ortamının ve kullanılacak oyuncakların özenle seçilmesi büyük önem taşır. Terapi mekanı ayarlanırken, çocuğun kolaylıkla ilişki kurabileceği nesnelerin bulunduğu ve dikkatini dağıtmayacak şekilde düzenlenmiş bir oda tercih edilmelidir. Ayrıca, çocuğun stres veya kaygı hissetmemesi için oyuncakların boyutlarına ve renklerine dikkat edilmesi gerektiği önerilmektedir (Booth & Jernberg,2014). Yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda, otizm, hiperkinezi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gibi durumlarla mücadele eden çocuklara yönelik çeşitli oyun tekniklerinin kullanıldığı gözlemlenmiştir. Bu teknikler, çocukların içgörü kazanmalarına yardımcı olmuş ve bu bozuklukların belirtilerinde belirgin bir hafifleme sağlamıştır

(Panksepp ,2017: Pittala,vd.,2018). Oyun terapisinin, okul öncesi dönemde sıklıkla karşılaşılan karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, kaygı, akut travmalar, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), bağlanma problemleri ve gelişimsel bozukluklar gibi durumlar üzerinde etkili olduğu ifade edilmiştir (VanFleet vd., 2018). Türkiye'de yapılan bir araştırmada, DEHB tanısı almış ilkökul çağındaki 20 çocuk üzerinde gerçekleştirilen oyun terapisi uygulamalarının, bu çocuklarda DEHB'ye bağlı davranışsal ve duygusal stres seviyelerinde olumlu değişiklikler yarattığı tespit edilmiştir (Bekeç, 2018). Zorlu'nun 2016 yılındaki çalışmasında, DEHB tanısı almış 10 çocukla yapılan 16 seanslık oyun terapisi sonrasında, çocukların davranışsal ve duygusal problemlerinde olumlu gelişmeler gözlenmiştir (Zorlu, 2016). Terapist gözetiminde gerçekleştirilen bu etkileşimli oyun seanslarında, ebeveynler ve çocuklar tarafından karşılıklı olarak uygulanan beş temel beceri üzerinde çalışılmaktadır. Bu beceriler; olumlu davranışların taklit edilmesi, aynalama, açık övgüler, yaşanan zevkin ifade edilmesi ve açıklamalar yapma şeklinde sıralanabilir. Bu teknikler, çocukların dikkat sürelerini artırmaya ve yıkıcı davranışları kontrol altına almalarını kolaylaştırmaya yardımcı olur (Gündoğdu, vd., 2016). Hiperaktif çocuklar için özel olarak tasarlanmış hamur ve boyama oyunları, bu çocukların kendilerini ifade etmekteki zorluklarına yardımcı olmaktadır. Bu oyunlarda uygulanan kurallı yönergeler, çocuklara sıra bekleme gibi sosyal beceriler kazandırmakta, şekil verme ve bozma etkinlikleri ise duygularını daha kolay ifade etmelerine olanak sağlamaktadır (Terwiel, 2010: Koçkaya & Siyez 2017). Geleneksel konuşma terapilerinin, DEHB tanısı almış çocuklarda içgörü eksikliği nedeniyle etkili olmadığı saptandığından, alternatif olarak oyun terapileri daha yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Bu yöntemler, DEHB'li çocukların ihtiyaçlarına daha uygun düşmektedir (Brown, 2010: Akçakoca, 2020).

İlgili Araştırmalar

Çocuklarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile üstün yeteneklilik durumlarında bazı davranış özelliklerinin benzer olabileceği gözlemlenmektedir (Barkley, 1990; Baum, Olenchak & Owen, 1998; Hartnett, vd., 2004; Webb, 1993). Bazı durumlarda, uzmanlar ebeveyn ve öğretmenlerden alınan bilgiler ve kısa süreli gözlemlerle Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı koyabilirler. Ancak, çocukların zeka testleri, başarı değerlendirmeleri ve duygusal durum analizleri gibi kapsamlı psikolojik değerlendirmelerden geçirilmesi sonrasında kesin bir tanı konulmalıdır (Chae, vd., 2003; Flint, 2001; Hartnett, vd., 2004; Kargı & Akman, 2003; Neilhart, 2003; Webb & Latimer, 1993). Eğer kapsamlı bir değerlendirme süreci yapılmazsa, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ile Üstün Yeteneklilik arasındaki farkı belirlemek oldukça güç olabilir (Webb & Latimer; 1993).

Araştırmada, aileyle çalışmanın yanı sıra okul ile aile arasında işbirliği kurularak çocuğun okuldaki akran sorunlarının çözülmesine yönelik adımlar atılmıştır. Okul rehberlik servisi ve öğretmenlerin katkılarıyla, çocuğun akran ilişkileri, problem çözme becerileri, sosyal gruplara katılımı ve

teneffüslerde oyunlara dâhil olması gibi konularda danışmanlık hizmetlerinin olumlu sonuçlar verdiği gözlemlenmiştir. Sakarya'nın 2013 yılında gerçekleştirdiği çalışmada ise, 6-12 yaş arası DEHB tanısı almış 49 çocuk ile DEHB tanısı olmayan 50 çocuk üzerinde yapılan araştırmalarda, DEHB tanısı almış çocukların, tanı almayanlara göre daha düşük performans sergiledikleri tespit edilmiştir (Sakarya, 2013).

Erdem ve Pak'ın 2012 yılında Ardahan'da gerçekleştirdiği çalışma, 125 çocuk ve ergeni kapsamaktadır. Bu araştırmada, sosyodemografik özellikler standart bir şekilde belirlenmiş ve sosyodemografik veriler özel bir form aracılığıyla toplanmıştır. Çocuk ve ergenlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı koymak için ebeveynlere, DSM-IV temelli bir tarama ve değerlendirme ölçeği uygulanmıştır. Ayrıca, çocuk ve ergenlerdeki davranım bozukluklarını inceleyen özel makaleler de incelenmiştir. Çalışmanın sonuçları, DEHB'nin cinsiyet ve yaş açısından bazı farklılıklar gösterdiğini ortaya koymuştur; fakat bu konuda daha fazla detaya ihtiyaç duyulmaktadır (Erdem& Pak, 2012).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), tarih boyunca birçok çocuğun eğitim performansını olumsuz etkileyen kritik bir sorun olmuştur. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yapılan tanıma göre, DEHB; yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayan hiperaktivite, dikkat dağınıklığı ve erteleme yetisinin olmaması gibi özelliklerle karakterize edilen bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Bu bozukluğun en dikkat çekici belirtileri arasında dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsel davranışlar bulunur (Sürücü, 2019). Bu bozukluk, çocukluk döneminde başlayıp ergenlikte farklı bir seyre bürünebilir; genellikle 4-5 yaşlarında belirtileri fark edilir ve 7 yaşından itibaren yeni vakaların ortaya çıkması nadirdir. Erkek çocuklarda kızlara göre daha yaygın olan bu durumda, erkeklerde genellikle hiperaktivite ve dürtüsellik belirginleşirken, kız çocuklarında dikkat eksikliği daha öne çıkar (Özpolat, 2015). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminde başlar ve yaşam boyu sürebilir; bu durum, etkilenen bireylerin akademik, sosyal ve iş hayatındaki günlük işlevselliklerini önemli ölçüde etkileyen bir nöropsikiyatrik rahatsızlıktır (Kayaalp, 2008). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk çağına ortaya çıkan önemli bir nöropsikiyatrik rahatsızlıktır. Kuzey ve Güney Amerika, Kuzey ve Doğu Avrupa ile Asya da dâhil olmak üzere dünya genelinde yaygın olduğu bilinmektedir. Çocuk ve ergen nüfus arasında bu bozukluğun görülme sıklığı %5 ile %10 arasında değişmektedir (Hechtman L, 2007: Öner Ö, 2007). Geçmişte, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) sadece çocukluk dönemiyle ilişkilendirilen, ergenlikte çözülen ve davranışsal kontrolde gelişimsel bir gecikme olarak görülen bir durum olarak algılanırdı. Ancak, yeni yapılan uzun vadeli takip çalışmaları, çocukluk döneminde DEHB teşhisi konulan bireylerin yaklaşık %50-70'inin genç yetişkinlik dönemine kadar bu sorunların devam ettiğini ortaya koymuştur (Hechtman L & McGough JJ., 2007).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukların günlük yaşamlarını önemli ölçüde etkileyebilir. DEHB, çocukların okul, ev ve sosyal ilişkilerinde çeşitli zorluklara neden olabilir. Bu bozukluğun günlük hayata etkileri şunlardır:

Okul Performansı: Dikkatlerini odaklamakta zorlanırlar, bu da akademik başarılarını düşürebilir.
Sosyal İlişkiler: Dürtüsellik nedeniyle arkadaş edinmekte zorlanabilirler ve sosyal etkileşimlerde sorun yaşayabilirler.

Aile İlişkileri: Sürekli hareketlilik ve odaklanma sorunları aile içi gerginliklere yol açabilir.
Günlük Rutinler: Zaman yönetimi ve görev tamamlama konusunda zorluklar yaşarlar.

Duygusal ve Zihinsel Sağlık: Özsaygı azlığı, öfke, anksiyete ve depresyon gibi duygusal sorunlar yaşayabilirler.

DEHB tedavisi genellikle bireyselleştirilmiş bir yaklaşımla yapılır ve şunları içerir:

İlaçlar: Stimulanlar ve non-stimulanlar dikkat ve odaklanmayı artırır.

Oyun Terapisi: Çocuğun duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarına odaklanır.

Eğitim Desteği: Özelleştirilmiş eğitim planları ve destekleyici önlemler sağlar.

Aile Eğitimi ve Destek: Ebeveynlere DEHB yönetimi konusunda rehberlik eder.

DEHB tanılı bireylerin iyileştirmesinde hem psikolojik tedavinin hem de farmakolojik iyileştirmenin etkili olduğu görülmüştür. DEHB sıklıkla belirli yaş gruplarında görülmesine karşın yaşanan psikososyal değişiklikler sonucunda her iki cinsiyet ile yaş gruplarında görülme olasılığı neredeyse benzerlik gösterdiği gözlemlenmektedir. Bu etkilerin tedavi edilebilmesi ve ortadan kaldırılabilmesi adına bir takım terapi ekollerine mevcuttur. Uygulanan Terapi yöntemlerinden birisi de Oyun Terapisidir. Oyun Terapisi Derneği, oyun terapisini; eğitimli terapistler tarafından uygulanan, danışanların psiko-sosyal sorunlarını önlemeye, çözmeye ve onların büyümesi ile gelişimini desteklemeye yönelik olarak, teorik bir çerçeve altında sistematik bir program kullanılarak oyunun iyileştirici özelliklerinden yararlanılan bir terapi süreci olarak açıklamıştır (The Association for Play Therapy, 2019).

Yakın zamanlarda yapılan çalışmalarda, otizm, hiperkinezi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) gibi durumlarla mücadele eden çocuklara yönelik çeşitli oyun tekniklerinin kullanıldığı gözlemlenmiştir. Bu teknikler, çocukların içgörü kazanmalarına yardımcı olmuş ve bu

bozuklukların belirtilerinde belirgin bir hafifleme sağlamıştır (Panksepp ,2017: Pittala,vd.,2018). Oyun terapisinin, okul öncesi dönemde sıklıkla karşılaşılan karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, kaygı, akut travmalar, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), bağlanma problemleri ve gelişimsel bozukluklar gibi durumlar üzerinde etkili olduğu ifade edilmiştir (VanFleet vd., 2018). Türkiye'de yapılan bir araştırmada, DEHB tanısı almış ilkökul çağındaki 20 çocuk üzerinde gerçekleştirilen oyun terapisi uygulamalarının, bu çocuklarda DEHB'ye bağlı davranışsal ve duygusal stres seviyelerinde olumlu değişiklikler yarattığı tespit edilmiştir (Bekeç, 2018). Zorlu'nun 2016 yılındaki çalışmasında, DEHB tanısı almış 10 çocukla yapılan 16 seanslık oyun terapisi sonrasında, çocukların davranışsal ve duygusal problemlerinde olumlu gelişmeler gözlenmiştir (Zorlu, 2016). Terapist gözetiminde gerçekleştirilen bu etkileşimli oyun seanslarında, ebeveynler ve çocuklar tarafından karşılıklı olarak uygulanan beş temel beceri üzerinde çalışılmaktadır. Bu beceriler; olumlu davranışların taklit edilmesi, aynalama, açık övgüler, yaşanan zevkin ifade edilmesi ve açıklamalar yapma şeklinde sıralanabilir. Bu teknikler, çocukların dikkat sürelerini artırmaya ve yıkıcı davranışları kontrol altına almalarını kolaylaştırmaya yardımcı olur (Gündoğdu, vd., 2016). Erken tanı ve uygun tedavi ile DEHB'nin olumsuz etkileri azaltılabilir. DEHB tedavisi genellikle multidisipliner bir yaklaşım gerektirir ve bireyin özelliklerine ve semptomlarının şiddetine göre uyarlanmalıdır. Tedavi planı genellikle bir çocuk psikiyatristi, psikolog, eğitim uzmanı ve diğer sağlık profesyonelleri tarafından ortaklaşa belirlenir. Tedavinin etkinliği, bireyin yanıtına ve semptomların kontrol altına alınmasına bağlı olarak değişebilir.

Bulgular kısmındaki incelenen ve ele alınan 6 çalışmanın sonuçlarına bakıldığında Oyun Terapisi çocuklarda DEHB problemi ile baş etmede ve çocuğun iç dünyasının anlaşılmasında aile, eğitim ve sosyal hayatında çocuğa destek sağlama da etkili bir yöntem olduğu gözlemlenmiştir. Türkiye'de DEHB problemi yaşayan çocuklarda Oyun Terapi yöntemleri yoğun olarak kullanılmaktadır. Bunun yanında çocuklar özel eğitimlerde görmektedir. Özel eğitimler ve Oyun Terapinin birlikte kullanıldığı zamanlarda ve aile iş birliği yapıldığında DEHB probleminin azaldığı gözlemlenmektedir. Psikoterapistler ve klinisyenler oyun terapisinin, tanılı bireylerde DEHB semptomlarının hızlı ve de etkili bir şekilde iyileştirici bir etkisi olduğunu düşünebilmektedir.

KAYNAKÇA

APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Association for Play Therapy. (2014). Play therapy. Retrieved from <http://www.a4pt.org/ps.playtherapy.cfm?ID=1158>

- Barke, J. S., & Brandeis, D. (2013). Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry*, 170(3).
- Bekeç. (2018). Yüksek Lisans Tezi. Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uygulamalı Psikoloji Anabilim Dalı.
- Biederman, J., Monuteaux, M., Kendrick, E., Klein, K., & Faraone, S. (2005). The CBCL as a screen for psychiatric comorbidity in paediatric patients with ADHD.
- Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2014). *Theraplay* (Ş. Çavuşoğlu, Trans.). İstanbul: Gün Yayıncılık.
- Çöpür, M., & Çöpür, S. (2018). Attention deficit hyperactivity disorder and omega-3 fatty acid supplementation: A systematic review. *Yeni Sempozyum Dergisi*, 56(3), 20-23.
- Dombaycı, Ö. (2022). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda leptin ve ghrelin serum düzeylerinin uyku alışkanlıkları ile ilişkisinin incelenmesi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi.
- Eryılmaz, E., & Üstündağ-Budak, A. M. (2019). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu Erken Tanımda Cinsiyet Önyargısı. *Türk Psikoloji Yazıları*, 22(43), 90-101.
- Görmez, V., & Örengül, A. C. (2017). DEHB'li çocuk ve ergenlerin elektronik medya kullanımı açısından değerlendirilmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(5).
- Hechtman, L. (2007). *Dikkat Eksikliği Bozuklukları* (H. Aydın & A. Bozkurt, Trans.) (8th ed., pp. 360-362). Ankara: Güneş Kitabevi.
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 147-152.
- Koçkaya, S., & Siyez, D. M. (2017). Okul öncesi çocuklarının çekingenlik davranışları üzerine oyun terapisi uygulamalarının etkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9, 31-44.
- Kottman, T., & Ashby, J. S. (2017). Adleryan oyun terapisi. In *Oyun Terapisi Kapsamlı Teori Ve Uygulama Rehberi* (D. N. Bıyıklı & B. Tuncel, Eds.). İstanbul: Apamer Psikoloji Yayınları.
- Öncü, B., & Şenol, S. (2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 111-119.
- Özmen, S. (2010). Okulda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB). *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2), 1-10.
- Panksepp, J. (2017). *Affective neuroscience* (S. Ünal & V. Kara Ölmeztoprak, Trans.). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Sürücü, Ö. (2019). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. Ankara: Bilgi Yayınevi.

- Şenol, S. (2007). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: Hekimler Yayım Birliği.
- VanFleet, R., Sywulak, A., & Caparosa, C. (2018). *Çocuk Merkezli Oyun Terapisi* (H. U. Kural, Trans. Ed.). İstanbul: Apamer Psikoloji.
- Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.