



T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**P.C.KENDALL'IN DÜRTÜ SORUNU VE DEHB İÇİN
YAPILANDIRILMIŞ OTURUMLARININ REVİZE
FORMU, DEHB'Lİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNE
YÖNELİK EĞİTİM PROGRAMI VE BUNLARIN
KOMBİNASYONU: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU**

Dr. Bourtzou CHAFOUZ ACHMET

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Şubat, 2024
İSTANBUL



T.C.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**P.C.KENDALL'IN DÜRTÜ SORUNU VE DEHB İÇİN
YAPILANDIRILMIŞ OTURUMLARININ REVİZE
FORMU, DEHB'Lİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNE
YÖNELİK EĞİTİM PROGRAMI VE BUNLARIN
KOMBİNASYONU: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU**

Dr. Bourtzou CHAFOUZ ACHMET

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Vahdet GÖRMEZ

TEZ EŞ DANIŞMANI
Doç. Dr. Alperen BIKMAZER

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Şubat, 2024
İSTANBUL

ONAY

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmeliği hükümlerine göre uzmanlık eğitimi gören Dr. Bourtzou CHAFOUZ ACHMET'in hazırladığı ve jüri önünde savunduğu "P.C.KENDALL'IN DÜRTÜ SORUNU VE DEHB İÇİN YAPILANDIRILMIŞ OTURUMLARININ REVİZE FORMU, DEHB'Lİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNE YÖNELİK EĞİTİM PROGRAMI VE BUNLARIN KOMBİNASYONU: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU" başlıklı tez başarılı kabul edilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ

İMZA

Prof. Dr. Vahdettin GÖRMEZ

.....

Doç. Dr. Alperen BIKMAZER

.....

Doç. Dr. Nuran GÖZPINAR

.....

Tarih: 23 /02/2024

YAZAR BİLDİRİMİ

“KENDALL’IN DÜRTÜ SORUNU VE DEHB İÇİN YAPILANDIRILMIŞ OTURUMLARININ REVİZE FORMU, DEHB’Lİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNE YÖNELİK EĞİTİM PROGRAMI VE BUNLARIN KOMBİNASYONU: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU” isimli uzmanlık tezinde Dr. Bourtzou CHAFOUZ ACHMET;

- Bu tez kabulünden önce hiçbir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezle ilgili herhangi bir çıkar çatışması yoktur.
- Tez içerisinde başkalarının yayınlanmış veya yayınlanmamış çalışmalarından yapılan alıntılar için gerekli kaynakları açıkça belirtmiştir.
- Tez içerisinde başka kaynaklardan kopyalanmış olan kısımları tırnak içerisine alarak ve izin alınan kaynağı belirterek kullanmıştır.

Şubat, 2024

Dr. Bourtzou CHAFOUZ ACHMET

İmza:

BİLGİLENDİRME

- Bu tez daha önce herhangi bir yerde yayınlanmamıştır.
- Bu tezin hazırlanmasında tez danışmanım Prof. Dr. Vahdet GÖRMEZ ve tez eş danışmanı Doç. Dr. Alperen BIKMAZER katkıda bulunmuştur.
- Bu çalışmada adı geçen ilaç, tıbbi cihaz ve laboratuvar malzemelerinin üreticileri ile herhangi bir çıkar ilişkim yoktur.
- Bu çalışmaya ait herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Dr. Bourtzou CHAFOUZ ACHMET

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini cömertçe paylaşan, desteğini esirgemeyen, insanlığı ve insanca davranmanın ne olduğunu bizlere gösteren sevgili hocam Prof. Dr. Vahdet Görmez'e,

Eğitimim süresince bilgilerini ve deneyimlerini benimle paylaşan, gelişimime büyük katkıları olan, desteğini ve sevgisini her daim hissettiğim sevgili hocam Doç. Dr. Alperen Bıkmazer'e,

İlgi ve yardımlarını sunan, mesleki deneyimlerini paylaşarak destek sağlayan sevgili Uzm. Dr. Burcu Yıldırım Budak, Uzm. Dr. Sebile Aslı Eke Altunoğlu, Uzm. Dr. Meltem İnci Kefal ve Doç. Dr. Nuran Gözpınar'a,

Gülyüzleri ve hoşgörülülere ile yardım ve katkılarından çokda faydalandığım Prof. Dr. Funda Gümüştaş, Doç. Dr. Süleyman Çakıroğlu ve Uzm. Dr. Elvan Başak Usta Gündüz'e,

Başta Ass. Dr. Fatma Zehra Bıçakcı, Ass. Dr. Zeynep Dilara Yetkin ve Ass. Dr. Fulya Bakır olmak üzere birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm assitan arkadaşlarıma ve psikolog ekibimize,

Hayatım boyunca aldığım her kararda beni destekleyen ve yanımda olan sevgili aileme ve anlayışı, ilgisi ve sevgisi ile her daim yanımda olan çok sevgili eşime içtenlikle ve sevgi ile teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ONAY	i
YAZAR BİLDİRİMİ	ii
BİLGİLENDİRME	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR.....	ix
TABLO LİSTESİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
1.1. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU	3
2.1.1. Tanım.....	3
2.1.2. Tarihçe.....	3
2.1.3. Epidemiyoloji.....	5
2.1.4. Etiyoloji.....	6
2.1.4.1. Genetik Çalışmalar	6
2.1.4.2. Görüntüleme Çalışmaları.....	7
2.1.4.2.1. Yapısal Görüntüleme Yöntemleri.....	7
2.1.4.2.2. Fonksiyonel Görüntüleme Yöntemleri	8
2.1.4.3. Nörokimyasal Faktörler	8
2.1.4.4. Psikososyal ve Çevresel Çalışmalar	9
2.1.5. Tanısal Değerlendirme	9
2.1.6. Yaşa Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri.....	10
2.1.7. DEHB'ye Eşlik Edebilen Diğer Psikiyatrik Bozukluklar	10
2.1.8. Tedavi.....	12
2.1.8.1. Farmakoterapi.....	12
2.1.8.2. Psikososyal Yaklaşımlar	14
2.1.8.3. İlaç dışı yaklaşımlar.....	15
2.2. DÜRTÜSELLİK	15
2.2.1. Tanım.....	15

2.2.2. Tarihçe.....	15
2.2.3. DEHB Tanılı Çocuklarda Dürtüsellik	16
2.3. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ	17
2.3.1. Tanım.....	17
2.3.2. Tarihçe.....	17
2.3.3. Amaç ve Temel Özellikler.....	18
2.3.4. BDT Uygulamaları.....	19
2.3.5. DEHB ve BDT	20
2.4. EBEVEYN EĞİTİMİ.....	23
2.4.1. Tanım.....	23
2.4.2. Tarihçesi	23
2.4.3. Ebeveyn Eğitim Programlarının Amacı	24
2.4.4. Ebeveyn Eğitimi Programları.....	24
2.4.5. DEHB ve Ebeveyn Eğitimi	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ.....	28
3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI	28
3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ.....	28
3.3.1. Müdahale ve Kontrol Grubu için Örneklem Dahil Etme ve Hariç Tutma Kriterleri	28
3.3.2. Grupların Dağıtılması	29
3.3.3. Körlük	29
3.4. UYGULAMA	29
3.5. MÜDAHALE PROSEDÜRLERİ	30
3.5.1. BDT Uygulaması	30
3.5.2. Aile Eğitim Programı	35
3.6. İZLEM SÜRECİ	38
3.6.1. BDT Grubu	38
3.6.2. Psikoeğitim Grubu	38
3.6.3. Kombine Grup.....	38
3.6.4. Kontrol Grubu	39
3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	39
3.7.1. Sosyodemografik Veri Formu	39

3.7.2. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği.....	39
3.7.3. Güçler ve Güçlükler Anketi (Strengths and Difficulties Questionnaire):	40
3.8. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM	40
4. BULGULAR.....	42
4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ	42
4.1.1. Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler.....	42
4.1.2. Çocukların İlaç Kullanımına İlişkin Bilgiler	45
4.1.3. DEHB'ye Ek Psikiyatrik Tanı	46
4.1.4. İlişkin Demografik Bilgiler	47
4.1.5. Babaya İlişkin Demografik Bilgiler	49
4.1.6. Aileye İlişkin Demografik Bilgiler	52
4.2. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARININ DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU, KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞU VE DAVRANIM BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNE DAİR ETKİLERİ	53
4.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARININ ÇOCUKLARDA DAVRANIŞSAL VE DUYGUSAL SORUNLAR ÜZERİNE ETKİLERİNE DAİR VERİLER	57
5. TARTIŞMA	61
5.1. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI	72
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	73
KAYNAKLAR.....	75
EKLER	93
Ek-1: BDT protoklü için Onam formu	93
Ek-2: EEP için Onam formu	95
Ek-3: Sosyodemografik Veri Formu	97
Ek-4: Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği)	99
Ek-5: Güçler ve Güçlükler Anketi	102
Ek-6: Etik Kurul Onay Formu.....	104
Ek-7: DEHB ve Eşlik Eden Davranış Sorunlarına Yönelik 3 Görüşmeden oluşan Aile Eğitim Programı.....	106
Ek-8: DEHB'li Çocuk ve Gençlerde Dürtü Kontrol Sorunları için Dur ve Düşün Revize Versiyonu-Çalışma Kitabı	140

Ek-9: DEHB’li Çocuk ve Gençlerde Dürtü Kontrol Sorunları için Dur ve Düşün	
Revize Versiyonu-Terapist Uygulama Kılavuzu.....	214
Ek-10: Benzerlik Raporu.....	247



KISALTMALAR

BDT	Bilişsel Davranışçı Terapi
DA.....	Dopamin
DB.....	Davranım Bozukluğu
DEHB.....	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-B.....	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Birleşik Alt Görünümü
DEHB-DE.....	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Dikkatsizlikle Giden Alt Görünümü
DEHB-HA	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Hiperaktivite ile Giden Alt Görünümü
DEYDB DSM-IV	Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği
DSM.....	Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatrik Hastalıklar El Kitabı
DSM-5	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-5
DSM-II.....	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-II
DSM-III	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-III
DSM-III-R	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-III-Düzenlenmiş
DSM-IV	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV
DSM-IV-TR.....	Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı-IV-Düzenlenmiş
EEP	Ebeveyn Eğitim Programı
FDA	Amerika Gıda ve İlaç Birliği
Fmr1.....	İşlevsel Manyetik Rezonans Görüntüleme
GGA.....	Güçler ve Güçlükler Anketi
ICD.....	Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması
KOKGB	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
MDB	Major Depresif Bozukluk
MKB	Madde Kullanım Bozukluğu
MTA.....	Multimodal Tedavi Çalışması
NE	Norepinefrin
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB.....	Otizm Spektrum Bozuklukları

ÖGG..... Özel Öğrenme Güçlüğü

YAB..... Yaygın Anksiyete Bozukluğu



TABLO LİSTESİ

Tablo 3.1: BDT Seans İçeriği.....	35
Tablo 3.2: Aile Eğitim Programı Oturum Planı	37
Tablo 3.3: Aile Eğitim Programı Seans İçerikleri	37
Tablo 4.1: Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler (1)	43
Tablo 4.2: Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler (2)	44
Tablo 4.3: Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler (3)	45
Tablo 4.4: Çocukların İlaç Kullanımına İlişkin Bilgiler	46
Tablo 4.5: DEHB'ye Ek Psikiyatrik Tanı.....	47
Tablo 4.6: Anneye İlişkin Demografik Bilgiler	49
Tablo 4.7: Babaya İlişkin Demografik Bilgiler	51
Tablo 4.8: Aileye İlişkin Demografik Bilgiler	52
Tablo 4.9: Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Veriler	54
Tablo 4.10: Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinin Ön Ölçümlerine İlişkin İstatistiksel Veriler	55
Tablo 4.11: Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinin Son Ölçümlerine İlişkin İstatistiksel Veriler.....	56
Tablo 4.12: Güçler ve Güçlükler Anketine İlişkin İstatistiksel Veriler	58
Tablo 4.13: Güçler ve Güçlükler Anketinin Ön Ölçümlerine İlişkin İstatistiksel Veriler	59
Tablo 4.14: Güçler ve Güçlükler Anketinin Son Ölçümlerine İlişkin İstatistiksel Veriler...	60

ÖZET

P.C. KENDALL’IN DÜRTÜ SORUNU VE DEHB İÇİN YAPILANDIRILMIŞ OTURUMLARININ REVİZE FORMU, DEHB’Lİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNE YÖNELİK EĞİTİM PROGRAMI VE BUNLARIN KOMBİNASYONU: DIKKAT EKSİKLİĞİ HIPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu toplumsal, akademik ve sosyal durumlarla ilgili olumsuz etkileri olabilen ve yetişkinlikte de devamlılık gösteren bir psikiyatrik tanıdır. Çalışmamızın örnek grubunu, S.B.İ.M.Ü. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri polikliniğinde değerlendirilerek DEHB tanısı almış olan, en az 2 aydır ilaç tedavisi alan 7-11 yaş arası çocuklar ve ebeveynleri oluşturmaktadır. Çalışmanın amacı revize etmiş olduğumuz bilişsel davranışçı terapi (BDT), oluşturmuş olduğumuz ebeveyn eğitim programı (EEP) ve ikisinin kombinasyonunun DEHB belirtileri üzerindeki etkinliğini incelemek ve sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubu ile kıyaslamaktır. Ek olarak müdahalelerimizin Karşıt Olma Karşı Gelme (KOKGB) ve Davranım Bozukluğu (DB) belirtileri üzerindeki etkisinin ve çocukların işlevselliği üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Araştırmamız tek kör randomize kontrollü bir müdahale çalışmasıdır. 42 anne-çocuk çifti, medikal tedavi+BDT, medikal tedavi+EPP, medikal tedaviye+BDT+EEP’ndan oluşan Kombine grup ve kontrol grubu olmak üzere 4 gruba dağıtılmıştır. Sosyo-demografik Veri Toplama Formu, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV’e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği) ve Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) aileler tarafından müdahale öncesi ve sonrasında doldurulmuştur. Veriler Kruskal Wallis H testi, Mann Whitney-U testi, Willcoxon işaretli sıralar testi, Ki-Kare analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak belirlenmiştir.

Yapılan değerlendirmelere göre dört grubun vakaları arasında sosyodemografik verilerde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmadığı görülmüştür. Wilcoxon İşaretli Sıralar Testine göre müdahale öncesi ve sonrası yapılan değerlendirmelerde M+BDT grubunun DEYDB DSM-IV Değerlendirme lğinin Dikkat eksikliği (DE), Hiperaktivite (HA), Dürtüsellik, KOKGB alt alanlarıdaki puanların istatistiksel olarak anlamlı seviyede azaldığı ve GGA'nin toplam etkilenme puanlarında da anlamlı seviyede düşüş sağlandığı gösterildi. M+EEP grubunun DE, HA, Dürtüsellik, KOKGB, DB alt alanlarıdaki puanların istatistiksel olarak anlamlı seviyede azaldığı ve toplam etkilenme puanlarında da anlamlı seviyede düşüş sağlandığı bulundu. Kombine grubunun da DE, HA, Dürtüsellik, KOKGB alt alanlarıdaki puanların istatistiksel olarak anlamlı seviyede azaldığı ve GGA'nin toplam etkilenme puanlarında da anlamlı seviyede düşüş sağlandığı gösterildi. Kontrol grubunda ise sadece DE ve KOKGB puanlarında anlamlı azalma olduğu ve GGA'nin toplam etkilenme puanlarının ise anlamlı seviyede arttığı bulundu.

Çalışmamız medikal tedaviye ek olarak uygulanan BDT'nin, medikal tedaviye ek olarak uygulanan ebeveyn eğitim programımızın ve bu iki müdahalenin bir arada verilmesinin DEHB belirtileri, KOKGB belirtileri ve çocukların işlevselliği üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu göstermektedir. Küçük rneklem boyutu sebebi ile istatistiksel analizlerde bazı sınırlılıklarımız olmuş ve bu nedenle müdahalelerin bazı anlamlı etkileri maskelenmiş olabilir. Ayrıca revize etmiş olduğumuz BDT kılavuzunun ve düzenlemiş olduğumuz ebeveyn eğitimi programının, medikal tedavi alan DEHB'li çocuklardaki belirti ve işlevsellik düzeylerine olan etkisinin araştırıldığı bir randomize kontrollü çalışma olmasıyla bu alanda yapılmış ilk araştırmadır.

Anahtar Kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, BDT, Ebeveyn Eğitim Programı, Kombine tedavi

ABSTRACT

REVISED FORM OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR IMPULSIVE CHILDREN, TRAINING PROGRAM FOR FAMILIES OF CHILDREN WITH ADHD AND THEIR COMBINATION: ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a psychiatric diagnosis that can have negative effects on social, academic, and occupational situations, and can persist into adulthood. Our study's sample consists of children aged 7-11 who have been diagnosed with ADHD after evaluation at the Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic of S.B.İ.M.Ü. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın City Hospital and have been receiving medication for at least 2 months, along with their parents. The aim of the study is to examine the effectiveness of the cognitive behavioral therapy (CBT) we have revised, the parent education program (PEP) we have developed, and the combination of the two on ADHD symptoms, compared with a control group receiving only medication. Additionally, we aim to investigate the effects of our interventions on Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) symptoms, as well as on the functionality of the children.

Our research is a single-blind randomized controlled intervention study. It consists of 42 mother-child pairs divided into 4 groups: Medication plus Cognitive-Behavioral Therapy (M+CBT), Medication plus Parent Education Program (M+PEP), Combined treatment of Medication plus CBT and PEP, and a Control group receiving only medication and routine outpatient clinic follow-up. Socio-demographic Data Collection Form, Turgay Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)-Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV-S) and the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) were completed by the families. Data were collected before the start of the intervention programs and one month after their completion. Data were evaluated using Kruskal-Wallis H test, Mann-Whitney U test, Wilcoxon signed-rank test, and chi-square analysis. The significance level for all analyses was set at $p < 0.05$.

According to statistical analyses, it was found that there were no statistically significant differences in the sociodemographic data among the cases of the four groups. According to the Wilcoxon Signed Ranks Test, assessments conducted before and after the intervention revealed that in the M+BDT group there was a statistically significant decrease in the scores of Attention Deficit (AD), Hyperactivity (HA), Impulsivity, and ODD subscales of the T-DSM-IV-S Assessment Scale and a significant decrease was also observed in the total impairment scores of the Strengths and Difficulties Questionnaire. In the M+EEP group, there was a statistically significant decrease in the scores of AD, HA, Impulsivity, ODD, and CD subscales, as well as a significant decrease in the total impairment scores of the Strengths and Difficulties Questionnaire. The combined group showed a statistically significant decrease in the scores of AD, HA, Impulsivity, ODD, and the total impairment scores of the Strengths and Difficulties Questionnaire. In the control group, significant decreases were observed only in the scores of AD and ODD subscales, while the total impairment scores of the Strengths and Difficulties Questionnaire showed a significant increase.

Our study demonstrates that our CBT protocol applied in addition to medical treatment, our parent training program applied in addition to medical treatment, and the combination of these two interventions have significant positive effects on ADHD symptoms, ODD symptoms, and the functionality of children. Due to the small sample size, there are some limitations in statistical analyses, and therefore, some significant effects of interventions may be masked. Additionally, this is the first randomized controlled study in this field to investigate the impact of our revised CBT protocol and parent training program on symptoms and functionality levels in children with ADHD receiving medical treatment.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, CBT, Parent Training Program, Combined Treatment

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında oldukça yaygın görülen nörogelişimsel bir bozukluktur (1). Genel nüfusun %3 ila %5'ini etkiler (2) ve DEHB tanısı alan çocukların %50-80'i ergenlik ve yetişkinlikte de DEHB kriterlerini karşılamaya devam ederler (3). DEHB'li çocuklar akademik, kişisel ve sosyal alanlarda sorun yaşarlar (4) ve tedavi alınmadığı durumlarda hastalığın uzun vadeli prognozu kötü olabilmektedir (5,6).

DEHB'li çocuklarda psikostimulanların temel belirtilerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (7), ancak bu ilaçların çocukların ilerleyen yaşlarda karşılaşılabilecekleri davranım bozukluğu (DB) ve madde kullanım bozukluğu (MKB) gibi tanıların gelişimini engelleyebileceğine dair pek az kanıt bulunmaktadır (8). Ayrıca DEHB'nin aileler üzerinde etkisinin de olduğu ve tedavisinde aile dinamiklerinin rolü olduğu bilinmektedir (9,10). Bunlar değerlendirilerek DEHB belirtilerinin yönetimi için en uygun tedavi protokolünün psikostimulan ilaçların psikososyal terapilerle kombinasyonunun olduğu ve en etkin yaklaşımların BDT ve ebeveyn eğitimleri olduğu ifade edilmektedir (11,12).

DEHB varlığında, çocukların dikkat, motor ve sosyal davranışlarını modüle etmede zorlandıkları ve yaşlarına uygun öz düzenleme becerilerinden yoksun olabildikleri görülür. BDT'nin kendi kendine rehberlik etme, stratejik adımlarla problem çözme gibi becerilere odaklanması, DEHB'nin temel sorunlarıyla baş etme sürecinde ideal bir yöntem olmaktadır (13). DEHB'nin tedavisinde BDT yaklaşımının etkinliğini değerlendiren çalışmalar DEHB belirtilerini azaltma, akademik ve sosyal ortamlardaki işlevselliği artırma konusunda olumlu sonuçlar bildirmiştir (14–17).

Ayrıca ebeveynlik kalitesinin çocukların olası sorunlu davranışları ile doğru orantılı olduğu görülmektedir (18). Bu sebeple çocuk ve ebeveyn ilişkilerini ve kalitesini iyi yönde etkileyecek bir müdahale olarak ebeveyn eğitimi dikkat çekmektedir (19,20). Yapılan birçok çalışmada DEHB'nin tedavisinde ebeveyn eğitim programlarının kullanılmasının, tanı belirtilerini azaltma, ek davranış sorunları ile baş etme, ailelerin stres yönetimini kolaylaştırma ve çocuk ebeveyn ilişkisini güçlendirme konularında etkin bir yöntem olduğu bildirilmiştir (23–25).

Bu çalışmada amacımız S.B.İ.M.Ü. Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı polikliniğine başvuran ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan, en az 2 aydır DEHB'ye yönelik ilaç tedavisi alan 7-11 yaş arası çocuklar ve ebeveynlerinde, "Dürtü sorunu ve DEHB Tedavisi için BDT" kitabının tarafımızca modifiye edilmiş halini, tarafımızca oluşturulmuş olan ebeveyn eğitimi programını ve ikisinin kombinasyonunu uygulayarak hastalık belirtileri ve çocukların işlevsellik düzeyleri üzerine etkilerini incelemektir.

Çalışmanın planlanmasındaki ikincil amaçlarımız şu şekildedir:

- Poliklinik rutinimizde DEHB tanısı ile takip ettiğimiz hastalara uyguladığımız farmakolojik tedavilere ek olarak BDT kılavuzunu ve EEP'yi pratiğimize kazandırmak.
- Farmakolojik tedavi alan ve belli belirtileri devam eden hastalarımıza çok yönlü bir tedavi imkanı sağlamak.
- Hastalar ve aileleriyle aramızdaki terapötik ilişkiyi desteklemek.
- DEHB belirtilerinin azalmasını sağlayarak çocukların toplumsal katılımını, akademik başarılarını arttırmak ve ebeveyn-çocuk ilişkilerini güçlendirmek.

1.1. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

Revize etmiş olduğumuz BDT kılavuzunun çocuklara uygulandığı gruptaki çocukların DEHB belirtilerinin müdahale öncesi ve müdahale uygulanmayan kontrol grubundaki çocuklara göre azalacağı varsayılmıştır.

Oluşturmuş olduğumuz 3 oturumdan oluşan ebeveyn eğitim programının uygulandığı gruptaki çocukların DEHB belirtilerinin müdahale öncesi ve müdahale uygulanmayan kontrol grubundaki çocuklara göre azalacağı varsayılmıştır.

Bu iki müdahalenin hem çocuklara hem de annelere uygulandığı gruptaki çocukların DEHB belirtilerinin müdahale öncesi ve müdahale uygulanmayan kontrol grubundaki çocuklara göre azalacağı varsayılmıştır.

Yine ilaç tedavisine ek müdahale alan bu üç gruptaki KOKGB ve DB belirti düzeylerinin azalacağı ve çocukların işlevsellik düzeylerinin artacağı varsayılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım

DEHB erken çocukluk döneminde başlayıp sıklıkla ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de devam eden, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellikle karakterize bir bozuktur (26). Çocukluk çağının en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından biri olan DEHB, toplumsal, akademik veya sosyal etkinlikleri olumsuz etkileyebilmektedir (27).

2.1.2. Tarihçe

Tarihsel olarak bakıldığında, ilk kez bir doktor ve filozof olan Dr.Melchior Adam Weikard dikkat eksikliğinden bahsetmiştir. 1770 yılında Dr. Weikard kendi kitabında dikkat eksikliğini dikkatin kolayca dağılması, görevleri tamamlamada zorluk yaşama, ekstra efor sarf etmek zorunda kalma, dikkatsizlik kaynaklı hata yapma olarak tanımlamıştır (28). Ardından İskoçyalı doktor Alexander Crichton 1798 yılında *Zihinsel bozukluğun doğası ve kökeni üzerine bir araştırma: İnsan fizyolojisi ve patolojisinin kısa bir sistemini kavramak adlı* kitabında DEHB hakkında yazmıştır (29). 1845 yılında Alman doktor Heinrich Hoffmann'ın yayınladığı çocuk kitabı *Struwwelpeter'deki* «Zappel-Philipp» ("Kıpır kıpır Philip") adlı karakter ile DEHB'nin tipik semptomları tarif edilmiştir (30).

Bir İngiliz çocuk doktoru olan George Still, 1902 yılında Lancet dergisinde bir makale yayınlamıştır. Still, dikkat ve odaklanma sorunları yaşayan, öğrenmede güçlükleri olan, saldırgan tutumları, davranım sorunları olan ve dürtü kontrolü zayıf olan çocuklara dikkat çekmiş ve “ahlaki yetersizlik” adını verdiği bir klinik tablodan bahsetmiştir. Birinci Dünya savaşı sırasında ensafalitis laterjika salgınından etkilenmiş ve sağ kalmış çocuklarda, Still'in tanımlamış olduğu “ahlaki yetersizlik” kavramına benzer şekilde öğrenme, davranım ve denge sorunları, aşırı hareketlilik ve saldırganlık gözlenmiştir (31).

Ardından 1932'de Franz Kramer ve Hans Pollnow, günümüz DEHB tanımına çok benzeyen, çocuklarda hiperkinetik sendromu tanımlamışlardır (32). 1934 yılında Kahn ve Cohen, beyin sapında hasara bağlı olabileceğini düşündükleri, aşırı hareketlilik ve

dürtüsellik belirtileri sergileyen çocuklardan oluşan olgular bildirmişlerdir (33). 1947 yılında Doktor Strauss ve arkadaşları aşırı hareketlilik, perseverasyon, dürtüsellik ve bilişsel yetersizlik bulguları olan çocuklarda gösterilemeyen beyin hasarı olduğunu belirterek “Minimal Beyin Zedelenmesi Sendromu” kavramından bahsetmişlerdir. 1960’lı yıllarda ise bu çocuklarda nörolojik bir hasar gösterilememiş ve bu sebeple Peters ve Clements tarafından “Minimal Beyin Disfonksiyonu” terimi kullanılmıştır (34).

DEHB, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının ilk baskısında (DSM-I) yer almamış ancak ilk kez 1968 yılında ikinci baskısında (DSM-II) “Hiperkinetik Sendrom” adıyla yer almıştır (35). Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması-9’a (ICD-9) bu bozukluk “Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu” olarak dahil edilmiştir (36).

1980’li yıllarda, dikkat eksikliğinin de bir semptom olarak önem kazanması ile birlikte, DSM-III’te bozukluğun adı “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” olarak revize edilmiştir. Klinik tabloya hiperaktivitenin eşlik edip etmemesine bağlı olarak, “hiperaktifiteli/hiperaktivesiz” şeklinde 2 alt tip tanımlanmıştır. 1987 yılında yenilenen baskı (DSM-III-R) ile birlikte “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” olarak isimlendirilmiştir (37).

DEHB, 1992’de yayınlanan Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması-10’da (ICD-10) ise, “Hiperkinetik bozukluklar” olarak adlandırılmıştır. “Aktivite ve Dikkat bozukluğu” ve “Hiperkinetik Davranım Bozukluğu” olmak üzere iki alt tipi tanımlanmıştır. ICD-10 dikkat eksikliği alt görünümünü içermemektedir (38).

2000 yılı itibari ile DEHB DSM-IV ile dikkat eksikliğinin baskın olduğu, aşırı hareketlilik dürtüsellüğün baskın olduğu ve birleşik tip olmak üzere 3 alt tip olarak tanımlanmıştır. DSM-V itibari ile DEHB, “Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altında tanımlanmaktadır. Klinik tabloda belirtileri başlangıç yaşı 7’den 12’ye yükseltilmiş, otizm spektrum bozuklukları dışlama ölçütü olmaktan çıkarılmış ve 17 yaş sonrasında DEHB tanısı için dikkat eksikliği veya hiperaktivite alanlarında 6 yerine 5 ölçütün tanı için yeterli olduğu kabul edilmiştir (39). Öncesinde belirlenmiş 3 alt tip DSM-V’e göre üç alt görünüm olarak tanımlanmıştır ve aşağıdaki gibidir.

Bileşik görünüm (DEHB-B): Dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik ölçütleris on altı ay içinde karşılanmaktadır.

Dikkatsizliğin önde geldiği görünüm (DEHB-DE): Dikkatsizlik tanı ölçütleri son 6 aydır karşılanmış, ancak aşırı hareketlilik/ dürtüsellik tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Aşırı hareketlilik-dürtüsellik önde geldiği görünüm (DEHB-HA): Aşırı hareketlilik/ dürtüsellik ölçütü son altı aydır karşılanmış, ancak dikkatsizlik tanı ölçütü karşılanmamıştır.

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB epidemiyolojisi ile ilgili yapılmış çok sayıda çalışma mevcut olsa da DEHB'nin görülme sıklığı konusunda ortak bir fikre ulaşılamamıştır. Farklı sonuçlar bildiriliyor olmasının sebebinin çalışmalardaki yöntemlerin farklı olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür (40).

Yapılan kapsamlı bir meta-analiz çalışması dünya genelinde DEHB'nin ortalama yaygınlığı %5,9-7.1 olduğunu göstermiştir (41). 2023 yılında yayınlanmış olan bir meta-analiz çalışmasının bulgularına göre ise, 3-12 yaş arası çocuklarda DEHB yaygınlığı 12-18 yaş arası ergenlere göre daha yüksektir (42). Bu sebeple bu yaş grubundaki çocukların tanı ve tedavi süreçleri önem arz etmektedir.

Ülkemizde yapılan en kapsamlı çalışmalardan biri Ercan ve ark. tarafından 1500 ilkokul öğrencisi üzerinde yapılmış ve öğrenciler 4 yıl boyunca takip edilmiştir. DEHB sıklığının ilk yılda %13.38, ikinci yıl için %12.53, üçüncü yıl için %12.22, dördüncü yıl için %12.91 olarak belirlenmiş; ortalama sıklık değerlendirilmesi neticesinde ise DEHB sıklığının %12,7 olduğu tespit edilmiştir (43).

Cinsiyete göre değerlendirmeler yapıldığında erkeklerin DEHB belirtilerini daha fazla gösterme eğiliminde oldukları ve kızlara kıyasla DEHB teşhisi alma olasılıklarının üç kat daha yüksek olduğu bildirilmiş (44). Ayrıca yapılan bir çalışmaya göre DEHB belirtilerinin ortaya çıkışının, kız ve erkeklerde farklılaştığı ifade edilmiştir. Kızlarda DEHB genellikle dikkat eksikliği ve düşük özsaygı gibi belirtiler gösterir. Kız çocukları daha sık sözlü olarak saldırgan olma eğiliminde olabilir ve öfkelerini daha sık içlerine atabilirler. Bunun bir sonucu olarak kız çocuklar depresyon, anksiyete gibi belirtiler açısından daha yüksek risk altındadırlar. Diğer taraftan erkek çocuklarında DEHB belirtileri genellikle hareketlilik ve dürtüsellik şeklinde dışa vurur. Fiziksel olarak saldırgan olma eğiliminde olabilirler (45).

DEHB'nin alt görünümlerinin sıklık oranları yaşla birlikte farklılaşma eğilimindedir. Çocukluk çağında hareketlilik belirtileri ağırlıktayken yaşla birlikte azalarak yerini dikkat

eksikliği belirtilerine bırakır (46). Bu sebeple DEHB alt görünüm oranlarını yaş grubuna göre belirlemek daha anlamlı olacaktır. Çocuklarda en sık görülen alt görünüm DEHB-B (%43- 79) iken bunu sırasıyla DEHB-DE (%8-37) ve DEHB-HA (%5-29) alt görünümüleri izlemektedir (47–49). Ergenlerde yapılan çalışmalarda DEHB-DE % 64-78, DEHB-B % 17-28, DEHB-HA alt görünümü ise % 5-11 oranlarında bulunmuştur (50). Ancak çocuk ve ergenlerde genel anlamda en sık bileşik alt görünümün bulunduğu bildirilmiştir (51,52).

DEHB'nin alt görünümünün yaygınlık oranlarını inceleyen toplum tabanlı çalışmalar bu konuda farklılaşmaktadır. Nijeryalı ilkököl çocuklarında yapılan bir çalışmada dikkatsizliğin önde geldiği görünüm yaygınlığı %4.9, aşırı hareketlilik-dürtüsellik önde geldiği görünüm yaygınlığı %1.2 ve birleşik görünüm yaygınlığı %2.6 olarak belirlenmiştir (53). İran'da yapılan bir çalışma ise aşırı hareketlilik-dürtüsellik önde geldiği görünümün her iki cinsiyette de en yaygın olduğunu göstermiştir. Nijerya'daki çalışma ile uyumlu şekilde en az sıklığa sahip alt görünümün birleşik görünüm olduğunu belirtmiştir.

2.1.4. Etiyoloji

DEHB'nin, günümüzde yaygın olarak kabul edilen görüşe göre multifaktöryel bir nöro gelişimsel bozukluk olduğu düşünülmektedir (54).

2.1.4.1. Genetik Çalışmalar

DEHB genetiğiyle ilgili yapılan çalışmalar aile çalışmaları, ikiz ve evlat edinme çalışmalarını ve genom çalışmalarını kapsamaktadır. Diğer birçok hastalıkta da olduğu gibi DEHB tanısında da aile içi bireylerde genetik yatkınlık yüksektir. DEHB'nin aile öyküsü olmayan popülasyonda görülme sıklığı %5-10 arasında gösterilmişken ailede DEHB varlığında bu oranlar kardeşlerde %50, kuzenlerde %25 oranlarında belirlenmiştir (55). Ayrıca DEHB tanısına sahip bireylerin çocuklarında %57 oranında DEHB tanı kriterleri karşılanmakta olduğu gösterilmiştir (56). Yapılan ikiz çalışmalarından elde edilen verilere göre, tek yumurta ikizlerinde DEHB için eş hastalanma oranı %59-92 olarak belirlenmişken çift yumurta ikizlerinde bu oran %29-42 olarak hesaplanmıştır (57).

Yapılan moleküler genetik araştırmalar, dopaminerjik nörotransmitter sistemlerinin DEHB ile ilişkili olduğunu göstermiştir. D2, D3, D4 ve D5 reseptörleri ve dopamin taşıyıcıları (DAT) gibi dopamin sistemiyle ilişkili bazı aday genler özellikle işaret edilmiştir. Bunlardan en fazla üzerinde durulanlar DRD4 (D4) ve DAT1 genleridir (58,59). Gen çalışmaları serotenerjik, noradrenerjik, kolinerjik, glutaminerjik sistemler ve nöronal plastisite genlerinin de DEHB ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar sunmaktadır (60).

2.1.4.2. Görüntüleme Çalışmaları

Nörogelişimsel bozuklukların araştırılmasında yaygın olarak kullanılmaya başlanmış bir yöntem görüntüleme çalışmalarıdır. Bu yöntemler arasında beynin anatomik olarak incelenmesini sağlayan yapısal görüntüleme yöntemleri ve dokunun işlevselliğini değerlendiren fonksiyonel görüntüleme yöntemleri sayılabilir.

2.1.4.2.1. Yapısal Görüntüleme Yöntemleri

DEHB'in etiyolojisini ortaya koyabilmek ve nörobiyolojik alt yapı ile ilgili ipuçları elde edebilmek için birçok çalışma yapılmıştır. Çalışmalar hangi beyin bölgesi ya da bölgelerinin işlev kaybının DEHB'ye spesifik olduğu hakkında net bir veri sunmasa da, DEHB'li bireylerin beyin yapılarının sağlıklı kontrollerden farklılaştığını göstermektedir (61).

DEHB'li bireylerle yapılan çalışmalar sağlıklı kontrollere göre total beyin hacminin %3-5 oranında daha az olduğunu göstermektedir. Bu azalmanın daha çok sağ hemisferde ve özellikle frontal lobun prefrontal alanında belirgin olmakla beraber tüm beyin loblarında etkilenmeye neden olduğu ortaya konulmuştur. Hacimsel azlığının, kortikal alanlara ek olarak korpus kallozum, serebellum ve striatal alanlarda da olabileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (62,63).

DEHB tanısı almış kişiler de tüm beyin bölgelerini görüntüleyerek inceleyen çalışmalardan oluşan bir metaanalizde, gri cevher hacmindeki azalmanın en belirgin olarak bazal ganglion yapılarında gözleendiği ortaya koyulmuştur (64). Artan yaş ve DEHB'ye yönelik farmakoterapi kullanımı ile bazal gangliyonlarda gözlenen hacimsel azalmalar normalize olma eğilimi gösterdikleri, ancak anterior singulat korteksteki yapısal anormallikler erişkinlik çağına kadar devam ettiği belirlenmiştir (65,66). Ayrıca yaş aldıkça gri cevher hacmindeki azalmanın hafifliyor olması, yetişkinlikte bu hacimsel düşmenin durma eğiliminde olduğu bulgusunu desteklemiştir. Böylece DEHB'nin gelişimsel bir bozukluktan çok gelişimsel bir gecikme olduğu kanısı güçlenmiştir (66).

DEHB'li bireylerde yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında, tüm beyinde ve özellikle frontal bölgede kortikal kalınlık ve yüzey alanında azalma saptanmıştır. Bu bireylerde tespit edilen kortikal kalınlık ve yüzey alanı azalmasının 2-5 sene arasında değişen bir gecikme olduğu gösterilmiştir (66,67).

2.1.4.2.2. Fonksiyonel Görüntüleme Yöntemleri

Beynin fonksiyonel değişikliklerini saptayabilmemiz için kullanılan bir yöntem difüzyon tensörü görüntülemesidir (DTG). Bu beyin görüntüleme yöntemi, beyaz madde patolojisini saptamak amacı ile nöropsikiyatrik bozukluklarda tercih edilmektedir. Su moleküllerinin sinir membranını boyunca devam eden difüzyonel yönelimini ölçer ve beyaz madde yolaklarını tespit eder. Özetle DTG, beyaz madde yolaklarının mikro yapısal bütünlüğünün ve yöneliminin cerrahi girişim gerektirmeden incelenmesine olanak tanıyan bir manyetik rezonans görüntüleme tekniğidir (68). DTG yöntemi kullanılarak yürütülen araştırmalar bize göstermiştir ki, DEHB’li bireylerde, beyaz cevherin mikrostrüktürel yapısı atipik gelişim göstermektedir. Beyaz cevherdeki, bu atipik gelişim tüm beyinde yaygın olarak gözlenirken, özellikle fronto-striatal, fronto-parietal ve fronto-serebellar döngülerde belirgindir (69).

Beyindeki fonksiyonel değişikliklerin incelendiği bir diğer yöntem fonksiyonel magnetik rezonans-görüntülemedir (fMRI). Beynin farklı bölgeleri kişiler istirahat halindeyken aktive olurken, belli bölgeler bir görev yerine getirilirken aktive olur. fMRI yöntemi, hem belirli bir görevi gerçekleştirme anında hem de istirahat halinde iken beynin aktivasyon düzeyini ölçmeyi sağlar (70). Bazı çalışmalarda fMRG yöntemi DEHB’li kişilerde kullanılmış ve bilişsel aktivite gerektiren görevler sırasında, fronto-striatal, fronto-parietal ve frontoserebellar bölgelerde aktivasyonun azaldığı tespit edilmiştir (71). DEHB’li olguların metilfenidat ile tedavi edilmesiyle birlikte bahsi geçen bölgelerde görüntüleme sırasında beyin aktivasyonunun normale yaklaştığı gösterilmiştir (72).

2.1.4.3. Nörokimyasal Faktörler

DEHB nörobiyolojisi tamamen anlaşılabilmiş değildir. Fakat DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların oluşturduğu etkiler dopamin (DA) ve noradrenalin (NE) sistemlerindeki bozulmaların, DEHB semptomlarına yol açıyor olabileceği fikrini ortaya çıkarmıştır (73).

DA ve NE’in prefrontal kortekste normal düzeyde olması, yürütücü işlevler için gereklidir. Bu nörotransmitterler kortiko-stiato-talamo-kortikal döngüyü modüle etmektedir (74). DEHB’li bireylerde yapılan çalışmalar anatomik olarak kortiko-stiato-talamo-kortikal döngüde bozulmalar göstermiştir (75).

Son yıllardaki çalışmalar ise DEHB’li hastalarda prefrontal korteks, anterior singulat korteks ve striatum’da glutamat düzeylerinin artmış olduğu ve psikostimulan tedavisi ile glutamat düzeylerinde azalma olduğu gösterilmiştir (76,77).

2.1.4.4. Psikososyal ve Çevresel Çalışmalar

DEHB etiyojisinde çevresel şartların da rol oynayabileceği bildirilmiştir ve pek çok çevresel etken araştırılmıştır. New York'ta okul öncesi çocuklarda yapılan bir çalışmada hamilelik sırasında anne ve babanın sigara içmesi ile DEHB belirtileri arasındaki ilişki değerlendirmiş ve hamilelik sırasında annenin sigara içmesinin çocukta DEHB riskinin artmasıyla ilişkili olduğunu, ancak babanın sigara içmesi ile DEHB belirtilerinin ilişkili olmadığını bulmuştur (78). Ülkemizde yapılan bir çalışmada da benzer şekilde annenin gebelik döneminde sigara kullanması ile çocukta DEHB varlığının ilişki olduğu belirtilmektedir (79). Annenin alkol, eroin ve kafein maruziyeti olmasının çocukta DEHB kriterlerinin karşılanması ile ilişkisi hakkında daha detaylı değerlendirmelere ihtiyaç vardır (80–82).

Gebelik ve doğum sürecinde DEHB gelişimine yol açabilecek etmenlerin fetusta hipoksiye sebep olan komplikasyonlar olduğu bildirilmiştir (83). Düşük doğum ağırlığı ve yenidoğan hastalıklarının oranları DEHB'li grup ve kontrol grubu arasında kıyaslandığında gruplar arasında benzerlikler olduğu bulunmuştur (84). Koruyucu maddelere maruz kalma ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkiyi araştırarak çalışmaların çoğu, renklendirici ve koruyucu maddelere maruz kalmanın, sadece belirli duyarlı çocuklarda olumsuz davranışlarla ilişkili olabileceği sonucuna varmıştır. Ancak genel nüfusa yönelik bir risk bulunmamıştır (85).

2.1.5. Tanısal Değerlendirme

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı, bir çocuk ergen psikiyatri uzmanı tarafından yapılan psikiyatrik muayene ve aile görüşmesi sonrasında konulur. Değerlendirme tipik olarak gelişimsel ve tıbbi geçmiş, soy geçmiş, aile dinamikleri, sosyal beceri ve zorlukları içeren ayrıntılı bir öykü almayı içerir. Çocukla yapılan görüşme sırasında genel bilişsel düzeyinin, dikkat süresinin, motor becerilerinin, konuşma ve dil becerilerinin ve sosyal becerilerinin yaşına uygunluğu ve psikiyatrik durumu değerlendirilir (86).

Aileden alınan detaylı öyküye ek olarak çocukların akademik süreçleri, okul içindeki tutum ve davranışları, sosyal becerileri hakkında öğretmenler vasıtasıyla bilgi edinilir. Ebeveyn ve öğretmenler tarafından çeşitli ölçeklerin doldurulması uygulanan işlemler arasındadır (87). Tanılama için kullanılabilecek herhangi bir kan tetkiki, radyolojik görüntüleme yöntemi yoktur. Fakat zeka testleri, dikkat testleri tanıyı destekleme amacı ile kullanılabilir (88).

2.1.6. Yaşla Göre Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri

DEHB'nin klinik özellikleri yaşla birlikte değişmektedir. Okul öncesi dönemde özellikle hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri belirgin fark edilir. Yerinde duramama, sessiz oyunları oynamakta zorluk, öğle uykusu reddi, söz kesme ve çok konuşma, sabırsızlık, çabuk sıkılma ve çabuk öfkelenme sık rastlanılan durumlardır (89). Bu dönemde DEHB tedavisinde ilaç kullanımının güvenilirliğine dair yeterli çalışma bulunmamaktadır ve bu sebeple farmakoterapinin yeri kısıtlıdır. İlk seçenek davranışçı müdahaleler ve psikososyal yaklaşımlardır (90).

Okul dönemi çocuğunda dikkat eksikliği belirtileri belirgin hale gelir ve en sık klinik başvuru bu dönemde gerçekleşir. Odaklanma güçlükleri, dikkat sürdürmemeye, basit ve dikkatsizlik kaynaklı hatalar, ödev tamamlayamama beraberinde akademik başarısızlıklar getirir. Yine bu dönemde eşya kaybetme, unutkanlık, kurallara uymakta zorluk ve agresif davranışlar görülmektedir (91).

Çocuklukta DEHB tanısı almış kişilerin en az %65'inin semptomlarının ergenlikte de tanı almaya yetecek düzeyde devam ettiği gösterilmiştir (92). Ergenlik döneminde ödev tamamlama zorlukları, hedef koyma, planlama becerilerinde güçlükler, okuldan soğumaya sebep olabilmektedir. Aile, arkadaş ve öğretmen ilişkilerinde bozulmalar, duygu düzenleme zorlukları, depresif semptomlar, kaygı bozuklukları sık görülmektedir (88). Aşırı hareketlilikte azalma olmakla birlikte dürtüsel davranışlar ve bunların yol açabileceği sorunlar artmaktadır. Kendine zarar verici davranışlar, alkol, madde kullanımı, riskli cinsel davranışlar DEHB'si olan ergenlerde olmayanlara göre daha sık ortaya çıkan sorunlardır (93). Çocukluk ve ergenlik dönemleri boyunca DEHB'nin getirdiği zorluklarla baş eden kişiler, erişkinlik itibari ile kendi organizasyonlarını yapma, plan oluşturma ve sorumluluk alma sürecinde zorluk yaşamaya devam ederler (94).

Erişkinlik döneminde hiperaktivite belirtileri azalmış gibi gözükse de aslında iç huzursuzluk, aşırı spor yapma, görüşme ve toplantıları uzun süre devam ettirememeye şeklinde sürmektedir. Ayrıca fevriyet, öfke kontrol güçlükleri ve emosyonel labilite bu kişilerin sosyal becerilerini olumsuz etkilemektedir (95).

2.1.7. DEHB'ye Eşlik Edebilen Diğer Psikiyatrik Bozukluklar

DEHB'ye birçok başka psikiyatrik bozukluk eşlik edebilmektedir. En sık birliktelik gösterdiği psikiyatrik tanılar arasında, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım

bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, otizim spektrum bozukluğu, tik bozuklukları, özgöl öğrenme bozuklukları, anksiyete ve depresyon sayılabilir (96).

DEHB'si bulunan bireylerin %70'inde en az bir ek psikiyatrik tanı bulunduğu ve en sık eşlik eden tanının %40 oranı ile KOKGB olduğu MTA çalışmasında gösterilmiştir (97). Yapılan çalışmalar DEHB ve KOKGB birlikteliğinin okul öncesi dönemde bile belirgin olduğunu göstermektedir (98). DEHB ve KOKGB tek tanı olarak bulunduklarında aile ortamı, okul ve sosyal işlevsellikte önemli bozulmalara neden olabilirler. Bu klinik tablolar bir arada ortaya çıktığında prognoz daha da kötüleşmektedir (99).

DEHB tanısına sahip çocukların yaklaşık üçte birinde eşlik eden ÖÖG varlığı belirtilmiştir (100). Ancak unutulmamalıdır ki, ÖÖG varlığında çocuklar öğretilen konuları anlayamadıkları için dikkat vermekte zorluk yaşayabilirler. Bu sebeple çocuğun birincil tanısı dikkatli bir psikiyatrik muayene ile belirlenmelidir (101). DEHB ve ÖÖG eş tanı durumunda, DEHB'nin farmakolojik tedavisine ek olarak ÖÖG'ye yönelik uygun eğitsel yardım ve danışmanlık verilmelidir.

Her ne kadar tikler genellikle ergenlik döneminden sonra düzelse de, son çalışmalar OKB ya da DEHB ile birliktelik gösteren tiklerin sıklıkla devam ettiğini göstermektedir (102). DEHB'li çocuk ve ergenlerin yalnızca yüzde yedisine tourette sendromu (TS) tanısı konulurken, tourette sendromu hastaları yüzde 60'a varan oranda DEHB tanısı almaktadır. DEHB, TS'li çocuklar arasında bildirilen en yaygın nörogelişimsel komorbiditedir (103).

DEHB'si bulunan çocuk ve ergenlerde depresyon sıklığının %12-50 arasında olduğu ve DEHB tanısı olmayanlara göre riskin 2,5-5,5 kat arttığı bildirilmiştir (104). Depresyonu olan kişiler için eşlik eden DEHB varlığı, depresyon semptomlarının daha erken başlaması, hastaneye yatış sıklığının artması, daha fazla tekrarlayan atakların olması ve daha yüksek intihar riskini beraberinde getirir. Bu nedenle hem DEHB'nin hem de depresyonun doğru yönetimi ve tedavisi çok önemlidir. DEHB hastalarında anksiyete semptomlarının prevalansı %15 ile %35 arasında değişmektedir (105). DEHB'nin anksiyete üzerindeki etkisi incelendiğinde, DEHB varlığının anksiyete bozukluğunun ortaya çıkışı üzerinde sınırlı bir etkiye sahip olduğu görülmüştür (106). Genel kanı DEHB'yi değerlendirirken ve tedavi ederken anksiyete belirtilerinin değerlendirilmesine gerekli önemin verilmesinin uygun olacağıdır (107).

DSM-IV ve ICD-10, DEHB ve OSB için birbirini dışlayan tanımlar verirken, DSM-V her bir durumda diğlerinin tanımından bahseder ve komorbidite olasılığını kabul eder (37,38,108). OSB olan bireylerde %80'e varan oranda DEHB tanımlanırken, DEHB'si olan bireylerdeki OSB sıklığı için %40'a varan oranlar bildirilmiştir (109). Türkiyede yapılan bir

Çalışmaya göre otizm tanılı bireylerin %94’nde komorbid bir durum eşlik etmektedir. Eşlik eden tanı %46-60 oranında DEHB olarak bildirilmiştir (110).

2.1.8. Tedavi

DEHB semptomlarını azaltmak için şimdiye kadar çeşitli tedavi yöntemleri önerilmiştir. Bu yöntemler farmakolojik ve psikososyal tedaviler olarak ikiye ayrılabilir. İlk tedavi seçeneği ilaç tedavisi olsa da DEHB’nin etkin tedavisi için farmakolojik ve psikososyal yaklaşımların kombine edildiği bütüncül yaklaşımlar gerekmektedir (111). İlaç tedavisine eklenen psikososyal tedavilerin, özellikle ebeveyn eğitimi ve bilişsel ve davranışsal müdahalelerin ilaç etkinliğini arttırdığı bilinmektedir (112).

2.1.8.1. Farmakoterapi

DEHB farmakoterapisinde en sık kullanılan ilaçlar, psikostimülan grubundan metilfenidat ve amfetamindir. Psikostimulanlar DEHB hastalarında prefrontal korteks aktivitesini artırarak dopamin ve norepinefrin etkisini güçlendirir, böylece yürütücü işlevleri ve dikkat odaklı fonksiyonları optimize eder (113). Allosterik olarak dopamin taşıyıcısını (DAT) ve norepinefrin taşıyıcısını (NET) bloke eden metilfenidat, dopamin ve norepinefrinin sinaptik aralıktaki kullanılabilirliklerini artırır. Amfetamin ise NET ve DAT için bir yarışmalı inhibitör olarak görev görür. Böylece metilfenidat gibi sinaptik aralıktaki DA ve NE’nin artmasını sağlar (114). Çocuklar ve ergenlerde yapılan çok sayıda metaanaliz çalışması psikostimülanların DEHB belirtileri üzerindeki etkinliğini kanıtlamıştır (115).

Aynı zamanda stimlanların DEHB’li çocuklarda yaşam kalitesini artırma konusunda da etkili olduğunu saptamış çalışmalar vardır (116). Ancak psikostimulanların bu etkinliği özellikle kısa vadede belirlenmiştir. DEHB olan çocuklar üzerinde yapılan Multimodal Tedavi alışması (MTA) gözlemleri, DEHB olan çocuklarda psikostimulanları 10 yıldan daha uzun süre kullananların semptom azaltımı açısından ilaçlarını bırakanlardan daha iyi sonuç almadığını göstermektedir (117,118).

Metilfenidatın dikkati odaklama konusunda iyileşmeler gösterdiği rapor edilse de alışmalar DEHB’li çocukların dikkat fonksiyonunda kesintisiz bir düzeye ulaşamayabileceklerini bu nedenle dikkat eğitimi programlarına dayalı ek tedavinin her zaman gerekebileceğini belirtmektedir. Bu nedenle dikkat eğitimi programlarına dayalı ek tedavi gerekebilir (119).

Psikostimlanların dürtüsellik üzerindeki etkinliği hala belirsizdir. Literatürde psikostimulanların plaseboyla karşılaştırıldığında DEHB hastalarında dürtüselliği azalttığını

bildiren çalışmalar vardır (120). Ancak DEHB’li kişilerde metilfenidat kullanımı sonrası hiperaktivite ve/veya dikkatin değiştiğini fakat dürtüsellik değişmediğini bildiren de birçok çalışma mevcuttur (121,122).

Psikostimülan ilaçların çoğunlukla hafif ve/veya geçici oldukları için genellikle kabul edilebilir olan çeşitli yan etkileri mevcuttur (123). Bu ilaçların yaygın yan etkileri arasında iştah azalması, uyku sorunları, baş ağrısı, mide bulantısı, yüksek kan basıncı ve nabız artışı sayılabilir. Kan basıncında ve kalp atım hızındaki artışın etkisi genellikle az olsa bile öncesinde kardiyovasküler hastalığı olan kişiler için klinik açıdan önem arz edebilir (124).

DEHB tedavisinde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tarafından onaylanan ilk stimülan-dışı ilaç Atomoksetindir (125). Atomoksetin bir seçici norepinefrin geri alım inhibitörüdür. Prefrontal kortekste yüksek yoğunluklarda DAT bulunmadığından DA beynin bu bölgesinde NET tarafından inaktif hale getirilmektedir (114). Dolayısıyla, atomoksetin prefrontal korteks içindeki sinaptik boşluklarda hem noradrenalin hem de dopamini artırır. DEHB’li çocuklarla yapılan çalışmalar atomoksetinin DEHB semptomlarını azaltma ve sosyal işlevsellik semptomlarını iyileştirmede plaseboya göre üstün olduğunu bulmuştur (126,127).

ocuk ve ergenlerde en sık görülen yan etkiler arasında gastrointestinal yan etkiler bulunmaktadır özellikle mide bulantısı ve kusma sıktır. Bu yan etkileri iştah azalması, uyku sorunları ve sinirlilik takip eder (128). Ayrıca atomoksetin kullanımı kan basıncında hafif artış ile ilişkili bulunmuştur (129). Kardiyovasküler riski çok az da olsa artırabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (130).

Hipertansiyon tedavisinde kullanımı olan a2 reseptör agonistleri guanfasin ve klonidin, FDA tarafından 6 yaş üstü ocuk ve ergenlerin DEHB tedavisinde kullanılmak üzere onay almıştır. Özellikle a2A reseptörleri prefrontal kortekste yüksek konsantrasyonda bulunmakta ve dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin düzenlenmesine aracılık etmektedir (114).

Her iki etken madde içinde en sık görülen yan etkiler sedasyon ve uyku sorunlarıdır. Hipotansiyon ve bradikardi olası fakat sık karşılaşılmayan yan etkiler arasındadır (131).

2.1.8.2. Psikososyal Yaklaşımlar

DEHB tedavisinin tamamlayıcı parçası olan psikososyal müdahaleler arasında, anne-baba eğitimlerini, sosyal beceri eğitimlerini, oyun terapisi, bilişsel davranışçı terapileri saymak mümkündür.

Psikososyal alandaki tedavi yöntemlerinden biri, günümüzde tıbbi müdahalelerin vazgeçilmez bir parçası olarak kabul edilen ebeveyn eğitimidir (108,132). Ebeveyn eğitimi 6 yaşından küçük DEHB'li çocuklarda ve hafif ila orta şiddette DEHB'si olan 6-18 yaş arasındaki çocuklarda ilk tercih edilen tedavidir. Ayrıca şiddetli DEHB'de ilaç tedavisine önemli bir ek olarak kullanılmaktadır (133). Uygunsuz aile işlevleri ile DEHB'li çocukların belirti ve sorunları arasında anlamlı bir ilişkinin olması DEHB'de ebeveyn eğitimi önemli kılmaktadır (134). Bu müdahale özellikle DEHB ile ilişkilendirilen davranışsal sorunlara odaklanır (135) ve ebeveyn stresini azalttığı, ebeveyn özgüvenini de arttırdığı bulunmuştur (136).

Ayrıca karşıt olma karşı gelme (KOKGB) ve davranım bozukluğu (DB) tanısı olan çocukların ailelerine yönelik uygulanır. Ebeveyn eğitim programlarının etkililiği üzerine yapılan araştırmalar, bu programların DEHB'nin temel semptomlarını azalttığını göstermektedir (137) ve ayrıca davranış problemlerinin azalmasına, bağlanmanın artmasına ve çocuğun sosyal becerilerinin ve sınıf davranışlarının gelişmesine yol açar (108).

Psikososyal alandaki tedavi yöntemlerinden bir diğeri ise BDT'dir. BDT DEHB tanısı olan çocuklara kendi kendine talimat verme ve rol canlandırma yoluyla öz kontrol sağlamayı ve problem çözme becerilerini artırmalarına yardımcı olmayı hedefler (138). Bilişsel-davranışsal müdahalelerin DEHB belirtileri üzerindeki etkililiğini değerlendirmeyi amaçlayan çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu müdahalenin DEHB'nin ana semptomları üzerinde sınırlı bir etkisi olduğunu gösteren çalışmalar olmakla birlikte (139,140) hem geçmiş yıllarda yapılmış ve BDT'nin etkinliğini gösteren(141) hem de son zamanlarda yapılan ve DEHB'li çocuklarda ilaç kullanımı olmadan veya ilaç kullanımına ek BDT'nin olumlu etkileri olduğunu öne süren çalışmalar vardır (142).

Aynı zamanda BDT çocuk ve ergenlerin öfke ve davranış bozuklukları gibi problemlerinde ilk önerilen terapi yöntemidir (143,144) Ve çalışmalar DEHB'ye yönelik tedavide BDT'nin farmakoterapi ile kombinasyonun tedavi etkililiğini güçlü bir şekilde arttırdığını göstermiştir (145) (146).

2.1.8.3. İlaç dışı yaklaşımlar

DEHB'li çocuklarda sporun düzenli bir şekilde uygulanmasının hem yürütücü işlevler konusunda yarar sağladığı hem de eşlik edebilecek anksiyete veya depresif belirtilere bağlı davranışsal sorunlara yararlı olabileceği gösterilmiştir (147).

Fosfotidilserin preparatları kullanımının plaseboya göre daha iyi sonuç verdiği, ufak ölçekli çalışmalar mevcuttur (148,149). Omega-3 ve omega-6 yağ asitlerinin metilfenidat tedavisine eklenmesinin etkinliği arttırmadığı görülmüş ancak metilfenidatın iştahsızlık yan etkisini azaltabileceği belirlenmiştir (150,151).

Neurofeedback(NF) yöntemi ise günümüzde DEHB tedavisinde başvurulanan bir seçenek olsa da, bu alanda yapılan çalışmaların sonuçları bize NF'nin DEHB'nin dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hareketlilik semptomları üzerine etkisinin olmadığını göstermektedir (152).

2.2. DÜRTÜSELLİK

2.2.1. Tanım

Dürtüsellik, genellikle anlık istekler veya dürtüler doğrultusunda hareket etme eğilimi olarak tanımlanır. Bu, genellikle uzun vadeli sonuçları düşünmeden anlık isteklere veya duygulara dayalı olarak hareket etme durumudur. Dürtüsellik karar verme süreçlerinde, risk alma eğiliminde veya ani tepkilerde kendini gösterebilir (153).

2.2.2. Tarihçe

Dürtüsellik kavramı yüzyıllardır bilinmesine rağmen, yorumu ve algısı farklı dönemlerde ve alanlarda değişmiştir. Tarihsel olarak dürtüsellik, öncelikle psikolojik veya nörolojik bir olgu olarak değil, ahlaki veya karakter meselesi olarak algılanmıştır. Plato ve Sokrates gibi filozoflar, etik davranışı tanımlarken, dürtüsel davranışa değinmiştir. Plato dürtü, istek ve eylemin dıştan gelen uyarıcılardan ve bu uyarıcıların doğası hakkında içsel düşüncelerden kaynaklandığını varsaymıştır. Bu varsayımdan yola çıkarak antik Yunanda dengeli bir birey, rasyonel davranışın dürtüsel davranmaya karşı üstünlüğünü fark eden ve buna göre hareket eden kişidir (154). 20. yüzyılın başlarında, Kraepelin, Freud gibi isimler, dürtüsellüğün psikiyatrik tanımları öngörmedeki yerinin önemini saptamışlardır. 20. yüzyılın ortalarından itibaren davranışçılık, gözlemlenebilir davranışlara dikkat çekmiştir ve dürtüsellik genellikle "geniş bir yelpazedeki eylemler" olarak tanımlanmıştır. Bu eylemler,

kötü planlanmış, erken ifade edilmiş, aşırı riskli veya duruma uygun olmayan ve genellikle istenmeyen sonuçlara yol açar (154).

Hans Eysenck kişilik özelliklerinin dürtüsellik seviyelerini belirlemede önemli olduğunu öne sürmüş ve 1967 yılındaki çalışmaları sonucunda, 3 temel kişilik boyutundan biri olduğunu vurguladığı dışadönüklük derecesinin kişinin dürtüsel ve riskli davranışlarını etkilediğini belirtmiştir (155). Marvin Zuckerman ise çalışmalarında, kişilerin yeni ve yoğun duyuşal deneyimler arama eğilimlerinden "deneyim arayışı" terimi ile bahseder ve deneyim arayışını dürtüsellik kavramıyla ilişkilendirir. Zuckerman'a göre, bu iki özellik birlikte bireyin çeşitli aktivitelere yönelimini, risk alma eğilimini ve çevresel uyarıcılara olan tepkilerini açıklamada önemli bir rol oynar (156).

1997 ile 2002 yılları arasında, Brunner, Hen, Evenden, Bechara ve Damasio gibi isimlerin çalışmaları ve yorumları sonucunda, motor (veya davranışsal) dürtüsellik ile bilişsel (veya seçim) dürtüsellik arasında ayırım yapılmıştır. Motor dürtüsellik, bir duruma yanıt vermeye engel olamama olarak tanımlanır. Örneğin, aniden hareket etme, durdurma sinyallerine karşı direnç gösterme veya ani tepkiler verme gibi davranışlar motor dürtüsellik örnekleridir. Bilişsel dürtüsellik ise daha çok düşünsel süreçlerle ilişkilendirilir. Bu tür dürtüsellik karar verme, seçim yapma ve gelecekteki sonuçların düşünülmesi ile ilgili bilişsel süreçlerin etkisini yansıtır (157).

Zamanla ve nörobilimdeki ilerlemelerle dürtüsellik, nörolojik temellere sahip çok boyutlu bir yapı olarak anlaşılmaya başlanmıştır. DEHB'nin tanınmış bir bozukluk olarak ortaya çıkması, dürtüsellik konusunu temel bir belirti olarak vurgulamıştır (158). Günümüzde dürtüsellik birçok nörolojik ve psikiyatrik hastalığın ana bileşenidir. Dürtüsellüğün eşlik ettiği psikiyatrik bozukluklar arasında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, bipolar bozukluk, şizofreni, antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları, yeme bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları yer almaktadır. Bununla birlikte dürtüsellik; patolojik kumar oynama, aralıklı patlayıcı bozukluk, piromani, kleptomani ve trikotillomanide tanı ölçütü olarak değerlendirilmektedir (159,160).

2.2.3. DEHB Tanılı Çocuklarda Dürtüsellik

Dürtüsellik DEHB'nin 3 ana belirtisinden biridir ve çocuklarda isteklerini erteleyememe, başkalarının sözünü kesme, sabırsız ve aceleci davranma, sırasını beklemekte güçlük yaşama şeklinde kendini gösterir (161). Bu belirtiler, çocuğun sosyal çevre, okul ve ev gibi çeşitli ortamlarda sorunlar yaşamasına ve uyum zorluğu çekmesine sebep olabilir. Bu dürtüsel davranışların altında öz kontrolle mücadele vardır (162).

İnhibitör kontrol mekanizmasının bireyin istem dışı tepkiler vermesini engelleyerek, daha düşünülmüş, planlanmış ve uygun davranışları gerçekleştirmesine yardımcı olması beklenir (163). Fakat zayıf inhibisyon kontrolü sonucunda dürtüsel tepkiler açığa çıkar. Ayrıca bu çocuklar düşünülmemiş ve hızlı kararlar verirler. Dürtüsel karar verme, verilen karar ve sonucunda gerçekleştirilen eylemin sonuçlarını düşünmeme veya alternatif çözümleri düşünmeme olarak tanımlanır (158). DEHB’li ve dürtüsel çocuklar hızlı ve çok düşünmeden aldıkları kararların ya da gerçekleştirdikleri davranışların başkalarını nasıl etkilediğinin de farkına varamazlar. Bu durum çevrelerindeki diğer insanlarla sıkça sorun yaşamalarına neden olur (164). Kişilerin sosyal, akademik, aile ve toplumsal ortamlarında pekçok soruna yol açabilen bu belirtinin tedavisi özellikle önemlidir.

2.3. BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI TERAPİ

2.3.1. Tanım

BDT en basit haliyle insanların duygu ve davranışlarının olaylara ilişkin algılarından etkilendiğini varsayar. Kişilerin kendilerine yardımcı olmayan düşünceleri tanımlamaları ve sorgulamaları sonrasında pratik çözüm stratejileri geliştirebilmeleri konusunda destek sağlayan bir yaklaşımdır (18).

2.3.2. Tarihçe

Psikoterapi uzun yıllardır psikiyatrik tanılarının tedavisinde önem arz etmiş, yıllar içinde çeşitli kuramlar geliştirilmiştir. Davranışçı kuram, psikanalizin sorgulanmaya başlanması ile alternatif bir kuram olarak gündeme gelmiştir (165). Pavlov’un klasik koşullanmadan ve Skinner’in edimsel koşullanmadan bahsetmesi ile birlikte davranışların öğrenme yolu ile geliştirilebildiği gösterilmiş, Watson’un Küçük Albert deneyi, fobilerin nasıl geliştiğine dair bir yorum oluşturmuştur (166). Zamanla davranışçılığın, ortaya çıkan davranışın, kişinin düşünce ve duyguları ile olan bağlantısını araştırmıyor olmasından dolayı, bazı psikopatolojilerin tedavisinde yetersiz kaldığı gözlemlenmiştir. Bu aşamadan sonra yapılan araştırmalar ve yeni kavramlarla birlikte bilişsel davranışçı terapinin adımları atılmaya başlanmıştır (167).

BDT’yi açıklamaya felsefesini anlayarak başlayacak olursak bir Yunan felsefeci olan Epiktetos’tan bahsetmek gerekir. Epiktetos’a göre hayatımızda kontrol etme gücüne sahip olduğumuz ve olmadığımız şeyleri ayırt edebilmemiz ve böylece elimizde olmayan olayların yaratabileceği yanlış inançları ve yıkıcı duyguları tanıyarak onları ortadan kaldırabilmemiz gerekmektedir. Kişi bunu fark ettiğinde, kendi yanlış inançları ile baş edebildiği sürece dış

etkenlerin kendisine zarar veremeyeceğini anlar (168). Epiktetos'un bu inancı günümüzde BDT'nin çarpık bilişlerini tanımlamamıza katkı sağlamıştır.

BDT tarihinde günümüze biraz daha yaklaştığımızda ilk karşımıza çıkan isim Albert Ellis olmaktadır. Geliştirdiği Rasyonel Emosyonel Terapi (RET) bireyin olumlu ya da olumsuz duygularının, başka etkenlerden değil, kişinin kendi inançlarından etkilendiğini savunmaktadır (19). Aaron T. Beck, 1960'lı yıllarda, Bilişsel Terapi yöntemini geliştirmiş ve şemalardan bahsetmiştir. Şema, bireyin bebeklik yıllarından itibaren yaşamında deneyimlediği olayları yorumlamaya ve düzenlemeye yarayan temel bilişsel bir oluşumdur. Beck'e göre, kişiler hayatlarında olumsuzluklara sebep olan deneyimlerle karşılaştıklarında, işlevsel olmayan düşüncelere neden olan şemaları oluşabilir. Günlük hayatta yaşanan olumsuzluklar bu şemaları aktifleştirdiğinde ise olumsuz otomatik düşünceler ortaya çıkabilmektedir (169,170).

1980'li yıllarda, rasyonel emosyonel terapi, bilişsel terapi ve davranışçı terapi bütünleşerek, bilişsel davranışçı terapi kavramı oluşturulmuştur. Bu tarihten sonra BDT birçok farklı tedavinin, önce erişkin ve ardından çocuk ve ergen grubunda uygulanmıştır (19).

2.3.3. Amaç ve Temel Özellikler

BDT özünde hastalara mevcut düşünme ve davranış biçimlerini anlamaları konusunda yardımcı olarak, onları uyumsuz bilişsel ve davranışsal kalıplarını değiştirecek araçlarla donatır (171). Hastanın sorunları konusundaki uzmanlığı ve terapistin BDT uzmanlığının ortak işlemesi sonucunda, nihai hedef hastanın kendi terapisti olmasıdır (19).

Bu terapi ekolünde ilk başvuru görüşmesinde kişinin yakınması, genel durumunun anlaşılması, öncesinde denenmiş yöntemler, sorunun kişinin işlevselliğine olan etkisi ve aile, akademik yaşantı, sosyal ilişkilerin değerlendirilmesi hedeflenir (172). BDT bugünün sorunları ile ilgilenir ve hastanın şu anda var olan ve işlevselliğini bozan düşüncelerine odaklanır (19). Yaşanan bir olayda, olay, duygu ve düşüncenin karşılıklı bir etkileşiminin olduğu bir ilişkiyi savunur. Buna göre var olan bir şema ara inancı oluşturur, ara inanç bir tetikleyici olayın olması ile otomatik düşüncenin oluşmasını sağlar ve otomatik düşünce kişide duygusal, davranışsal ve fiziksel tepkilere yol açar. Bu denklemde şema kişinin deneyimlerinden yola çıkarak olayları yorumlamasını ve düzenlemesini sağlayan, değişime dirençli temel inançtır. Ara inançlar otomatik düşüncelerin oluşumuna katkı sağlayan ve şemalara ilişkin gelişmiş olan varsayımlardır. Otomatik düşünceler tetikleyici olayın yaşanması ardından zihne gelen, hızlı ve doğruluğu yeterince değerlendirilmemiş

düşüncelerdir. Kişilerin yaşadıkları olaylar sonucunda yeni edindikleri bilgileri işlenmeleri sürecinde yaptıkları yanlışlıklar ise, bilişsel çarpıtmalar olarak adlandırılır (18).

BDT seansları süresince duyguların tanınabilmesi ve duygularla çalışmak, olumsuz bilişleri fark etmek ve alternatif düşünceler oluşturmak, varsayımların test edilmesi ve öğrenilen bilgi ve alternatif davranışların gerçek hayata uyarlanabilmesi için davranış deneylerinin yapılması hedeflenir (172,173,174).

2.3.4. BDT Uygulamaları

Çocuk ve ergenlerdeki farklı tanılarının tedavisinde iyi kurulmuş ve etkin rol oynayan birçok BDT uygulaması vardır. Çocuk ve ergenlerde anksiyete belirtilerine yönelik uygulanan bir BDT modeli Coping Cat (Başeden Kedi) programıdır. Coping Cat programı P.C Kendall tarafından oluşturulmuş olup bir terapist kılavuzu ve bir çalışma kitabından oluşmaktadır. Program, 7 ila 13 yaş arasındaki çocuklara yöneliktir ve toplamda 16 oturumdan oluşur. Yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi ve ayrılık kaygısı olmak üzere her kaygı bozukluğunun tedavisinde uygulanır. Programın ilk 8 seansı, çocuğun kaygı belirtilerini tanımaya ve kaygı psikoeğitimine ayrılmıştır. İkinci 8 oturum daha çok davranışsal niteliktedir ve çocuğun kademeli bir şekilde korkularıyla yüzleşmesini amaçlar (173,175).

The Cool Kids programı (Serinkanlı Çocuklar) 6 ila 12 yaş aralığındaki çocuklarda anksiyete bozukluklarını tedavi etmek için geliştirilmiş kılavuzlu bir BDT programıdır. Bu program Sidney Avustralya'daki Macquarie Üniversitesi Duygusal Sağlık Merkezi'nde geliştirilmiştir. 7-17 yaş arasındaki çocuklara ve ebeveynlerine yönelik uygulanır. Özünde bir çocuğun kaygısını nasıl daha iyi yönetebileceklerini öğretmektedir ve yapılandırılmış 10 oturumdan oluşur. Program bireysel veya grup halinde uygulanabilir (176).

Bir diğer yapılandırılmış BDT temelli programı ise Türkiye'de kullanılmak üzere geliştirilen Korku Avcısı programıdır. Çocukla uygulanan terapi seanslarında kullanılmak üzere hazırlanmış bir çalışma kitabı ve terapist için bir kılavuzdan oluşur. Program 8-14 yaşları arasında bulunan ve ayrılma kaygısı bozukluğu, yaygın kaygı bozukluğu, özgül fobi ya da sosyal fobi tanısı almış çocukları hedef almaktadır (177).

Fun friends programı anaokulu ve birinci sınıf çocuklarında direnci geliştirmek için hazırlanmış oyun tabanlı bir programdır. İlerleyen yaşlarda duygusal ve davranışsal sorunların ortaya çıkmasını önlemek için sosyal-duygusal becerilerin, başa çıkma becerilerinin ve direncin artırılmasına odaklanır. Program 12 hafta boyunca haftada bir kez veya daha kısa oturumlar yapılarak haftada iki kez olacak şekilde uygulanabilir. 12

oturumdan her biri oyun tabanlı etkinliklere dayanır ve bu sayede programın hedeflediği beceriler öğretilir (178).

Travmatik olaylara maruz kalan gençler için Cohen ve arkadaşları tarafından belli bir BDT protokolü olan travma odaklı BDT geliştirilmiştir. Bu tedavi modeli, çocuğun ve ailenin gereksinimlerine göre şekillendirilebilmekte olup genelde 10-16 oturumda uygulanmaktadır. Travma Odaklı BDT’de temelde oturumlar çocuk ve aileyle bireysel olarak yürütülmekte, daha sonrasında çocuk ve aile ile bir arada görüşmeler sağlanmaktadır. Temel amaç aileye anne-babalık becerileri kazandırmak, çocuğa/gençe gevşeme çalışmaları, bilişsel başa çıkma becerilerine yönelik çalışmalar yapmak, travmayı öykülemek ve travma anımsatıcılarına yönelik alıştırma yapmaktır. Oturumlar ev ödevleriyle desteklenmekte ve birleştirilmiş oturumlarda elde edilen veriler ve yapılan çalışmalar tüm katılımcılarla birlikte gözden geçirilmektedir (179).

Ayrıca major depresif bozukluk tanısında uygulanan grup BDT oturumları sonrasında kişilerin iyimserlik ve özsaygı düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığını göstermiştir (186). Obsesif kompulsif bozuklukta ise maruz bırakmayı kapsayan BDT programlarının tedavide etkin oldukları gösterilmiştir (187). BDT uygulamasının İnsomnia’ya yönelik hastalarda uygulanmasının da yaşam kalitesini iyileştirmede orta düzey etki oluşturduğu belirtilmiştir(188).

Yukarıda bahsedilen programlar bireysel ya da grup şeklinde uygulanabilen, genellikle sayıca çok seanstan oluşan, BDT’nin bilişsel yeniden yapılandırma, rol canlandırma, sorunları gerçek hayata uyarlama, ödevler üzerinden pekiştirmenin sağlanması, kademeli maruz bırakma gibi yöntemlerinin uygulandığı BDT programlarıdır. Çeşitli araştırmacılar tarafından etkinlikleri değerlendirilmiş ve psikiyatrik tanılarının tedavisinde umut vaat ettikleri, genellikle hafif-orta semptomların varlığında birincil tedavi yöntemi olarak, daha ağır belirtiler varlığında ilaca ikincil olarak kullanımlarının etkinliği belirtilmiştir (180–182),(183–185).

2.3.5. DEHB ve BDT

Birçok psikopatolojinin sağaltımında etkinliği gösterilmiş olan bu terapi yöntemi, DEHB ve işlevselliği en fazla bozan, uzun dönemde en fazla yıkım oluşturan dürtüsellik varlığında da uygulanmaktadır. Dürtüsel davranışları azaltmak için birçok tedavi stratejisi rapor edilmiştir. İlk olarak Vygotsky sözlü komutların içselleştirilmesinin, bir çocuğun davranışları üzerindeki istemli kontrolü için kritik bir adım olduğunu öne sürmüştür (189). Meichenbaum ve meslektaşlarının çalışmaları sonucunda öz-talimat eğitimi gündeme

gelmiştir (190). Öz-talimat eğitimi sırasında, çocuklara ellerindeki görevi tamamlamak için sistematik olarak bir dizi soru sormaları ve ardından cevaplamaları öğretilir (191). Öz-talimat eğitimi, kağıt-kalem ile yapılan kelime eşleştirme benzeri görevlerin yanı sıra kişilerarası davranışlara da uygulanmıştır. Genellikle yanıt vermeden yavaşlama stratejileri, rol yapma, problem çözme eğitimi, rahatlama eğitimi gibi diğer müdahalelerle birlikte bir tedavi paketi olarak kullanılmıştır (192).

DEHB'nin nörobiyolojisini açıklamaya çalışan çoğu çalışma davranışsal inhibisyon ve öz düzenleme becerilerindeki eksikliklere vurgu yapar (193,194). Bu eksiklikler özellikle öğrenme süreçlerinde dikkatin sürdürülme gereksinimi ve gereksiz motor aktivitenin kontrol edilme gereksinimi olduğu zamanlarda belirgin hale gelir. Öz düzenleme odaklı bilişsel davranışçı terapinin DEHB'nin bu eksikliklerine yönelik kullanılabilir olduğu savunulur (195).

1980'li yıllar itibari ile Kendall ve meslektaşları tarafından DEHB'li çocuklar ve dürtüsel sorunlara yönelik bilişsel-davranışçı terapi oturumları yürütülmeye başlanmıştır. Oturumlar çocuklara kendilerinin öz kontrolünü artırmalarına ve problem çözme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olacak stratejiler öğretmeyi amaçlar. Bunun için problemin nereden kaynaklandığının anlaşılması, tüm olası çözüm önerilerinin belirlenmesi ve her birinin sonucu değerlendirilerek uygun olanın seçilmesi sağlanır (196).

Kendall bu oturumlarda çalıştığı çocukların dürtüsel, kendini kontrol edemeyen ve dikkat eksikliği olan çocuklar olduğunu belirtmiş, programın duygusal ve davranışsal sorunları düşünmeden hareket ederek çözmeye çalışan çocuklara düşünme becerisini öğretmeyi amaçladığını vurgulamıştır. Program çocuk ve terapistin birlikte bir takım gibi çalışmasına dayanır. Çocuğa öğretilen şey en basit hali ile, “durması ve düşünmesidir”. Yani içinde bulunduğu her olay karşısında kendini yavaşlatması ve aklına gelen ilk tepki yerine, her olası tepkiyi değerlendirmesi öğretilir (197).

Süreç içerisinde dürtüsel çocuğa yönelik BDT'nin kapsamlı şekilde anlatıldığı kitabı yayınlanmış, her baskısında bazı ufak değişiklikler yapılmıştır. Neticesinde P.C Kendall'ın DEHB'li çocuklarda dürtüsellığe yönelik BDT uygulamasını içeren ve bir çalışma kitabı ile bir terapist kılavuzdan oluşan 2 ciltli kitabı yayınlamıştır. Çalışma kitabı ve terapist kılavuzu, “Dürtü Sorunu ve DEHB İçin Dur ve Düşün” adı ile Prof Dr Vahdet Görmez ve Klinik Psikolog Hülya Akkaya Yılmaz tarafından Türkçeye uyarlanmış ve çevirisi yapılmıştır.

Çalışma kitabı çocuk ve terapistin 20 seans boyunca kullanacakları alıştırmalardan oluşmaktadır. Asıl amaç çocuğun her konuda harekete geçmeden önce durup düşünmesini sağlamak ve böylece dürtüsel tepki ve davranışlarını azaltmaktır. Kitap içerisindeki seanslar

“dur ve düşün” becerisinin farklı alanlarda ve kademeli olarak çocuğa öğretilmesi için planlanmıştır.

Çalışma kitabı bir puan ve ödül sistemi üzerine kurulmuştur. Puan kazanma ve kaybetme yöntemleri belirlenmiştir ve her seans sonunda puan hesabı yapılır. Yine ilk seans itibari ile her çocuğa özel ödül listeleri planlanır. Her bir ödülün kaç puan karşılığında alınabileceği bellidir. BDT seanslarının önemli parçası olan ev ödevleri bu kılavuzda mevcuttur. Her seans uygulanan alıştırmaların pekişmesini sağlayacak olan ev ödevleri vardır. Ev ödevi kontrolü her seans başında yapılır ve ev ödevinin uygulanmış olmasının puan olarak karşılığı vardır.

İlk seans içerisinde kitabın amaç ve kuralları terapist tarafından çocuğa tanıtılır. “Dur ve düşün” adımları öğretilir ve adımların kullanılmasını sağlayacak ilk alıştırmalarla çalışma kitabına başlanır. Takip eden 6 seans boyunca çocuğun yaşına ve bilişsel düzeyine uygun olarak seçilen, kelime eşleştirme, kelime bulma, büyükten küçüğe sıralama, matematik işlemleri gibi alıştırmalar uygulanır. Buradaki hedef her alıştırmada çocuğun dur ve düşün adımlarını kullanarak kendisinden istenilen görevi tanımlaya bilmesi, uygun yönergeleri kendisine vermesi, yavaş ilerlemesi ve problemi çözmesidir. 7. seans okul ödevlerinde adımların kullanımını çocuğun terapisti ile birlikte deneyimlemesini sağlar. 8. ve 9. seanslar ise 2 kişilik bir oyunun oynanması sırada karşılaşılabilecek durumların (bir sonraki oyun hamlesine karar vermek, rakibinin hile yapıyor olduğunu yakalamak), adımların kullanımı ile nasıl çözülebileceğinin bir örneği niteliğindedir. Sonraki 3 seans duygulara odaklanmaktadır. İyi ve kötü duyguların tanınması, düşüncelerin duyguları şekillendirebileceğinin ve olaylar karşısında her bir bireyin farklı düşünce ve duygularla hareket edebileceğinin anlaşılması hedeflenir. Ardından gelen 2 seans boyunca günlük hayatta yaşanabilecek olası senaryolar üzerinden dur ve düşün adımlarının kullanımı öğretilir. Ve sonraki 2 seans problem çözme adımlarının rol canlandırma ile uygulanmasını içerir. Çocuk ve terapist kitabın içerisinde yer alan ya da kendi senaryolaştırdıkları problemleri durumlardan adımları kullanarak kurtulurlar. Son üç seans ise artık adımları hayatının birçok alanında kullanmayı öğrenmiş olan çocuğun bir “dur ve düşün uzmanı” olarak öğrendiği şeyleri etrafındakilere aktarabilmesini hedefler. Aslında hem bir özet niteliğindedir hem de uygulamanın çocuğun hayatında daha kalıcı olmasını destekler. Seans sonunda çocuğa elde ettiği başarılar ve “dur ve düşün uzmanı” olması sebebi ile başarı sertifikası verilir (198).

Birçok araştırmacı BDT uygulamasının dürtüsellik ve hiperaktifite semptomlarını azaltma konusunda etkili olduğunu göstermiş olsa da kronik vakalarda etkinin beklenildiği kadar iyi olmadığı görülmüştür (140,199)(196,200,201). DEHB’nin çekirdek semptomlarına

yönelik BDT'nin etkinliğini inceleyen bir çalışma, 8-18 yaş aralığında DEHB semptomlarının şiddetini azaltmak için BDT'nin farmakolojik olmayan bir müdahale olarak kullanımını desteklemiştir (202). Ayrıca 32 çalışmanın dahil edildiği bir araştırma, BDT'nin DEHB belirtilerini azaltma konusunda çoğunlukla etkili olduğunu göstermiştir (203). Okul öncesi DEHB'li çocuklarda uygulanan BDT stratejilerinin de DEHB belirtileri üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğunu saptamıştır (204). BDT'nin, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların çekirdek semptomları azaltma konusunda özellikle faydalı olduğunu gösterememiş çalışmalar da mevcuttur (205–207).

BDT'nin eksternalizan belirtileri azaltma konusundaki etkilerinin incelendiği çalışmalar orta düzeyde azalma göstermektedir (208). DEHB'ye eşlik eden anksiyete bozukluklarının tedavisinde BDT uygulanmasının, DEHB belirti şiddeti de dahil olmak üzere, önemli işlevsellik alanlarında iyileşmelere neden olabileceği gösterilmiştir (209). DEHB'li çocuk ve ailelerini tedavi arayışına sokan DEHB'nin çekirdek belirtileri kadar ek davranış ve öfke problemleri de olabilmektedir. Çocuk ve ergenlerde öfke ile ilişkili sorunlara yönelik BDT'nin tedavi sonuçları bir meta-analizi çalışmasında incelenmiştir. Beceri eğitimi ve multimodal tedaviler saldırgan davranışı azaltmada ve sosyal becerileri geliştirmede daha etkiliyken, problem çözme tedavilerinin öfke deneyimlerini azaltmada daha etkili olduğu bulunmuştur (210).

2.4. EBEVEYN EĞİTİMİ

2.4.1. Tanım

Ebeveyn eğitim programları anne babaların çocuklarıyla güçlü ve sağlıklı bir iletişim kurabilmeleri, kaliteli zaman geçirebilmeleri, çocuklarının ihtiyaç, yetenek ve zorluklarını daha iyi anlayabilmeleri ve tutarlı bir disiplin verebilmeleri için gerekli bilgi ve becerileri kazanmalarında yol gösterici olmaktadır. Çeşitli tanı ya da zorluklara göre, farklı yaş grubundaki çocukların ailelerine hitap edecek şekilde ebeveyn eğitimi sunulabilir (211).

2.4.2. Tarihçesi

Günümüzde birçok psikiyatrik tanının tedavisinde, tamamlayıcı tedavi yaklaşımları arasında, aile temelli yaklaşımlar ilk sırada gösterilmektedir (212,213). Aslında çocuk hastaların ailelerine yönelik yaklaşımların kullanılması her zaman için kabul görmüş bir durum olmamaktadır. 1960'lı yıllardan önce çocuk psikiyatrisi bakış açısına göre, çocuk veya ergenin bir sorunlu davranışının, sadece bu kişiden kaynaklandığı ve bireysel psikoterapilerle çözüleceği düşüncesi hakimdi. Ancak sonraki yıllarda terapi sürecine

ebeveynlerin dahil edilmesi ile ebeveynlerin çocukların davranışlarını belirgin şekilde etkilediği anlaşılmıştır. Bu etkinin anlaşılması ile günümüzün ebeveynlik programları şekillenmeye başlamıştır (214–216). Artık psikoeğitimin farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavilere uyumu artırmada önemli bir etken olduğu bilinmektedir (217).

Ebeveyn psikoeğitim programları, farklı tanılara sahip çocukların ebeveynlerine hem eksternalizasyon hem internalizasyon sorunları ile baş etmek için önerilmektedir (218,219). Kimi psikiyatrik tanılarda primer tedavi yaklaşımı, kimi tanılar içinse tamamlayıcı tedavi olarak fayda sağlamaktadır (220,221). Ebeveyn psikoeğitimleri bozuklukların önlemesi ve tedavisine ek olarak, ergenlik ve yetişkinlik döneminde daha ciddi sorunların gelişmesini önlemek konusunda da faydalıdır. Özellikle DEHB ya da davranım bozukluğu ile tedavi gören çocuklarda suça sürüklenme, erken cinsel aktivite, okul devamsızlığı, madde kötüye kullanımı gibi davranışların önlenmesinde etkili bulunmuştur (222).

2.4.3. Ebeveyn Eğitim Programlarının Amacı

Ebeveyn eğitim programları anne babaların çocuklarının gelişimi, yetenekleri, akademik başarı ve başarısızlıkları, zorluk yaşadıkları alanlar ve olası zihinsel, fiziksel ya da psikiyatrik zorlukları konusunda farkındalık kazanmalarını amaçlar. Anne babaların ebeveynlik becerileri, olası psikopatolojileri, karakter özellikleri çocuğun davranış problemlerinin gelişiminde rol oynamaktadır (223). Bu sebeple eğitim programlarının bir kısmı direkt anne babalara hizmet sunmaktadır. Ebeveynlerin yeterlilik ve kendine güven duyguları, benlik saygıları, öz denetim sağlıyor olabilmeleri, tutarlı disiplin yaklaşımlarını öğrenmeleri üzerine çalışılmaktadır. Aynı zamanda ebeveyn eğitimleri çocuklarının uygunsuz davranışlarının nedenleri ve bu davranışlarının önüne geçme yolları, çocuklara doğru şekilde sınır koyabilme ve disiplin yaklaşımları, çocuk ve ebeveynler arasındaki ilişkinin güçlenmesi gibi konularda ebeveynlere rehberlik sunmaktadır (224).

2.4.4. Ebeveyn Eğitimi Programları

Bugüne kadar geliştirilmiş ebeveyn programları farklı tanılara sahip çocukların ve/veya farklı yaş aralıklarındaki çocukların ebeveynlerine yönelik eğitim gibi çeşitlenmektedir. Bu eğitim programlarından bazılarının etkinliği kanıta dayalıdır.

İnanılmaz Yıllar Anne-baba Eğitimi Programı 1982 yılında Carolyn Webster-Stratton tarafından geliştirilmiştir ve anne-baba, çocuk, öğretmen eğitiminden oluşmaktadır. Programın davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ihmal edilen ya da istismara uğrayan çocuklarda duygusal,

davranışsal problemlerin önlenmesi ve azaltılması, agresyonun tedavi edilmesi ve sosyal becerilerin desteklenmesi gibi birçok amacı bulunmaktadır (225). Programın hedef kitlesi erken çocukluk dönemi ve okul öncesi çocuklardır. Programda grup olarak eğitim verilir. Programın önemli bir ilkesi, güçlü ve olumlu bir anne-baba-çocuk ilişkisinin, etkin disiplinin kaynağı olduğudur. Sınır koyma kavramları tanıtılmadan önce, olumlu anne-babalık ve ilişki kurma becerileri öğretilmektedir (226).

Üç P-Olumlu Ebeveynlik Programı Matt Sanders tarafından 1977 yılında davranış sorunlarına yönelik geliştirilen Avustralya kökenli bir anne-baba eğitimi programıdır. 0–16 yaş grubu çocuklar ve aileleri hedef kitlesini oluşturur. Program çocuk ve ebeveynleri arasında pozitif bir ilişkinin oluşturulmasını, çocuğun yetenek ve gelişiminin desteklenmesini, anne-babaya çocuğun problemleri davranışların yönetimi için becerilerin kazandırılmasını, davranış problemleriyle etkili baş etme yöntemlerinin öğretilmesini ve pozitif anne babalık becerilerinin geliştirilmesini amaçlamaktadır (227). Programda ailelerin değişen gereksinim ve tercihlerine göre grup terapileri, bireysel görüşmeler ya da telefon üzerinden görüşme sağlanması şeklinde uyarlanabilir. Programın süresi 4–12 hafta olmak üzere türüne göre değişmektedir. Programın her uygulamasında mutlaka hedeflenen anne babalara tavsiye ve destek sağlanmasıdır. Sonraki aşamada daha ciddi sorunlarla baş etmek için daha yoğun düzeylerde programa devam edilir (228).

Çocuklarda DEHB, düzensizlik ve davranış sorunlarının mevcudiyetinde ailelerine yönelik uygulanan programlar arasında İrlanda kökenli olan Parents Plus programı bulunmaktadır. Temelinde çocukları sorumluluk almaya teşvik eden, ebeveyn çocuk ilişkilerini geliştirmeyi ve davranışsal sorunları azaltmayı hedefleyen, farklı yaş gruplarına yönelik içerik üreten ve nörogelişimsel bozukluklarda etkinliği kanıtlanmış bir programdır (229). Orijinal hali ile program 4 ila 11 yaş arasındaki çocukları hedef almışken günümüzde beş ayrı program şeklinde genişletilmiştir. Her biri ayrı yaş aralığında ki çocuk ve ailelerine yönelik programları içerir ve boşanmış ebeveynler ve çocuklarına yönelik bir programda tasarlanmıştır.

Uyumsuz Çocuklara Yardım Programı (Helping Noncompliant Child Program) klinik tabanlı, bireysel aile odaklı bir davranışsal ebeveyn eğitimi programıdır. 3 ila 8 yaş arasındaki çocukların aileleriyle bire bir uygulanan haftalık oturumlar aracılığıyla sunulur. Temel amaç davranış sorunları olan küçük çocuklar arasında daha iyi davranışları teşvik etmek ve daha sağlıklı aile işlevselliği sağlamaktır (230). Her oturumu 60 ila 90 dakika arasında sürer ve genellikle program 8 ila 12 oturumda tamamlanır. Bu oturumlar sırasında ebeveynler, olumlu ve karşılıklı olarak güçlendirici bir ebeveyn-çocuk ilişkisi kurmak için

beceriler öğrenirler, çocuk davranışlarını etkili bir şekilde yönetmeyi amaçlayan bir dizi beceri konusunda pratik yapar ve ustalaşır (231).

Ayrıca ebeveyn eğitimleri, psikiyatrik ve tıbbi tanılarının tedavisinde tamamlayıcı bir yaklaşım olarak sıklıkla kullanılır. Yukarıda bahsedilen ebeveyn eğitim programlarının etkinliği çeşitli araştırmalar sonucunda bildirilmiştir (232,233)(234,235). Birçok çalışma, şizofreni ve bipolar bozukluk gibi diğer psikiyatrik tanılarda da psikoeğitimin farmakoterapiye ek olarak etkinliğini destekleyen sağlam kanıtlar sunmuştur (236,237).

Bu tür psikoeğitim yaklaşımlarının amacı, tanılarının doğasının anlaşılır olmasını sağlamak, tedaviye katılımı ve uyumu arttırmak, hastalara ve ailelerine tanının zorlukları ile baş etme becerileri sunmaktır (238).

2.4.5. DEHB ve Ebeveyn Eğitimi

DEHB'nin çekirdek semptomlarına ve beraberinde var olan davranış sorunlarına yönelik ebeveyn, aile ve öğretmene danışmanlık vermek ve davranış yönetimi konusunda ebeveyn ve öğretmene eğitim vermek tedavi yaklaşımları arasında ciddi öneme sahiptir (3).

DEHB olan ve dürtüsel çocuklarda BDT uygulamasının etkinliğini savunan P.C Kendall, iyi bir ödül sistemi oluşturmanın, iyi bir psikoeğitim vermenin, bilişsel yeniden yapılandırmayı çocuğun yaşına uygun metaforlarla uygulamanın yanı sıra iyi bir aile eğitimi sağlamanın çocuklarda başarılı bir BDT'nin temel adımlarını oluşturduğu belirtmektedir (176). DEHB'li çocukların ailelerine yönelik eğitimin gerekliliğini vurgulan bir diğer faktör bu çocukların ebeveynlerinin genellikle çocuklarının problemlerini yönetmede zorlandıklarını, stres ve yorgunluk yaşadıklarını belirten çalışmalardır (239).

Ebeveynlik kalitesi çocuklardaki davranış problemlerinin gelişiminde bir neden olarak görülmektedir (240). Bu nedenle DEHB'li çocukların ailelerinin ebeveynlik becerilerinin yetersiz olması süreci olumsuz etkilemektedir. DEHB'li çocukların ailelerine yönelik ebeveyn eğitimlerinin başlıca amaçlarından biri tanının doğası, farklı yaş gruplarındaki seyri, tedavi seçenekleri ve süreci hakkındaki bilgilendirme yapılmasıdır. DEHB'de uygulanan psikoeğitimlerin etkinliğini inceleyen bir metaanaliz çalışması, yapılan müdahaleler arasında farklılıkların olmasından kaynaklı bazı zorluklar bildirilse de, genel anlamda psikoeğitimin faydalı olduğu yönünde kanıtlar bildirmiştir (241). Psikoeğitim oturumlarında edinilen bilgilerin tedaviye uyumun sağlamasında ve ayrıca yaşam kalitesi ve işlevsellik gibi daha geniş alanlarda etkinlik sağladıkları gösterilmiştir. Buna ek olarak ebeveyn eğitimlerinin ailelerdeki olumsuz ebeveynlik faktörlerini azaltarak çocukların

davranış sorunlarını azaltmada etkili olabileceğini öne süren çalışmalar mevcuttur (242,243).

DEHB'ye yönelik uygulanan ebeveyn eğitim programları sıklıkla DEHB'nin ana belirtilerine ek olarak açığa çıkan davranış sorunlarına da değinmektedir. Bu davranış sorunları genelde ailelerin yardım talebinde bulunma nedenleri olmaktadır. Yapılan çalışmalar DEHB'li çocukların davranış sorunlarına yönelik ebeveynlere uygulanan davranışçı eğitimlerin etkili olduğunu göstermektedir (244,245).

Bazı farmakolojik olmayan ve psikoeğitim içeren müdahalelere ilişkin çalışmaların ise ebeveyn eğitimlerinin DEHB'nin temel semptomlarını azaltmada etkin olduğunu ancak yalnızca sınırlı bir etki gösterdiğini belirtmektedir (246,247). Ek olarak ebeveyn eğitimlerinin DEHB'nin çekirdek semptomlarını azaltma konusunda etkili olmadığını gösteren bazı çalışmalar, eğitimlerin ebeveynlerin çocuğun davranış sorunları hakkındaki bakış açılarını ve algılarını değiştirdiğini ve bu şekilde yüksek etki gücüne sahip olduğunu öne sürmektedir (248,249).

Ebeveyn programları ek psikiyatrik tanıların eşlik ettiği DEHB tedavisinde de kullanılmaktadır. DEHB'ye eşlik eden davranım bozukluğu varlığında uygulanan davranışsal ebeveyn eğitimi programlarının, DEHB semptomlarını azaltma konusunda daha az etkili olabildiğini göstermiştir (250,251). DEHB semptomlarının daha ağır olduğu vakalarda da psikoeğitimin etkinliğinin nasıl değişeceği de önem arz eder. MTA çalışması belirti şiddetinin uygulanan psikoeğitimin etkinliğini değiştirdiğine dair bir kanıt bulamamıştır (250). Ancak 2008 yılında yapılan bir çalışma, daha ağır DEHB belirtileri olan çocukların davranışsal ebeveyn eğitimlerinden daha fazla fayda gördüklerini belirtmiştir (252).

Sonuç olarak ebeveynlik programlarını kapsayan psikoeğitim ve davranışsal müdahaleler farklı yaş grubundaki DEHB'li çocuklarda kullanılabilir. Semptom şiddeti, eşlik eden davranış sorunları ya da ek psikiyatrik tanıların bulunması müdahalelerin etkinliğini değiştirebilir ancak yine de ebeveyn eğitim programlarının kullanımı önerilmektedir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN TİPİ

Araştırmamız tek merkezli, randomize kontrollü müdahale-kontrol çalışması olarak planlanmış olup çalışmaya başlanmadan önce Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi etik kurulu tarafından 22.02.2023 tarih ve 2023/0125 no.lu kararı ile onaylanmıştır. Bütün ebeveynlerden çalışmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam ve çocuklardan da sözlü onam alınmıştır.

3.2. ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

Bu çalışma Şubat 2023 – Ekim 2023 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı polikliniğinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

3.3.1. Müdahale ve Kontrol Grubu için Örneklem Dahil Etme ve Hariç Tutma Kriterleri

Katılımcılar en az 3 aydır Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı polikliniğinden takip edilen, 7-11 yaş aralığındaki, DSM-V tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış olan ve en az 2 aydır DEHB'ye yönelik ilaç (metilfenidat/atomoksetin) kullanımı olan hastalar arasından seçilmiştir.

7-11 yaş aralığında olmak, DSM-V tanı kriterlerine göre DEHB tanısı konmuş olması, en az 2 aydır ilaç kullanımının olması, KOKGB ve DB haricinde ek psikiyatrik ya da nörolojik tanısı olmaması ve anne tarafından onam formunun imzalanması çalışmamızın dahil etme kriterlerini oluşturmaktadır. 7-11 yaş aralığında olmamak, ilaç kullanımının olmaması, DB ve KOKGB haricinde ek psikiyatrik ya da nörolojik tanıların varlığı, mental

retardasyon varlığı, ÖÖG varlığı, anne tarafından onam formunun imzalanmaması çalışmamızın dışlama kriterlerini oluşturmaktadır.

Şubat 2023 tarihi itibari ile 7-11 yaş aralığındaki DEHB tanısı almış 64 kız/erkek çocuk ve anneleri ile telefon görüşmesi sağlanarak poliklinik randevusu oluşturulmuştur. Toplamda 57 anne-çocuk çifti poliklinik görüşmesine gelmiştir. Gerçekleştirilen görüşme itibari ile 57 anne-çocuk çiftinden 5'i ÖÖG şüphesi ile ve 10'u çalışmanın uzun süreli olacağı gerekçesi ile çalışmaya katılmak istemediğini belirtmiş ve çalışma dışı bırakılmıştır. Toplamda 42 anne-çocuk çifti ile çalışılmıştır.

3.3.2. Grupların Dağıtılması

Çalışmaya dahil edilen 42 anne-çocuk çiftinden 10'u medikal tedaviye ek olarak sadece çocuğa yönelik BDT grubuna (M+BDT), 10'u medikal tedaviye ek olarak sadece anneye yönelik ebeveyn eğitim programı verilen gruba (M+EEP), 10'u medikal tedaviye ek olarak hem çocuğa yönelik BDT hem de anneye yönelik ebeveyn eğitim programı verilen gruba (Kombine Tedavi) ve 12'si sadece medikal tedavi verilen kontrol grubuna (Kontrol) atanmıştır. Müdahalenin sonuna kadar hiçbir grupta takip kaybı olmamıştır.

Anne-çocuk çiftlerinin gruplara dağıtımında basit randomizasyon kullanılmıştır. Katılımcılar müdahale alt gruplarına ve kontrol grubuna anne-çocuk çiftlerinin tam listesi üzerinden her gruba bir çift atayarak dağıtılmıştır.

3.3.3. Körlük

Katılımcıların müdahale ve kontrol gruplarına dağılımı araştırmacı tarafından basit randomizasyon ile sağlanmıştır ve bu aşamada körlük uygulanmamıştır. Katılımcılar kendilerine uygulanan müdahale hakkında bilgilendirilmiştir ancak çalışmanın birden fazla müdahale grubu içerdiği ve kendilerinin dahil olduğu grubun hangisi olduğu konusunda bilgi verilmemiştir. Çalışmamız bu nedenle tek kör bir araştırmadır.

3.4. UYGULAMA

Sağlık Bakanlığı İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı polikliniğinden en az 3 aydır takibi olan, DEHB tanısı almış, 7-11 yaş aralığındaki 64 çocuk ve annesine telefon ile aranarak ulaşılmıştır. Kısa bir bilgilendirme sonucu çalışmaya dahil olmayı düşünen anne-çocuk çiftlerine ilk değerlendirme randevusu verilmiştir. Bu randevuya gelmeyi 57 anne-çocuk çifti kabul etmiştir. Bu randevuda anne-çocuk çiftleri çalışmanın

dahil etme kriterlerine uygunluğu açısından değerlendirilmiş, çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan anne-çocuk çiftlerine uygulama hakkında bilgi verilmiştir. Katılım sağlayacak olan çiftlerden onam alınmıştır. Araştırmaya dahil olan anne-çocuk çiftleri araştırmanın 4 grubuna basit randomizasyonla dağıtılmıştır. Katılımcılarla yapılan görüşmeler sırasında müdahale ve kontrol gruplarından ve hangisine seçildiklerinden bahsedilmemiştir. Yalnızca bir araştırma yapılacağı anlatılmış ve kendi dahil oldukları müdahale hakkında bilgilendirme verilmiştir. Fakat araştırmacı hangi anne-çocuk çiftlerine hangi yöntemin uygulandığı/uygulanmadığı konusunda bilgi sahibidir.

Çalışmaya dahil olma aşamasında bütün katılımcı annelere tarafımızca hazırlanan sosyodemografik veri formu, Güçler ve Güçlükler Anketi ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği doldurtulmuştur ve ilk ölçümler tamamlanmıştır. Şubat 2023-Ekim2023 tarihleri arasında 30 anne-çocuk çiftinin her birine dahil olduğu 3 müdahale programından biri uygulanmıştır. M+BDT grubuna atanan 10 anne-çocuk çiftinden 10 çocuğa 6 seans BDT haftalık oturumlar şeklinde planlanarak uygulanmıştır. M+EEP grubundaki 10 anne-çocuk çiftinden 10 anneye, 3 oturumdan oluşan ebeveyn eğitim programı grup eğitimi şeklinde ve haftalık görüşmeler planlanarak uygulanmıştır. Kombine tedavi grubundan olan 10 anne-çocuk çiftinden 10 çocuk 6 seans bireysel BDT ve 10 anne 3 oturumdan oluşan ebeveyn eğitim programını grup şeklinde haftalık oturumlar planlanarak almıştır. Görüşmelerin gün ve saatleri hem anne-çocuk çifti hem de terapistin uygunluğuna göre ortak kararla ayarlanmıştır. Olası randevu değişiklik talepleri veya uygulamalara ait sorun/soruları için ailelerin terapistle ulaşabilecekleri bir özel telefon numarası verilmiştir. Kontrol grubuna ise araştırmanın sonuna kadar sadece mevcut ilaç tedavisi devam ettirilmiş olup herhangi bir başka tedavi uygulanmamıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının araştırma boyunca ilaç dozunda değişiklik yapılmamıştır. Program tamamlandı 1 ay sonra hem müdahale hem de kontrol grupları ile görüşme yapılmış, sosyodemografik ölçek hariç yukarıda belirtilen ölçekler bir kez daha uygulanmıştır. Aynı zamanda ailelerden uygulanan müdahalelerle ilgili geri bildirim alınmış ve memnuniyet anketleri doldurulmuştur.

3.5. MÜDAHALE PROSEDÜRLERİ

3.5.1. BDT Uygulaması

Çalışmamızda uyguladığımız BDT modeli P.C Kendall tarafından oluşturulmuş olan ve Türkçeye çeviri ve uyarlaması yapılmış olan “Dürtü Sorunu ve DEHB için Dur ve Düşün” adlı BDT kitabından uyarlanmıştır. Fakat orijinal hali ile 20 seanstan oluşan kitabın bir kısa

Orijinal kitabın ana fikri ve temel uygulamaları korunmuştur. Dürtüsel çocukların harekete geçmeden önce durup düşünmesi için hatırlatıcı niteliğinde hazırlanmış olan “Dur ve Düşün Adımları”, adımların uygulanmasının öğretilmesi amacı ile hazırlanmış olan alıştırmalar, son seanslarda çocuğun öğrendiklerini başka çocuklara aktarabilmesi için bir reklam fikri geliştirmesi, alıştırmaların uygulanmasını teşvik eden puan sistemi, her seans sonunda kazanılan ödüllerin verilmesi ve uygulama sonunda çocuğun “harekete geçmeden önce dur ve düşün” becerisini kazanması halinde kendisine verilen başarıları sertifikası korunmuştur.

Bizim kılavuzumuzda bu adımlar aynı şekilde aktarılır ve seanslar boyunca çocuğun adımları benimsemesi ve kullanması için çeşitli alıştırma terapist eşliğinde uygulanır. Dürtüsel çocuklarla çalışmak için geliştirilmiş olan orijinal kitapta da olduğu gibi, bizim kılavuzumuzun da ana fikir çocukların hareket etmeden önce durup düşünmeyi benimsemesi ve bunu hayatlarının her alanında kullanmayı öğrenmeleridir. Bu sebeple “Dur ve Düşün Adımları” korunmuştur.

Alıştırmalar yönergeleri takip görevleri, (istenilen şekilleri doğru çizebilmek, istenilen sayıların tespiti, yol tarifi verilmesi), çoklu görevlerin yerine getirilmesi (tek alıştırmada istenilen birden fazla ufak görevi yerine getirmek), matematik işlemlerinin ve problemlerinin çözümü (toplama, çıkarma, çarpma, bölme ve matematik problemleri),

sayılarla uygulanan yönerge takibi çalışmaları, dikkat ve planlama gerektiren sorular (kelime bulmacaları), çocuğun okulunda yapılan alıştırma ve ödevlerin uygulanması, en az iki kişi ile oynanan oyunlar (dama, kedi ve fare oyunu), duyguların tanınması, duyguların ifade edilmesi ve benzer durumlara farklı duygular verilebileceğinin anlaşılmasını içeren görevler, davranışların sonucunun ve her durumda alternatif davranış biçimleri olabileceğinin anlaşılmasına yönelik sözel alışırtmalar ve rol canlandırmalardan (ev-okul-sosyal ortamlarda karşılaşılan problemlerin senaryolaştırılması ve karşılıklı rol yapma ile çözümlenmesi) oluşmaktadır. Bu alışırtmalar 1. ile 17. Seans arasında uygulanmaktadır. Orijinal kitabın içeriğinde her bir seansta uygulanabilecek oldukça çok alıştırma verilmiştir. Buradaki amaç terapistin çocuğun yaşına ve bireysel ihtiyaçlarına göre seçtiği kadar alışırtmayı uygulamasıdır.

Kılavuzumuzda, orijinal kitapta çok sayıda bulunan bu çalışmalardan 7-11 yaş çocuklarına uygun olanlar seçilmiştir. Yönerge takibi ve çoklu görevlerin yerine getirilmesi birinci seans içerisinde, matematik işlemleri, sayılarla uygulanan yönerge takibi ve kelime bulmacaları ikinci seans içerisinde, duyguların tanınmasına ve ifade edilmesine yönelik alışırtmalar üçüncü seans içerisinde, diğer kişilerin duygularının anlaşılmasına yönelik çalışmalar dördüncü seans içerisinde ve davranışların sonuçlarının algılanması, benzer problemler karşısında farklı davranış biçimlerinin uygulanabileceğinin algılanmasına yönelik rol canlandırma uygulamaları beşinci ve altıncı seans içerisinde yer almaktadır. Kılavuzumuzda böyle bir değişikliğe gidilmiş olmasının başlıca 2 sebebi vardır. Birincisi az önce de açıklandığı gibi orijinal kitap çok sayıda ve çocuğun ihtiyaçlarına göre farklı zorluk derecelerinde alışırtmalar sunmaktadır. Bu alışırtmalar içerisinde bizim örneklemimizin yaş aralığına ve bilişsel becerilerine uygun olanlar seçilmiştir. Bu sayede uygulamada birbirini tamamlayan alışırtmalar tek seansa toplanabilmiştir. Böylece seans içerisinde bir devamlılık sağlanmış, çocukların aynı tip alışırtmayı yaparak sıkılmalarının önüne geçilmiştir. İkincisi orijinal kitap toplamda 20 seans içermekte ve bu alışırtmalar 16 seans boyunca uygulanmaktadır. Bu seans sayısının DEHB’li okul çocukları için çok fazla olacağına, ders yoğunlukları sebebi ile seanslara verilen dikkat ve önemi korumanın zor olacağına, çocukların okulları devam ederken devamlılık sağlamakta zorlanılacağına, ailelerin de çocuklarını 20 kez, haftalık takiplerde hastanemizin çocuk psikiyatri polikliniğine getirme olanaklarının olamayacağına tarafımızca yapılan değerlendirmeler sonucunda karar verilmiştir.

Orijinal kitabın son 4 seansı, çocuğun öğrendiklerini kendi algıladığı şekilde, çevresi ile paylaşabilmesi ve yaşıtlarına aktarabilmesi için çocuğun kendi hayal gücü ve becerisini

kullanarak bir reklam hazırlamasını içerir. Bu bir reklam filmi, bir afiş, bir şarkı ya da bir reklam panosu olabilir. Orijinal kitapta reklamın hazırlıkları seans içerisinde yapılır ancak son hali ile çocuk bunu evde tamamlamakta ve sonrasında terapistine göstermekte özgürdür.

Bizim kılavuzumuzda hazırlanacak olan reklam fikri için çocuk ve terapist beşinci seans sonunda hazırlıkları birlikte yapar. Orijinal kılavuzda da olduğu gibi bu seanslar çocuğun kontrolünde ilerler. Çocuğun yetenekleri, oluşturmak istediği reklama dair fikirleri doğrultusunda reklam seçilir. Gerekli malzemeler, bu reklamın oluşturulmasında karşılaşılabilecek sorunlar, tamamlanma süresi gibi her detay konuşulur. Kılavuzumuzda reklam fikri altıncı seans içerisinde çocuk ve terapistin birlikte çalışması ile tamamlanır. Bunun sağlanması için önceki seansta görüşülmüş olan gerekli malzemeler, gelecekte zaman gibi ihtiyaçların konuşulmuş ve seansa hazırlıklı gelinmiş olması gerekir.

Dur ve düşün kitabının orijinalinde oluşturulmuş olan bir puan sistemi bulunmaktadır. Çocuklarla ilk seansta paylaşılan bu puan sistemine göre çocuklar her seansa 20 puan ile başlamaktadır. Puan kaybetme ve kazanma yolları da yine ilk seans itibari ile çocuklara açıklanır. Bunlar puan kaybetme için çok hızlı ilerlemek, adımlardan birini saymayı unutmak ve yanlış cevap vermektir. Puan kazanma yolları ise iki tanedir. İlki ev ödevlerinin yapılmasıdır ve 2 puan kazandır. İkinci puan kazanma yöntemi ise seans sonunda çocuğun performansının değerlendirilmesidir. Çocuk ve terapisti çocuğun seans içerisindeki performansını değerlendirirler. Çocuk puanlama tablosunda kendisine terapistinki ile aynı ya da en az bir sayı yüksek ya da düşük bir puan verdiğinde 2 puan kazanır. Bu çocuğun kendi performansını gerçekçi bir şekilde değerlendirebilmesi için önemlidir ve aslında çocuk kendisi ile ilgili iyi bir değerlendirme yapabildiğinde (kendisine terapistin verdiğiyle yakın ya da aynı puanı vermek) puan kazanır. Kitabın arka sayfasında dur ve düşün puan kağıtlarının olduğu sayfalar bulunmaktadır ve bunlar kesilerek kullanılır. Bu şekilde çocuğa puan kağıtları verilir ve her hatasında gerekli puan elinden alınır. Ayrıca çocuğun kazandığı ve kaybettiği puanlar çalışma kitabı içerisinde her seans sonunda bulunan “banka zamanı” başlığı altında çocuk ve terapist tarafından hesaplanır. Ne kadar puanla başladığı, ödevini tamamlama durumuna göre aldığı puan ve seans içerisinde kaybettiği puanlar hesaplanarak kaydedilir.

Bizim kılavuzumuzda aynı şekilde bir puanlama sistemi bulunmaktadır. Puan kazanma ve kaybetme yöntemleri aynıdır ve tıpkı orijinal kitapta olduğu gibi çocuğa ilk seansta puan sistemi açıklanır. Bizim kılavuzumuzda orijinal olandan farklı olarak küçük yaş çocukları ile çalışıyor olduğumuzdan ve daha az seans sayımız bulunduğu için her seansa başlangıç puanımız 10 olarak revize edilmiştir. Ayrıca masaya puan kağıtlarının konulması

ve her hata ya da ödöl sonucunda puanların artması ya da azalmasının çocuklar için dikkat dağıtıcı olacağı düşünöldüğünden seanslarımızda puan kağıtları kullanılmamıştır. Her seans sonunda “banka zamanı” başlığı altında puan hesaplamaları çocuk ile birlikte yapılmış ve kaydedilmiştir.

Kendall’ın çalışma kitabında ilk seans itibari ile çocuklarla birlikte oluşturulan bir “ödöl marketi” bulunmaktadır. Ödöl marketine çocuğun istediğı ve ailenin onay verdiği birçok ödöl yazılır. Ödüller daha büyük ve küçük ödölleler olarak ve maddi ve manevi ödölleler olacak şekilde eşit sayılarda hazırlanır. Her ödöl değerine göre belirlenmiş bir puan karşılığında alınır. Her seansta çocuğun tek bir ödöl alma hakkı vardır. Çocuk aldığı ödöl karşılığında o gün kazandığı bütün parasını kullanmaması ve kalan puanını biriktirmesi konusunda teşvik edilir.

“Ödöl marketi” oluşturmuş olduğumuz kılavuzda da aynı şekilde kullanılmıştır. Çocukların istekleri doğrultusunda hazırlanan ödöl listesi ailelerin onayı alınarak uygulanmıştır. Her ödöl maddi ve manevi değerlerine göre puanlandırılmış ve her seansta çocuğun bir ödöl alması ve en az bir puanını da kazasında biriktirmesi sağlanmıştır.

Orijinal kitapta her seans sonunda çocuğa ödev verilmektedir. Verilen ödevler o gün seans içerisinde yapılan alıştırmaların devamı niteliğindedir. Sonraki seansın başında ilk olarak ödev kontrolü yapılır. Ödevin tamamlanmış olması durumunda çocuğa ek puanını aldığı söylenir ve banka hesabına kaydedilir.

BDT’nin temel yapısında var olan ve orijinal kitapta da bulunan ödev uygulaması kılavuzumuzda da aynı şekilde korunmuş ve her seans sonunda çocuklara ev ödevleri verilerek sonraki seansın başında kontrolü sağlanmıştır. Kılavuzumuzun seans sayısı ve seans içerikleri asıl kitaptan farklı olduğundan verilen ödevlerin de içeriğinde bazı değişiklikler yapılmıştır. Ödevlerin verilme amacı konusunda kitaba sadık kalınmış ve her seansın içeriğinde öğrenilen bilgilerin ve yapılan alıştırmaların günlük hayatta kullanılmasına olanak sağlayan ödevler verilmiştir. Sonraki seans başında ödev kontrolü yapılarak sonucu banka hesabına yansıtılmıştır.

Bizim orijinal kitaptan farklı olarak kılavuzumuza eklediğimiz kısım, son seans harici her seansta bulunan, Yıldızlı Bilgi (YB) bölümüdür. YB bölümü her seansın başında ya da sonunda yer alır ve terapistle toplamda 5-10 dakikalık bir psikoeğitim yapması için malzemeler sunar. Her seansın içeriğine, seans süresince yapılacak olan alıştırmalara ve o alıştırmalarla çocuğun kazanmasını beklediğimiz becerilere yönelik bir psikoeğitim verilmesi planlanarak hazırlanmıştır. Burada amaç çocuğun ailesi ve öğretmenlerinin tarif ettiği DEHB ve dürtüsellik belirtilerinin ve sonucunda oluşan problemlerin çocuğun kendi

gözünden değerlendirilerek tarif edilmesidir. Çocuğun yaşıyor olduğu zorluklara onun açısından bakmak, hem zorlukların çocuk tarafından fark edilmesine hem de çözüm önerisi niteliğinde sunmakta olduğumuz bu BDT uygulamasının etkinliğinin artmasına olanak sağlamaktadır.

İlk 5 seans içerisinde sunulan YB'lerin içeriği sırası ile şöyledir:

Dikkat ve dürtüselliğin tanımlanması.

Dur ve düşün adımlarının kullanım kolaylığı için trafik ışığı kuralının öğrenilmesi.

Öfke duygusunun tanımlanması, nefes ve gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi.

Durum-düşünce-duygu-davranış döngüsünün anlatılması.

Problemin tanımlanması ve problem çözmede kullanılmak üzere “dur ve düşün adımlarının” aktarılması.

BDT kılavuzumuz her çocukla haftada bir kez olacak şekilde bireysel görüşmeler yapılarak uygulanmıştır. Her seans 55 dakika olarak planlanmıştır. Lüzum hallerinde, (ailelerin olası soru/sorunları, çocuğun seansı kavrama zorluğu gibi) her seans süresine 20 dakikaya kadar süre eklemesi yapılmıştır.

Tablo 3.1: BDT Seans İçeriği

Giriş	10 Dakika
Ödev Kontrolü	5 Dakika
Psikoeğitim	10 Dakika
Alıştırmaların Uygulanması	20 Dakika
Sonraki Seans Ödevi	5 Dakika
Banka-Ödül	5 Dakika

3.5.2. Aile Eğitim Programı

Çalışmamızda uygulanan aile eğitim programı DEHB ve eşlik eden davranış sorunlarına yönelik olarak hazırlanmıştır. Eğitim programımız birçok örnek kılavuz ve kitaptan edinilen bilgiler doğrultusunda tarafımızca oluşturulmuştur. Kılavuzun oluşturulmasındaki amaç, ailelere hem DEHB hakkında detaylı bir psikoeğitim yapmak hem

de DEHB'ye eşlik eden davranış sorunlarına yönelik güncel yaklaşımları kompakt şekilde aktarmaktır.

Aile eğitim programımız toplamda 3 görüşmeden oluşmaktadır. Her görüşme süresi 90 dakikadır. Görüşmeler 10 dakikalık bir tanışma-selamlaşma bölümü, 10 dakikalık eğitim programı hakkında kısa bilgilendirme-önceki görüşmeye yönelik kısa bir geri bildirim bölümü, 50 dakikalık bir konu anlatımı bölümü, 10 dakikalık soru-cevap bölümü ve 10 dakikalık konu özetinin verilmesi şeklinde planlanmıştır. Her görüşmenin sonunda annelere görüşme içeriğinin özeti niteliğinde, akılda kalması gerekenlerden oluşan bir not verilmiştir.

Programımız annelere yönelik ve grup eğitimi şeklinde uygulanmıştır. 2-4 kişilik gruplar halinde haftalık görüşmeler, grup üyesi olan annelerin ve terapistin uygunluğuna göre ayarlanmıştır. Olası randevu değişiklik talepleri veya ebeveyn eğitimi programı sürecine ait sorun/soruları için ailelerin terapistle ulaşabilecekleri bir özel telefon numarası verilmiştir.

Programımızın ilk oturumu DEHB'ye yönelik detaylı bir psikoeğitim içermektedir. Dokuz alt başlık altında DEHB tanımlanmakta, tanı koyma süreci, belirtileri, sıklığı, eşlik eden psikiyatrik tanılar, ilaç tedavisinin seçim süreci, ilaçların yan etkileri gibi bilgiler aktarılmaktadır. Amaç ailelerin sıklıkla sordukları sorulara cevap vermek, tanının bilinmeyen ya da göz ardı edilen yönlerini açıklamaktır.

Ailelere sunulan detaylı bir psikoeğitim ile tanının net şekilde anlaşılması sağlandıktan sonra ikinci oturuma geçilir. İkinci oturum davranış sorunlarını anlamaya yöneliktir. Ailelerin çocuklarının davranış biçimi, davranışlarının altında yatan sebepler hakkında farkındalıklarının artırılması hedeflenmiştir. Çocukların aileler tarafından daha iyi anlaşılmasını, ailelerin kendi mizaç ve psikolojik durumlarının çocuklarının davranışları üzerine olan etkisini belirlemesini amaçlar. Aynı zamanda ebeveyn ve çocuk ilişkisinde özenilmesi gereken alanlara, uygun ve kaliteli zaman geçirmenin önemine değinilmektedir. Ebeveynler tarafından konulan sınırlara ve verilen komutlara uyum sağlamalarını kolaylaştırıcı yöntemler paylaşılır.

Üçüncü oturumda ise uygunsuz-dürtüsel davranışlara yaklaşım önerilerinde bulunulur. Ailelerin çocuklarının sergilediği uygunsuz davranışlar karşısında bağırma, vurma, çocuğu örseleyici cezalar verme ya da tamamen tepkisiz kalma gibi etkisiz ve çocuğun karakterini zedeleyici uygulamalarının yerine, etkili, ebeveyn-çocuk ilişkisini ve çocuğun karakter gelişimini olumsuz etkilemeyen yöntemler sunmaktadır. Bunlar arasında çocuğa sınırlar koyma, kurallar oluşturma konusunda etkili bir yöntem olan puan

uygulamasının detaylı açıklanması, mola yönteminin uygun koşullarda ve etkin şekilde hem ev hem de diğer ortamlarda uygulanabilmesi için detaylı anlatımı bulunmaktadır.

Tablo 3.2: Aile Eğitim Programı Oturum Planı

Giriş	10 Dakika
Kısa Bilgilendirme-Geri Bildirim	10 Dakika
Konu Anlatımı	50 Dakika
Soru-Cevap	10 Dakika
Özet	10 Dakika

Tablo 3.3: Aile Eğitim Programı Seans İçerikleri

1. Oturum	2. Oturum	3. Oturum
DEHB Nedir?	Çocuklar Neden Yanlış Davranır?	Görmezden Gelme
Tanısı Nasıl Konulur?	Çocuğu Gözlemlemek ve İhtiyaçlarını Doğru Yorumlamak	Puan Uygulaması
DEHB Sıklığı	Hatalı Ödüllendirme	Puan Uygulamasının Ceza Olarak Kullanılması
DEHB Klinik Görünümü	Ebeveynlerin Ortak Çalışması	Mola Yöntemi
DEHB Etiyoloji	Çocukla Zaman Geçirme	Mola Yöntemine Uyum Sağlamayan Çocuklar için Öneriler
DEHB Tedavi Edilmediğinde Ne Olur?	Rol Modeller	Mola Yönteminin Ev Dışında Uygulanması
DEHB'ye Sık Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar	Etkili Komut Verme	
DEHB Tedavisi		
DEHB Tedavisinde Dikkat Edilmesi Gerekenler		

3.6. İZLEM SÜRECİ

3.6.1. BDT Grubu

İlk görüşme, onam formlarının alınması ve ilk ölçümlerin doldurulmasının ardından her katılımcıya haftalık seanslar için randevu verilmiştir ve çocuklarla BDT seansları başlatılmıştır. Bu aşamadan sonra bu grup üyelerinden hiçbir anne-çocuk çifti çalışmayı terk etmemiştir.

6 seans süresince verilen toplam 5 ev ödevini 10 çocuğun 8'i eksiksiz yerine getirmiştir. 10 çocuktan 1'i 2 kez ev ödevi yapmamış ve 1'i 1 kez ev ödevi yapmamıştır. Her çocuk, her seans sonunda "ödül marketi" listesinden bir ödül seçmiş ve o gün kazandığı puanlarının bir kısmını "bankada" saklamıştır. 10 annenin 7'si çocukların kazandığı ödülleri kendilerine zamanında verirken, 3'ü ödül verme konusunda hassasiyet göstermeleri için uyarılmıştır. BDT grubundaki 10 anneden 7'si çocuklarının seans sırasındaki performansları ile ilgili geri bildirim isterken, 3'ü nadiren geri bildirim istemiştir.

3.6.2. Psikoeğitim Grubu

İlk görüşme, onam formlarının alınması ve ilk ölçümlerin doldurulmasının ardından her katılımcıya haftalık seanslar için randevu verilmiştir ve anneler ile ebeveyn eğitim programı başlatılmıştır. Bu aşamadan sonra bu grup üyelerinden hiçbir anne-çocuk çifti çalışmayı terk etmemiştir. Annelere yönelik ebeveyn eğitimi programı 4 grupta uygulanmıştır. İki adet 3'er kişilik ve iki adet 2'şer kişilik gruplar halinde tamamlanmıştır. Oturum tarihleri gruba katılan bütün annelerin ve terapistin uygunluğuna göre seçilmiş ve gerekli durumlarda randevu gün ve saatlerinde değişiklik yapılmıştır. Gruplardaki 10 annenin 10'unda oturum süreçlerinde aktif katılım gözlenmiştir.

3.6.3. Kombine Grup

İlk görüşme, onam formlarının alınması ve ilk ölçümlerin doldurulmasının ardından her katılımcıya haftalık seanslar için randevu verilmiştir. Gruptaki 10 çocuğun her biri ile BDT seansları başlatılmıştır. Gruptaki her anne de ebeveyn eğitim programına dahil edilmiş. Bu aşamadan sonra bu grup üyelerinden hiçbir anne-çocuk çifti çalışmayı terk etmemiştir.

BDT'nin 6 seansı süresince 10 çocuk katılımcıdan 9'u verilen toplam 5 ev ödevi eksiksiz yerine getirmiş ve 1'i 2 kez ödev tamamlamamıştır. Katılımcılar her seans sonunda "ödül marketi" listesinden bir ödül seçmiş ve o gün kazandığı puanlarının bir kısmını "bankada" saklamıştır. 10 annenin 8'si çocukların kazandığı ödülleri kendilerine zamanında

verirken, 2'si ödül verme konusunda hassasiyet göstermeleri için uyarılmıştır. BDT grubundaki 10 annenin hepsi çocuklarının seans sırasındaki performansları ile ilgili geri bildirim istemiştir.

Annelere yönelik ebeveyn eğitimi 3 grupta uygulanmıştır. İki adet 3'er kişilik ve 1 adet 4 kişilik gruplar halinde tamamlanmıştır. Oturum tarihleri gruba katılan bütün annelerin ve terapistin uygunluğuna göre seçilmiş ve gerekli durumlarda randevu gün ve saatlerinde değişiklik yapılmıştır. Gruplardaki 10 annenin 10'unda oturum süreçlerinde aktif katılım gözlenmiştir.

3.6.4. Kontrol Grubu

İlk görüşme, onam formlarının alınması ve ilk ölçümlerin doldurulmasının ardından her çocuk var olan ilaç kullanımına ve düzenli kontrollerine devam etmiştir. Bu grup üyelerinden hiçbir anne-çocuk çifti çalışmayı terk etmemiştir.

3.7. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.7.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu müdahale ve kontrol grubundaki çocuk katılımcıların özellikleri (yaş, cinsiyet, sınıf, akademik başarı vs), çocuğun doğum ve gelişim öyküsü (doğum yöntemi, doğum sonrası komplikasyon varlığı, anne sütü vs), ailesel özellikleri (anne-baba birlikteliği, evde kimlerin yaşadığı, aylık geliri vs.), ebeveyn özellikleri (yaş, meslek, hastalık, eğitim düzeyi) ile ilgili bilgileri içermektedir.

3.7.2. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği):

Bu ölçek, yıkıcı davranış bozukluklarının taranması amacıyla Turgay (1994) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve ark. tarafından (2001) yapılmıştır. Ölçekte dikkatsizliği sorgulayan 9, hiperaktiviteyi sorgulayan 6, dürtüselliği sorgulayan 3, karşıt olma belirtilerini sorgulayan 8 ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 madde toplamda 41 madde bulunmaktadır. Ölçek çocuğun anne babası ve öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Sıfırdan üçe kadar derecelendirilen ölçekte 0 ve 1 seçenekleri normal durum ve davranışları belirtir. 2 ve 3 seçenekleri ise klinik olarak önemli durumları gösterir. 'Dokuz' ölçütten 'altısının' 2 ya da 3 olarak seçilmesi, bu 'altı' belirtinin okul ve evde yeterince ciddi sorun olarak görülmesi ve 'en az altı aydan beri' kendini göstermesi DEHB açısından yol göstericidir(253)

3.7.3. Güçler ve Güçlükler Anketi (Strengths and Difficulties Questionnaire):

4-17 yaş aralığında uygulanabilen, 25 maddeden oluşan bir form. Duygusal ve davranışsal sorunları taramada kullanılan Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilmiş, bugüne kadar 40'tan fazla dile çevirisi yapılmış ve Türkçe'ye uyarlama çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından 2008'de gerçekleştirilmiştir. Toplamda 25 maddeden oluşan ölçeğin alt boyutları dikkat eksikliği ve hiperaktivite (hyperactivity/inattention), davranış sorunları (conduct problems), duygusal sorunlar (emotional symptoms), akran sorunları (peer relationship problems) ve sosyal davranışlar (prosocial behaviours) olmak üzere 5 tanedir. Ölçek puanlaması her bir ifade için “0 (doğru değil)”, “1 (kısmen doğru)”, “2 (kesinlikle doğru)” şeklinde yapılmıştır. İlk dört alt ölçekte artan puanlar problemli davranışa işaret ederken sosyal davranışlar alt ölçeğinde artan puanlar olumlu sosyal davranışa işaret eder. Dolayısıyla sosyal davranışlar alt ölçeğinin dışında yüksek puan o alan için bir sorunu gösterir. GGA'nin geniş formu, mevcut tanıların ya da sorunların çocuğun aile, akran ve akademik ortamlarındaki işlevselliğine olan etkilerini araştıran “etkilenme puanını” da içermektedir. Ölçekte 7, 11, 14, 21 ve 25. maddeleri ters puanlanmaktadır. GGA'nın 4-16 yaşlar için anne baba ya da öğretmen formu ve 11-16 yaş için ergen formu mevcuttur. Ölçeğin anne-baba formu Cronbach's alfa katsayıları toplam güçlük puanı için 0.84, duygusal sorunlar alt boyutu için 0.73, davranış sorunları için 0.65, dikkat eksikliği ve hiperaktivite için 0.65, akran sorunları için 0.37 ve sosyal davranış alt boyutu için 0.73 olarak belirtilmiştir. Bu çalışmada Güçler ve Güçlükler Anketi (4-16 Yaş) Anne-Baba Formu kullanılmıştır(254,255)

3.8. İSTATİSTİKSEL YÖNTEM

Araştırmada değerlendirilen vakaların demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) incelendi. Araştırmada değerlendirilen gruplar arasında çocuğun cinsiyeti, sınıfı, anne baba özellikleri ve klinik özelliklerle ilişkili oranlarının karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Araştırmada değerlendirilen gruplar arasında ön ve son ölçüm DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği, GGA skorlarının karşılaştırılması ikili gruplar arasında Mann Whitney U testi, iki üzeri gruplar arasında ise Kruskal Wallis H testi kullanılarak yapıldı. Araştırmada değerlendirilen vakalar arasında ön ve son ölçüme göre DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği ve GGA skorlarının değişimi Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile incelendi. Ön ölçümlerin son ölçümler üzerindeki etkisini kontrol ederek gruplar arasında tedavinin etkinliğini karşılaştırmak amacıyla ANCOVA Analizi için ön kriterler incelenmiş ve verilerin analize uygun olmadığı

değerlendirilmiştir. Bu sebeple etkin olan tedavilerin birbirine üstünlüğü kıyaslanamamıştır. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p<0,05$ olarak belirlendi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 26.0 programı kullanıldı.



4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayana ve katılım için onam veren 42 anne-çocuk çiftinin hiçbirisi çalışmayı terk etmemiştir. Her grubun ve 42 çocuk ile ebeveynlerinin tanımlayıcı özellikleri aşağıda verilmiştir.

4.1.1. Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırmada değerlendirilen M+BDT grubundaki çocuk katılımcıların yaş medyan değerlerinin 112,00 (109,00-117,00) olduğu, M+EEP grubundaki çocuk katılımcıların yaş medyan değerlerinin 105,00 (99,00-110,00) olduğu, kombine tedavi grubundaki çocuk katılımcıların yaş medyan değerlerinin 107,00 (99,00-116,00) olduğu ve kontrol grubundaki çocuk katılımcıların yaş medyan değerlerinin 105,50 (99,00-111,00) olduğu bulundu.

Kruskal Wallis H testine göre M+BDT, M+EEP, kombine tedavi ve kontrol grubu vakaları arasında çocuğun yaş ($X^2=4,46$, $p=0,216$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

M+BDT grubu vakalarının 3'ünün (%30) kız olduğu, 2'sinin (%20) birinci, 1'inin (%10) ikinci, 6'sının (%60) üçüncü, 1'inin (%10) dördüncü sınıfa gittiği, 1'inin (%10) kardeşinin olmadığı, 2'sinin (%20) tek kardeşi, 3'ünün (%30) iki kardeşi, 4'ünün (%40) üç kardeşi olduğu, 3'ünün (%30) ilk kardeş, 4'ünün (%40) ikinci kardeş ve 3'ünün (%30) üçüncü kardeş olduğu bulundu.

M+EEP grubu vakalarının 3'ünün (%30) kız olduğu, 1'inin (%10) birinci, 3'ünün (%30) ikinci, 4'ünün (%40) üçüncü, 2'sinin (%20) dördüncü sınıfa gittiği, 2'sinin (%20) tek kardeşi, 3'ünün (%30) iki kardeşi, 3'ünün (%30) üç kardeşi, 2'sinin (%20) 3 ve üzeri kardeşi olduğu, 3'ünün (%30) ilk kardeş, 3'ünün (%30) ikinci kardeş, 3'ünün (%30) üçüncü kardeş ve 1'inin (%10) dördüncü kardeş olduğu bulundu.

Kombine tedavi grubu vakalarının 4'ünün (%40) kız olduğu, 4'ünün (%40) ikinci, 3'ünün (%30) üçüncü, 3'ünün (%30) dördüncü sınıfa gittiği, 1'inin (%10) kardeşi olmadığı, 1'inin (%10) tek kardeşi, 6'sının (%60) iki kardeşi, 2'sinin (%20) üç kardeşi olduğu, 5'inin

(%50) ilk kardeş, 4'ünün (%40) ikinci kardeş ve 1'inin (%10) üçüncü kardeş olduğu bulundu.

Kontrol grubu vakalarının 4'ünün (%40) kız olduğu, 1'inin (%8,3) birinci, 2'sinin (%16,7) ikinci, 5'inin (%41,7) üçüncü, 4'ünün (%33,3) dördüncü sınıfa gittiği, 3'ünün (%25) kardeşi olmadığı, 5'inin (%41,7) iki kardeşi, 4'ünün (%33,3) üç kardeşi olduğu, 3'ünün (%25) ilk kardeş, 8'inin (%66,7) ikinci kardeş ve 1'inin (%8,3) üçüncü kardeş olduğu bulundu.

Ki-Kare Testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubu vakaları arasında çocuğun cinsiyeti ($X^2=0,30$, $p=0,960$), çocuğun sınıfı ($X^2=7,02$, $p=0,635$), kardeş sayısı ($X^2=14,11$, $p=0,294$) ve kaçınıcı kardeş olduğu ($X^2=8,62$, $p=0,474$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 4.1: Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler (1)

		M + BDT		M + EEP		Kombine		Kontrol		X ²	P
		n/Med.	%/%25-75	n/Med.	%/%25-75	n/Med.	%/%25-75	n/Med.	%/%25-75		
Yaş (yıl ay)		112,00	109,00-117,00	105,00	99,00-110,00	107,00	99,00-116,00	105,50	99,00-111,00	4,46 ^a	0,216
Cinsiyet	Kız	3	30,0	3	30,0	4	40,0	4	33,3	0,30 ^b	0,960
	Erkek	7	70,0	7	70,0	6	60,0	8	66,7		
Sınıf	1,00	2	20,0	1	10,0	0	0,0	1	8,3	7,02 ^b	0,635
	2,00	1	10,0	3	30,0	4	40,0	2	16,7		
	3,00	6	60,0	4	40,0	3	30,0	5	41,7		
	4,00	1	10,0	2	20,0	3	30,0	4	33,3		
Kardeş Sayısı	Hiç	1	10,0	0	0,0	1	10,0	3	25,0	14,11 ^b	0,294
	Tek Kardeş	2	20,0	2	20,0	1	10,0	0	0,0		
	İki Kardeş	3	30,0	3	30,0	6	60,0	5	41,7		
	Üç Kardeş	4	40,0	3	30,0	2	20,0	4	33,3		
	3 ve Üzeri Kardeş	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0		
Kaçınıcı Kardeş	İlk kardeş	3	30,0	3	30,0	5	50,0	3	25,0	8,62 ^b	0,474
	İkinci Kardeş	4	40,0	3	30,0	4	40,0	8	66,7		
	Üçüncü Kardeş	3	30,0	3	30,0	1	10,0	1	8,3		
	Dördüncü Kardeş	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0		

Med.=Medyan, a=Kruskal Wallis H testi, b=Ki-Kare Testi.

Araştırmada değerlendirilen M+BDT grubu vakalarının 3'ünün (%30) normal doğum, 7'sinin (%70) sezaryen doğum ile doğduğu, 10'unun (%100) kuvöz öyküsü olmadığı ve 8'ine (%80) bakım verenin anne, 2'sine (%20) bakım verenin büyükanne olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen M+EEP grubu vakalarının 4'ünün (%40) normal doğum, 6'sının (%60) sezaryen doğum ile doğduğu, 9'unun (%90) kuvöz öyküsü olmadığı, 1'inin (%10) kuvöz öyküsü olduğu ve 6'sına (%60) bakım verenin anne, 4'üne (%40) bakım verenin büyükanne olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen kombine tedavi grubu vakalarının 4'ünün (%40) normal doğum, 6'sının (%60) sezaryen doğum ile doğduğu, 7'sinin (%70) kuvöz öyküsü olmadığı, 3'ünün (%30) kuvöz öyküsü olduğu ve 6'sına (%60) bakım verenin anne, 3'üne (%30) bakım verenin büyükanne ve 1'ine (%10) bakım verenin baba olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen kontrol grubu vakalarının 5'inin (%41,7) normal doğum, 7'sinin (%58,3) sezaryen doğum ile doğduğu, 11'inin (%91,7) kuvöz öyküsü olmadığı, 1'inin (%8,3) kuvöz öyküsü olduğu ve 10'una (%83,3) bakım verenin anne, 2'sine (%16,7) bakım verenin büyükanne olduğu bulundu.

Ki-Kare Testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubu vakaları arasında doğum yöntemi ($X^2=0,37$, $p=0,946$), kuvöz öyküsü ($X^2=4,65$, $p=0,199$) ve bakım veren ($X^2=5,25$, $p=0,512$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 4.2: Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler (2)

		M + BDT		M + EEP		Kombine		Kontrol		X2	P
		n	%	N	%	n	%	N	%		
Doğum	Normal doğum	3	30,0	4	40,0	4	40,0	5	41,7	0,37	0,946
	Sezaryen	7	70,0	6	60,0	6	60,0	7	58,3		
Kuvöz Öyküsü	Yok	10	100,0	9	90,0	7	70,0	11	91,7	4,65	0,199
	Var	0	0,0	1	10,0	3	30,0	1	8,3		
Bakım Veren	Anne	8	80,0	6	60,0	6	60,0	10	83,3	5,25	0,512
	Büyükanne	2	20,0	4	40,0	3	30,0	2	16,7		
	Baba	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0		
	Bakıcı	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Farklı	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		

X2=Ki-Kare Testi

Araştırmada değerlendirilen M+BDT grubu çocuk katılımcılarının 10'unun (%100) sınıf tekrarı olmadığı, 10'unun (%100) disiplin cezası olmadığı ve 7'sinin (%70) ders başarısının iyi, 3'ünün (%30) ders başarısının orta olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen M+EEP grubu çocuk katılımcılarının 10'unun (%100) sınıf tekrarı olmadığı, 10'unun (%100) disiplin cezası olmadığı ve 2'sinin (%20) ders başarısının çok iyi, 5'inin (%50) iyi, 2'sinin (%20) orta ve 1'inin (%10) kötü olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen kombine tedavi grubu çocuk katılımcılarının 10'unun (%100) sınıf tekrarı olmadığı, 10'unun (%100) disiplin cezası olmadığı ve 4'ünün (%40) ders başarısının çok iyi, 4'ünün (%40) iyi, 1'inin (%10) orta ve 1'inin (%10) kötü olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen kontrol grubu çocuk katılımcılarının 12'sinin (%100) sınıf tekrarı olmadığı, 12'sinin (%100) disiplin cezası olmadığı ve 3'ünün (%25) ders başarısının çok iyi, 3'ünün (%25) iyi, 6'sının (%50) orta olduğu bulundu.

Ki-Kare Testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubu vakaları arasında sınıf tekrarı, disiplin cezası ve ders başarısı ($X^2=11,99$, $p=0,214$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 4.3: Çocuklara İlişkin Tanımlayıcı Bilgiler (3)

		M + BDT		M + EEP		Kombine		Kontrol		X2	P
		n/Med.	%/25-75	n/Med.	%/25-75	n/Med.	%/25-75	n/Med.	%/25-75		
Sınıf Tekrarı	Yok	10	100,0	10	100,0	10	100,0	12	100,0		
	Var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Disiplin Cezası	Yok	10	100,0	10	100,0	10	100,0	12	100,0		
	Var	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Ders Başarısı	Kötü	0	0,0	1	10,0	1	10,0	0	0,0	11,99	0,214
	Orta	3	30,0	2	20,0	1	10,0	6	50,0		
	İyi	7	70,0	5	50,0	4	40,0	3	25,0		
	Çok iyi	0	0,0	2	20,0	4	40,0	3	25,0		

X2=Ki-Kare Testi

4.1.2. Çocukların İlaç Kullanımına İlişkin Bilgiler

Araştırmada değerlendirilen M+BDT grubu v akalarının ilaç tedavisi kullanım süresinin medyan değerlerinin 16,00 (6,00-26,00) olduğu, 10'unun (%100) metilfenidat tedavisi gördüğü ve ilaç tedavisinin mg/gün medyan değerlerinin 20,00 (18,00-27,00) olduğu bulundu.

M+EEP grubu vakalarının ilaç tedavisi kullanım süresinin medyan değerlerinin 17,50 (13,00-30,00) olduğu, 10'unun (%100) metilfenidat tedavisi gördüğü ve ilaç tedavisinin mg/gün medyan değerlerinin 23,50 (20,00-27,00) olduğu bulundu.

Kombine tedavi alan grup vakalarının ilaç tedavisi kullanım süresinin medyan değerlerinin 15,50 (13,00-23,00) olduğu, 9'unun (%90) metilfenidat tedavisi gördüğü, 1'inin (%10) atomoksetin tedavisi gördüğü ve ilaç tedavisinin mg/gün medyan değerlerinin 19,00 (18,00-25,00) olduğu bulundu.

Kontrol grubu vakalarının ilaç tedavisi kullanım süresinin medyan değerlerinin 10,00 (8,50-16,00) olduğu, 11'inin (91,7) metilfenidat tedavisi gördüğü, 1'inin (%8,3) atomoksetin tedavisi gördüğü ve ilaç tedavisinin mg/gün medyan değerlerinin 20,00 (18,00-27,00) olduğu bulundu.

Kruskal Wallis H testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubu vakaları arasında çocuğun tedaviyi kaç aydır aldığı ($X^2=2,61$, $p=0,456$) ve ilaç tedavisinin kaç mg/gün olduğu ($X^2=2,02$, $p=0,568$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Ki-Kare Testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubu vakaları arasında tedavide seçilen ilaçların ($X^2=25,53$, $p=0,786$) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 4.4: Çocukların İlaç Kullanımına İlişkin Bilgiler

		M + BDT		M + EEP		Kombine		Kontrol		X2	P
		n/Med.	%/25-75	n/Med.	%/25-75	n/Med.	%/25-75	n/Med.	%/25-75		
Tedavi Kullanım Süresi (ay)		16,00	6,00-26,00	17,50	13,00-30,00	15,50	13,00-23,00	10,00	8,50-16,00	2,61 ^a	0,456
Tedavi mg/gün		20,00	18,00-27,00	23,50	20,00-27,00	19,00	18,00-25,00	20,00	18,00-27,00	2,02 ^a	0,568
Kullanılan Tedavi	Metilfenidat	10	100,0	10	100,0	9	90,0	11	91,7	5,53 ^b	0,786
	Atomoksetin	0	00,0	0	0,0	1	10,0	1	8,3		

Med.=Medyan, a=Kruskal Wallis H testi, b=Ki-Kare Testi.

4.1.3. DEHB'ye Ek Psikiyatrik Tanı

Psikiyatrik komorbidite açısından inceleme yapıldığında ise DB tanısı alan katılımcı hiçbir grupta saptanmamıştır. Araştırmada değerlendirilen M+BDT grubundaki çocuk katılımcıların 5'inde (%50), M+EEP grubundaki çocuk katılımcıların 5'inde (%50),

kombine tedavi alan grubundaki çocuk katılımcıların 5'inde (%50) ve kontrol grubundaki çocuk katılımcıların 3'ünde (%25) KOKGB tanısı olduğu bulundu.

Ki-Kare Testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubu vakaları arasında KOKGB varlığı ($X^2=2,19$, $p=0,549$) istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 4.5: DEHB'ye Ek Psikiyatrik Tanı

		M + BDT		M + EEP		Kombine		Kontrol			
		n	%	N	%	N	%	n	%	X2	p
KOKGB	Yok	5	50,0	5	50,0	5	50,0	9	75,0	2,19	0,549
	Var	5	50,0	5	50,0	5	50,0	3	25,0		

X2=Ki-Kare Testi

4.1.4. İlişkin Demografik Bilgiler

Araştırmada değerlendirilen M+BDT grubu anne katılımcılarının yaş medyan değerlerinin 41,50 (39,00-43,00) olduğu, M+EEP grubu anne katılımcılarının yaş medyan değerlerinin 41,50 (36,00-48,00) olduğu, kombine tedavi grubu anne katılımcılarının yaş medyan değerlerinin 37,50 (34,00-43,00) olduğu ve kontrol grubu anne katılımcıların yaş medyan değerlerinin 38,00 (35,50-39,50) olduğu bulundu.

Kruskal Wallis H testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubu anne katılımcıları arasında yaşın ($X^2=3,91$, $p=0,271$) medyan değerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

M+BDT grubu anne katılımcılarından 10'unun (%100) sağ olduğu, 2'sinin (%20) ilkokul, 1'inin (%10) ortaokul, 5'inin (%50) lise, 2'sinin (%20) lisans mezunu olduğu, 4'ünün (%40) çalışmadığı, 1'inin (%10) memur olduğu, 2'sinin (%20) özel sektörde olduğu, 1'inin (%10) serbest meslekte olduğu, 2'sinin (%20) işçi olduğu bulundu.

Ayrıca 10'unun (%100) evli olduğu, 7'sinin (%70) psikiyatrik bir tanıya sahip olmadığı, 3'ünün (%30) MDB tanısına sahip olduğu, 8'inin (%80) psikiyatrik ilaç kullanmadığı ve 2'sinin (%20) antidepresan kullandığı bulundu.

M+EEP grubu anne katılımcılarından 10'unun (%100) sağ olduğu, 2'sinin (%20) ilkokul, 2'sinin (%20) ortaokul, 2'sinin (%20) lise, 4'ünün (%40) lisans mezunu olduğu, 6'sının (%60) çalışmadığı, 1'inin (%10) memur olduğu, 2'sinin (%20) özel sektörde olduğu, 1'inin (%10) serbest meslekte olduğu bulundu.

Ayrıca 10'unun (%100) evli olduğu, 8'inin (%80) psikiyatrik bir tanıya sahip olmadığı, 1'inin (%10) MDB, 1'inin (%10) YAB tanısına sahip olduğu, 10'unun (%100) psikiyatrik ilaç kullanmadığı bulundu.

Kombine grubu anne katılımcılarından 10'unun (%100) sağ olduğu, 1'inin (%10) ilkokul, 3'ünün (%30) lise, 6'sının (%60) lisans mezunu olduğu, 4'ünün (%40) çalışmadığı, 1'inin (%10) memur olduğu, 1'inin (%10) özel sektörde olduğu, 4'ünün (%40) serbest meslekte olduğu bulundu.

Ayrıca 9'unun (%90) evli olduğu, 1'inin (%10) bekar olduğu, 6'sının (%60) psikiyatrik bir tanıya sahip olmadığı, 2'sinin (%20) MDB, 2'sinin (%20) YAB tanısına sahip olduğu, 7'sinin (%70) psikiyatrik ilaç kullanmadığı, 3'ünün (%30) antidepresan kullandığı bulundu.

Kontrol grubu anne katılımcılarından 12'sinin (%100) sağ olduğu, 1'inin (%8,3) ilkokul, 1'inin (%8,3) ortaokul, 6'sının (%50) lise, 4'ünün (%33,3) lisans mezunu olduğu, 9'unun (%75) çalışmadığı, 1'inin (%8,3) memur olduğu, 1'inin (%8,3) serbest meslekte olduğu, 1'inin (%8,3) işçi olduğu bulundu.

Ayrıca 11'inin (%91,7) evli olduğu, 1'inin (%8,3) bekar olduğu, 9'unun (%75) psikiyatrik tanıya sahip olmadığı, 1'inin (%8,3) DEHB, 2'sinin (%16,7) YAB tanısına sahip olduğu, 11'inin (%91,7) psikiyatrik ilaç kullanmadığı ve 1'inin (%8,3) antidepresan kullandığı bulundu.

Ki-Kare Testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubu anne katılımcıları arasında eğitim durumu ($X^2=7,06$, $p=0,631$), meslek ($X^2=12,40$, $p=0,414$), medeni hal ($X^2=1,94$, $p=0,584$), psikiyatrik tanı ($X^2=9,31$, $p=0,676$) ve psikiyatrik ilaç kullanımı ($X^2=4,30$, $p=0,231$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 4.6: Anneye İlişkin Demografik Bilgiler

		M + BDT		M + EEP		Kombine		Kontrol			
		n/Med.	%/%25-75	n/Med.	%/%25-75	n/Med.	%/%25-75	n/Med.	%/%25-75	X2	P
Yaş		41,50	39,00-43,00	41,50	36,00-48,00	37,50	34,00-43,00	38,00	35,50-39,50	3,91 ^a	0,271
Yaşam	Vefat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Sağ	10	100,0	10	100,0	10	100,0	12	100,0		
Eğitim	Okuma Yazma Yok	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7,06 ^b	0,631
	Okur Yazar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	İlkokul Mezunu	2	20,0	2	20,0	1	10,0	1	8,3		
	Orta Okul Mezunu	1	10,0	2	20,0	0	0,0	1	8,3		
	Lise Mezunu	5	50,0	2	20,0	3	30,0	6	50,0		
	Lisans Mezunu	2	20,0	4	40,0	6	60,0	4	33,3		
Meslek	Çalışmıyor	4	40,0	6	60,0	4	40,0	9	75,0	12,40 ^b	0,414
	Memur	1	10,0	1	10,0	1	10,0	1	8,3		
	Özel Sektör	2	20,0	2	20,0	1	10,0	0	0,0		
	Serbest Meslek	1	10,0	1	10,0	4	40,0	1	8,3		
	İşçi	2	20,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3		
	Emekli	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Medeni Hal	Evli	10	100,0	10	100,0	9	90,0	11	91,7	1,94 ^b	0,584
	Bekar	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	8,3		
Psikiyatrik Tanı	Yok	7	70,0	8	80,0	6	60,0	9	75,0	9,31 ^b	0,676
	DEHB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	8,3		
	MDB	3	30,0	1	10,0	2	20,0	0	0,0		
	YAB	0	0,0	1	10,0	2	20,0	2	16,7		
	OKB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Yok	8	80,0	10	100,0	7	70,0	11	91,7	4,30 ^b	0,231
	Psikostimüla n	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	AD	2	20,0	0	0,0	3	30,0	1	8,3		
	AP	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		

Med.=Medyan, a=Kruskal Wallis H testi, b=Ki-Kare Testi.

4.1.5. Babaya İlişkin Demografik Bilgiler

Araştırmada değerlendirilen M+BDT grubundaki çocukların babalarının yaş medyan değerlerinin 46,00 (43,00-47,00) olduğu, M+EEP grubundaki çocukların babalarının yaş medyan değerlerinin 45,00 (39,00-50,00) olduğu, kombine tedavi grubundaki çocukların babalarının yaş medyan değerlerinin 39,00 (35,00-47,00) olduğu ve kontrol grubundaki çocukların babalarının yaş medyan değerlerinin 40,00 (38,00-44,50) olduğu bulundu.

Kruskal Wallis H testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubundaki çocukların babalarının arasında yaş ($X^2=4,11$, $p=0,250$) medyan değerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

M+BDT grubundaki çocukların babalarından 9'unun (%90) sağ olduğu, 1'inin (%10) vefat ettiği, 2'sinin (%22,2) ilkokul, 4'ünün (%44,4) lise, 3'ünün (%33,3) lisans mezunu olduğu, 1'inin (%11,1) özel sektörde, 5'inin (%55,6) serbest meslekte, 2'sinin (%22,2) işçi, 1'inin (%11,1) emekli olduğu bulundu.

Ayrıca 9'unun (%100) evli olduğu, 6'sının (%66,7) psikiyatrik tanıya sahip olmadığı, 1'inin (%11,1) DEHB, 2'sinin (%22,2) YAB tanısına sahip olduğu, 9'unun (%100) psikiyatrik ilaç kullanmadığı bulundu.

M+EEP grubundaki çocukların babalarının 10'unun (%100) sağ olduğu, 3'ünün (%30) ilkokul, 1'inin (%10) ortaokul, 3'ünün (%30) lise, 3'ünün (%30) lisans mezunu olduğu, 2'sinin (%20) özel sektörde, 7'sinin (%70) serbest meslekte, 1'inin (%10) emekli olduğu bulundu.

Ayrıca 10'unun (%100) evli olduğu, 8'inin (%80) psikiyatrik bir tanıya sahip olmadığı, 2'sinin (%20) MDB tanısına sahip olduğu, 9'unun (%90) psikiyatrik ilaç kullanmadığı ve 1'sinin (%10) antidepresan kullanımı olduğu bulundu.

Kombine grubundaki çocukların babalarının 10'unun (%100) sağ olduğu, 2'sinin (%20) ortaokul, 5'inin (%50) lise, 3'ünün (%30) lisans mezunu olduğu, 1'inin (%10) memur olduğu, 1'inin (%10) özel sektörde olduğu, 7'sinin (%70) serbest meslekte olduğu, 1'inin (%10) emekli olduğu bulundu.

Ayrıca 9'unun (%90) evli olduğu, 1'inin (%10) bekar olduğu, 9'unun (%90) psikiyatrik bir tanıya sahip olmadığı, 1'inin (%10) DEHB tanısına sahip olduğu ve 10'unun (%100) psikiyatrik ilaç kullanmadığı bulundu.

Kontrol grubundaki çocukların babalarının 12'sinin (%100) sağ olduğu, 2'sinin (%16,7) ilkokul, 2'sinin (%16,7) ortaokul, 2'sinin (%16,7) lise, 6'sının (%50) lisans mezunu olduğu, 5'inin (%41,7) özel sektörde, 6'sının (%50) serbest meslekte olduğu, 1'inin (%8,3) işçi olduğu bulundu.

Ayrıca 11'inin (%91,7) evli olduğu, 1'inin (%8,3) bekar olduğu, 12'sinin (%100) psikiyatrik tanıya sahip olmadığı ve 12'sinin (%100) psikiyatrik bir ilaç kullanmadığı bulundu.

Ki-Kare Testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubundaki çocukların babalarının arasında eğitim durumu ($X^2=7,65$, $p=0,569$), meslek ($X^2=12,39$, $p=0,415$), medeni hal ($X^2=1,85$, $p=0,604$), psikiyatrik tanı ($X^2=7,23$, $p=0,300$) ve psikiyatrik ilaç kullanımı ($X^2=2,28$, $p=0,351$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 4.7: Babaya İlişkin Demografik Bilgiler

		M + BDT		M + EEP		Kombine		Kontrol		X ²	P
		n/Med.	%/25-75	n/Med.	%/25-75	n/Med.	%/25-75	n/Med.	%/25-75		
Yaş		46,00	43,00-47,00	45,00	39,00-50,00	39,00	35,00-47,00	40,00	38,00-44,50	4,11 ^a	0,250
Yaşam	Vefat	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3,28 ^b	0,351
	Sağ	9	90,0	10	100,0	10	100,0	12	100,0		
Eğitim	Okuma Yazma Yok	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7,65 ^b	0,569
	Okur Yazar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	İlkokul Mezunu	2	22,2	3	30,0	0	0,0	2	16,7		
	Orta Okul Mezunu	0	0,0	1	10,0	2	20,0	2	16,7		
	Lise Mezunu	4	44,4	3	30,0	5	50,0	2	16,7		
	Lisans Mezunu	3	33,3	3	30,0	3	30,0	6	50,0		
Meslek	Çalışmıyor	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	12,39 ^b	0,415
	Memur	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0		
	Özel Sektör	1	11,1	2	20,0	1	10,0	5	41,7		
	Serbest Meslek	5	55,6	7	70,0	7	70,0	6	50,0		
	İşçi	2	22,2	0	0,0	0	0,0	1	8,3		
	Emekli	1	11,1	1	10,0	1	10,0	0	0,0		
Medeni Hal	Evli	9	100,0	10	100,0	9	90,0	11	91,7	1,85 ^b	0,604
	Bekar	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	8,3		
Psikiyatrik Tanı	Yok	6	66,7	8	80,0	9	90,0	12	100,0	7,23 ^b	0,300
	DEHB	1	11,1	0	0,0	1	10,0	0	0,0		
	MDB	0	0,0	2	20,0	0	0,0	0	0,0		
	YAB	2	22,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	OKB	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Psikiyatrik İlaç Kullanımı	Yok	9	100,0	9	90,0	10	100,0	12	100,0	2,28 ^b	0,351
	Psikostimülan	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	AD	0	0,0	1	10,0	0	0,0	0	0,0		
	AP	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		

Med.=Medyan, a=Kruskal Wallis H testi, b=Ki-Kare Testi.

4.1.6. Aileye İlişkin Demografik Bilgiler

Araştırmada değerlendirilen M+BDT grubundaki ailelerin 4'ünün (%40) gelir durumunun asgari, 2'sinin (%20) 15 bin altı, 2'sinin (%20) 15 bin-20 bin arası, 1'inin (%10) 20 bin – 30 bin arası, 1'inin (%10) 30 bin üstü olduğu ve 5'inin (%50) aile tipinin çekirdek aile, 4'ünün (%40) geniş aile ve 1'inin (%10) eşlerden birinin vefat etmesi sonucu tek ebeveyn ve çocuktan oluşan aile yapısına sahip olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen M+EEP grubundaki ailelerin 2'sinin (%20) asgari, 2'sinin (%20) 15 bin altı, 2'sinin (%20) 15 bin-20 bin arası, 1'inin (%10) 20 bin-30 bin arası, 3'ünün (%30) ise 30 bin üstü olduğu ve 7'sinin (%70) aile tipinin çekirdek aile, 3'ünün (%30) geniş aile yapısına sahip olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen kombine tedavi grubundaki ailelerin 2'sinin (%20) 15 bin altı, 3'ünün (%30) 15 bin – 20 bin arası, 2'sinin (%20) 20 bin- 30 bin arası, 3'ünün (%30) 30 bin üstü olduğu ve 6'sının (%60) aile tipinin çekirdek aile, 3'ünün (%30) geniş aile ve 1'inin (%10) boşanmış anne ile çocuktan oluşan aile yapısına sahip olduğu bulundu.

Araştırmada değerlendirilen kontrol grubundaki ailelerin 1'inin (%8,3) asgari, 2'sinin (%16,7) 15 bin altı, 3'ünün (%25) 15 bin- 20 bin arası, 3'ünün (%25) 20 bin – 30 bin arası, 3'ünün (%25) 30 bin üstü olduğu ve 8'inin (%80) aile tipinin çekirdek aile ve 4'ünün geniş aile yapısına sahip olduğu bulundu.

Ki-Kare Testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubundaki aileler arasında gelir durumu ($X^2=8,07$, $p=0,780$) ve aile tipi ($X^2=6,99$, $p=0,639$) oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık göstermediği bulundu.

Tablo 4.8: Aileye İlişkin Demografik Bilgiler

		M + BDT		M + EEP		Kombine		Kontrol		X ²	P
		n	%	N	%	n	%	n	%		
Aile Tipi	Çekirdek aile	5	50,0	7	70,0	6	60,0	8	66,7	6,99	0,639
	Geniş aile	4	40,0	3	30,0	3	30,0	4	33,3		
	Boşanmış anne ve çocuk	0	0,0	0	0,0	1	10,0	0	0,0		
	Boşanmış baba ve çocuk	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Anne ve üvey baba	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Baba ve üvey anne	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
	Eşlerden birinin vefatı sonrası tek ebeveyn ve çocuk	1	10,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0		
Gelir Durumu	Asgari altı	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8,07b	0,780
	Asgari	4	40,0	2	20,0	0	0,0	1	8,3		
	15bin altı	2	20,0	2	20,0	2	20,0	2	16,7		
	15bin-20bin arası	2	20,0	2	20,0	3	30,0	3	25,0		
	20bin-30bin arası	1	10,0	1	10,0	2	20,0	3	25,0		
	30 bin üstü	1	10,0	3	30,0	3	30,0	3	25,0		

X²=Ki-Kare Testi

4.2. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARININ DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU, KARŞIT OLMA KARŞI GELME BOZUKLUĞU VE DAVRANIM BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNE DAİR ETKİLERİ

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğine ilişkin veriler 5 alt başlıkta toplanmıştır; dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, karşıt olma karşı gelme ve davranım bozukluğu belirtileri. DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği ilk-son ölçümlerin istatistiksel bulguları Tablo 4.8'de verilmiştir. Dört grubun ayrı ayrı ilk ölçümler ve son ölçümler arasındaki farkları p değerinde incelenmiştir.

M+BDT grubunda yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testine göre dikkat eksikliği (DE) belirtilerinin ($Z=-2,814$, $p=0,005$), hiperaktivite (HA) belirtilerinin ($Z=-2,816$, $p=0,005$), Dürtüsellik belirtilerinin ($Z=-2,848$, $p=0,004$) ve KOKGB (Karşıt Olma Karşı Gelme) belirtilerinin ($Z=-2,816$, $p=0,005$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede azaldığı bulundu.

M+EEP grubunda yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testine göre DE belirtilerinin ($Z=-2,869$, $p=0,004$), HA belirtilerinin ($Z=-2,871$, $p=0,004$), Dürtüsellik belirtilerinin ($Z=-2,842$, $p=0,004$), KOKGB belirtilerinin ($Z=-2,840$, $p=0,005$) ve DB belirtilerinin ($Z=-2,565$, $p=0,010$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede azaldığı bulundu.

Kombine tedavi alan grupta yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testine göre DE belirtilerinin ($Z=-2,840$, $p=0,005$), HA belirtilerinin ($Z=-2,689$, $p=0,007$), Dürtüsellik belirtilerinin ($Z=-2,599$, $p=0,009$) ve KOKGB belirtilerinin ($Z=-2,812$, $p=0,005$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede azaldığı bulundu.

Kontrol grubunda yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testine göre DE belirtilerinin ($Z=-3,076$, $p=0,005$) ve KOKGB belirtilerinin ($Z=-2,979$, $p=0,003$) değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede azaldığı bulundu.

Tablo 4.9: Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğine İlişkin İstatistiksel Veriler

	M + BDT			M + EEP			Kombine			Kontrol		
	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75
Ön ölçüm-DE Belirtileri	1,83	1,56	2,22	2,06	1,78	2,67	1,56	1,44	2,11	2,28	1,72	2,67
Son ölçüm-DE Belirtileri	1,22	1,00	1,33	1,72	1,44	2,22	1,28	1,11	1,44	1,78	1,28	2,11
	Z=-2,814 p=0,005			Z=-2,869 p=0,004			Z=-2,840 p=0,005			Z=-3,076 p=0,002		
Ön ölçüm-HA Belirtileri	1,67	1,33	2,00	1,75	1,50	2,50	1,50	1,00	2,00	1,58	1,25	2,08
Son ölçüm-HA Belirtileri	1,17	,67	1,33	1,58	1,00	1,83	1,08	,50	1,67	1,42	1,08	1,83
	Z=-2,816 p=0,005			Z=-2,871 p=0,004			Z=-2,689 p=0,007			Z=-1,029 p=0,304		
Ön ölçüm-Dürtüsellik	1,83	1,33	2,33	2,33	2,00	3,00	2,00	1,67	3,00	1,83	1,33	2,00
Son ölçüm-Dürtüsellik	1,00	1,00	1,33	1,83	1,00	2,33	1,50	1,33	2,00	1,67	1,00	1,83
	Z=-2,848 p=0,004			Z=-2,842 p=0,004			Z=-2,599 p=0,009			Z=-1,811 p=0,070		
Ön ölçüm-KOKGB belirtileri	1,25	,88	1,63	1,56	1,25	2,25	1,63	1,00	1,88	,94	,63	1,19
Son ölçüm-KOKGB belirtileri	,81	,50	1,13	1,13	,88	1,75	,81	,63	1,50	,63	,38	,94
	Z=-2,816 p=0,005			Z=-2,840 p=0,005			Z=-2,812 p=0,005			Z=-2,979 p=0,003		
Ön ölçüm-DB Belirtileri	,10	,00	,13	,20	,07	,27	,13	,00	,20	,00	,00	,03
Son ölçüm-DB Belirtileri	,00	,00	,13	,07	,00	,20	,07	,07	,13	,00	,00	,00
	Z=-1,633 p=0,102			Z=-2,565 p=0,010			Z=-1,930 p=0,054			Z=-1,342 p=0,180		

Med.=Medyan, Z=Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği için ilk ölçüm değerleri bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında farklılık p^a sütununda incelenmiştir. p^b sütununda ise grupların ilk ölçümleri bakımından ikili karşılaştırmalar incelenmiştir.

Kruskal Wallis H testine göre M+BDT alan, M+EEP alan, kombine ve kontrol grubu vakaları arasında ön test KOKGB belirtileri medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği (X²=11,244, p=0,010) bulunmuştur.

Mann Whitney U testine göre M+EEP grup vakalarının kontrol grubu vakalarına göre ön test Dürtüsellik belirtileri (p=0,043), ön test KOKGB belirtileri (p=0,004), ön test DB belirtileri (p=0,015) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Mann Whitney U testine göre kombine grup vakaların kontrol grubu vakalarına göre ön test KOKGB belirtileri ($p=0,014$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Mann Whitney U testine göre kontrol grubu vakaların kombine grubu vakalarına göre ön test DE belirtileri ($p=0,037$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.10: Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinin Ön Ölçümlerine İlişkin İstatistiksel Veriler

	M + BDT			M + EEP			Kombine			Kontrol			X ²	P ^a	P ^b					
	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75			1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
DE Belirtileri	1,83	1,56	2,22	2,06	1,78	2,67	1,56	1,44	2,11	2,28	1,72	2,67	6,693	0,082	0,150	0,403	0,120	0,058	0,895	0,037
HA Belirtileri	1,67	1,33	2,00	1,75	1,50	2,50	1,50	1,00	2,00	1,58	1,25	2,08	2,047	0,563	0,401	0,789	0,973	0,171	0,244	0,764
Dürtüsellik Belirtileri	1,83	1,33	2,33	2,33	2,00	3,00	2,00	1,67	3,00	1,83	1,33	2,00	5,022	0,170	0,111	0,375	0,762	0,388	0,043	0,200
KOKGB Belirtileri	1,25	,88	1,63	1,56	1,25	2,25	1,63	1,00	1,88	,94	,63	1,19	11,244	0,010	0,171	0,236	0,055	0,790	0,004	0,014
DB Belirtileri	,10	,00	,13	,20	,07	,27	,13	,00	,20	,00	,00	,03	7,273	0,064	0,164	0,532	0,159	0,300	0,015	0,065

X²=Kruskal Wallis H testi, (b)=Mann Whitney U testi.

DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği için son ölçüm değerleri bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında farklılık P^a sütununda incelenmiştir. P^b sütununda ise grupların son ölçümleri bakımından ikili karşılaştırmalar incelenmiştir.

Kruskal Wallis H testine göre M+BDT grubu, M+EEP grubu, kombine ve kontrol grubu vakaları arasında son test DE belirtileri (X²=10,251, $p=0,017$), son test KOKGB belirtileri (X²=9,351, $p=0,025$), son test DB belirtileri (X²=9,073, $p=0,028$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulunmuştur.

Mann Whitney U testine göre M+EEP grup vakalarının M+BDT grup vakalarına göre son test DE belirtileri ($p=0,025$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Mann Whitney U testine göre kontrol grubu vakalarının M+BDT grubu vakalarına göre son test DE belirtileri ($p=0,017$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Mann Whitney U testine göre M+EEP grup vakalarının kombine grup vakalarına göre son test DE belirtileri ($p=0,030$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Mann Whitney U testine göre M+EEP grup vakalarının kontrol grubu vakalarına göre son test KOKGB belirtileri ($p=0,006$) ve son test DB belirtileri ($p=0,021$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Mann Whitney U testine göre kontrol grubu vakalarının kombine grubu vakalarına göre son test DE belirtileri ($p=0,034$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Mann Whitney U testine göre kombine grubu vakalarının kontrol grubu vakalarına göre son test DB belirtilerinin ($p=0,003$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.11: Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğinin Son Ölçümlerine İlişkin İstatistiksel Veriler

	M + BDT			M + EEP			Kombine			Kontrol			X ²	P ^a	p ^b					
	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75			1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
DE Belirtileri	1,22	1,00	1,33	1,72	1,44	2,22	1,28	1,11	1,44	1,78	1,28	2,11	10,251	0,017	0,025	0,790	0,017	0,030	0,691	0,034
HA Belirtileri	1,17	,67	1,33	1,58	1,00	1,83	1,08	,50	1,67	1,42	1,08	1,83	5,348	0,148	0,058	0,733	0,073	0,148	0,642	0,247
Dürtüsellik Belirtileri	1,00	1,00	1,33	1,83	1,00	2,33	1,50	1,33	2,00	1,67	1,00	1,83	4,909	0,179	0,066	0,076	0,120	0,644	0,398	0,737
KOKGB Belirtileri	,81	,50	1,13	1,13	,88	1,75	,81	,63	1,50	,63	,38	,94	9,351	0,025	0,080	0,321	0,182	0,182	0,006	0,079
DB Belirtileri	,00	,00	,13	,07	,00	,20	,07	,07	,13	,00	,00	,00	9,073	0,028	0,273	0,260	0,152	0,906	0,021	0,003

X²=Kruskal Wallis H testi, (b)=Mann Whitney U testi.

4.3. MÜDAHALE VE KONTROL GRUPLARININ ÇOCUKLARDA DAVRANIŞSAL VE DUYGUSAL SORUNLAR ÜZERİNE ETKİLERİNE DAİR VERİLER

Güçler ve Güçlükler Anketine ilişkin veriler, anketin kendisinde olduğu gibi 5 alt başlıkta toplanmıştır; duygusal sorunlar, akran sorunları, sosyal davranışlar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve davranış sorunları. Sosyal davranışlar haricindeki diğer alanların toplamı güçlük puanını vermektedir. İşlevsellik düzeyini sorgulayan maddelerin toplamı da toplam etkilenme değeri olarak verilmiştir. Güçler ve Güçlükler anketi için ilk-son ölçümlerin istatistiksel bulguları Tablo 4.9’da verilmiştir. Dört grubun ayrı ayrı ilk ölçümler ve son ölçümler arasındaki farkları p değerinde incelenmiştir.

M+EEP grubunun yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testine göre sosyal davranış ($Z=-2,236$, $p=0,025$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede arttığı bulunmuştur. Buna ek olarak son ölçüm değerlerinin ön ölçüm değerlerine göre davranış sorunları ($Z=-2,810$, $b<z$ $p=0,005$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede azaldığı bulunmuştur.

Kombine tedavi alan grupta yapılan Wilcoxon İşaretli Sıralar Testine göre davranış sorunları ($Z=-2,257$, $p=0,024$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede azaldığı bulunmuştur.

Yine Wilcoxon İşaretli Sıralar Testine göre; M+BDT ($Z=-2,805$, $p=0,005$), M+EEP ($Z=-2,807$, $p=0,005$) ve kombine ($Z=-2,812$, $p=0,005$) gruplarında toplam etkilenme puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede azaldığı bulunurken, kontrol ($Z=-2,598$, $p=0,009$) grubunda toplam etkilenme puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede arttığı bulunmuştur.

Wilcoxon İşaretli Sıralar Testine göre; sadece EEP grubunda ($Z=-2,264$, $p=0,024$), toplam güçlük puanlarının istatistiksel açıdan anlamlı seviyede azaldığı bulunmuştur.

Tablo 4.12: Güçler ve Güçlükler Anketine İlişkin İstatistiksel Veriler

	M + BDT			M + EEP			Kombine			Kontrol		
	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75
Ön ölçüm Duygusal Sorunlar	,60	,40	,80	,40	,40	1,00	,80	,40	1,20	,30	,10	,70
Son ölçüm Duygusal Sorunlar	,50	,20	,60	,40	,20	,60	,60	,40	,80	,30	,10	,70
	Z=-1,890 p=0,059			Z=-,816 p=0,414			Z=-1,289 p=0,197			Z=0,00, p=0,999		
Ön ölçüm Akran Sorunları	,90	,80	1,40	1,00	,60	1,00	1,00	1,00	1,20	1,00	,80	1,00
Son ölçüm Akran Sorunları	,80	,60	1,40	,90	,60	1,00	1,00	1,00	1,20	1,00	,80	1,00
	Z=-1,289 p=0,197			Z=1,000 p=0,317			Z=-1,000 p=0,317			Z=0,00, p=0,999		
Ön ölçüm Sosyal Davranışlar	1,50	1,20	1,80	1,00	,60	1,40	1,50	1,20	1,60	1,80	1,20	1,90
Son ölçüm Sosyal Davranışlar	1,60	1,40	1,80	1,20	,80	1,40	1,60	1,40	1,80	1,80	1,20	1,90
	Z=-,187 p=0,852			Z=2,236 p=0,025			Z=-1,890 p=0,059			Z=0,00, p=0,999		
Ön ölçüm DE-HA	1,00	,80	1,40	1,00	,80	1,20	1,10	1,00	1,20	,80	,80	1,00
Son ölçüm DE-HA	1,20	,80	1,20	1,00	,80	1,20	1,20	1,00	1,20	,90	,80	1,00
	Z=-,707 p=0,480			Z=- p=0,317 1,000			Z=-1,098 p=0,272			Z=-1,34, p=0,180		
Ön ölçüm Davranışlar Sorunlar	,40	,40	,80	,80	,60	1,00	,80	,60	1,20	,80	,80	1,00
Son ölçüm Davranışsal Sorunlar	,40	,20	,60	,60	,20	,80	,50	,40	,80	,40	,30	,60
	Z=-1,667 p=0,096			Z=2,810 p=0,005			Z=-2,257 p=0,024			Z=-1,00, p=0,317		
Ön test Toplam Etkilenme Puanı	1,82	1,73	1,91	2,05	1,55	2,55	1,95	1,82	2,18	1,14	1,00	1,23
Son test Toplam Etkilenme Puanı	1,14	,82	1,27	1,27	1,27	1,64	1,23	1,09	1,27	1,23	1,09	1,32
	Z=-2,805 p=0,005			Z=2,807 p=0,005			Z=-2,812 p=0,005			Z=-2,598, p=0,009		

Med.=Medyan, Z=Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi

Güçler Güçlükler anketi için ilk ölçüm değerleri bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında farklılık p^a sütununda incelenmiştir. p^b sütununda ise grupların ilk ölçümleri bakımından ikili karşılaştırmalar incelenmiştir.

Kruskal Wallis H testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubu vakaları arasında ön test sosyal davranışlar ($X^2=7,977$, $p=0,046$) ve toplam etkilene puanı ($X^2=24,57$, $p<0,001$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği görülmüştür.

Mann Whitney U testine göre M+BDT grubu vakalarının ön test sosyal davranış ($p=0,024$) medyan değerlerinin M+EEP grubundaki vakaların medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

Mann Whitney U testine göre M+BDT grubu vakalarının ön test davranış sorunları ($p=0,010$) ve toplam etkilenme puanı ($p<0,001$) medyan değerlerinin kontrol grubundaki vakaların medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu görülmüştür.

Mann Whitney U testine göre M+EEP grubu vakalarının ön test sosyal davranış ($p=0,025$) medyan değerlerinin kontrol grubundaki vakaların medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak M+EEP grubu vakalarının ön test toplam etkilenme puanı ($p<0,001$) medyan değerlerinin kontrol grubundaki vakaların medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Mann Whitney U testine göre kombine tedavi grubu vakalarının ön test toplam etkilenme puanı ($p<0,001$) medyan değerlerinin kontrol grubundaki vakaların medyan değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu görülmüştür.

Tablo 4.13: Güçler ve Güçlükler Anketinin Ön Ölçümlerine İlişkin İstatistiksel Veriler

	M + BDT			M + EEP			Kombine			Kontrol			X ²	P ^a	p ^b					
	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75	Med.	%25	%75			1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Duygusal Sorunlar	,60	,40	,80	,40	,40	1,00	,80	,40	1,20	,30	,10	,70	3,329	0,344	0,847	0,340	0,301	0,359	0,331	0,103
Akran Sorunları	,90	,80	1,40	1,00	,60	1,00	1,00	1,00	1,20	1,00	,80	1,00	2,370	0,499	0,461	0,615	0,919	0,111	0,524	0,280
Sosyal Davranışlar	1,50	1,20	1,80	1,00	,60	1,40	1,50	1,20	1,60	1,80	1,20	1,90	7,977	0,046	0,024	0,490	0,712	0,056	0,025	0,180
DE-HA	1,00	,80	1,40	1,00	,80	1,20	1,10	1,00	1,20	,80	,80	1,00	4,256	0,235	0,616	0,969	0,136	0,527	0,192	0,057
Davranış Sorunları	,40	,40	,80	,80	,60	1,00	,80	,60	1,20	,80	,80	1,00	6,779	0,079	0,052	0,104	0,010	1,000	0,709	0,611
Toplam Etkilenme Puanı	1,82	1,73	1,91	2,05	1,55	2,55	1,95	1,82	2,18	1,14	1,00	1,23	24,57	<0,001	0,190	0,247	<0,001	0,971	<0,001	<0,001

X²=Kruskal Wallis H testi, (b)=Mann Whitney U testi.

Güçler Güçlükler anketi için son ölçüm değerleri bakımından müdahale ve kontrol grupları arasında farklılık p^a sütununda incelenmiştir. p^b sütununda ise grupların son ölçümleri bakımından ikili karşılaştırmalar incelenmiştir.

Kruskal Wallis H testine göre M+BDT, M+EEP, kombine ve kontrol grubu vakaları arasında son test toplam etkilenme puanı (X²=8,19, $p=0,042$) medyan değerlerinin istatistiksel açıdan anlamlı seviyede farklılık gösterdiği bulundu.

Mann Whitney U testine göre M+EEP grubu vakaların son test sosyal davranış (p=0,035) medyan değerlerinin M+BDT grubunun değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu.

Mann Whitney U testine göre kontrol grubu vakaların son test sosyal davranış (p=0,046) medyan değerlerinin M+EEP grubunun değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha yüksek olduğu bulundu.

Mann Whitney U testine göre M+EEP grubu vakaların son test sosyal davranış (p=0,046) medyan değerlerinin kontrol grubunun değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu.

Mann Whitney U testine göre M+BDT grubu vakaların son test toplam etkilenme puanı (p=0,011) medyan değerlerinin M+EEP grubunun değerlerinden istatistiksel açıdan anlamlı seviyede daha düşük olduğu bulundu.

Tablo 4.14: Güçler ve Güçlükler Anketinin Son Ölçümlerine İlişkin İstatistiksel Veriler

	M+BDT			M+EEP			Kombine			Kontrol			X ²	P ^a	p ^b					
	Med	%25	%75	Med	%25	%75	Med	%25	%75	Med	%25	%75			1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Duygusal Sorunlar	,50	,20	,60	,40	,20	,60	,60	,40	,80	,30	,10	,70	0,648	0,648	0,969	0,443	0,639	0,418	0,524	0,242
Akran Sorunları	,80	,60	1,40	,90	,60	1,00	1,00	1,00	1,20	1,00	,80	1,00	0,387	0,387	0,876	0,277	0,520	0,093	0,296	0,396
Sosyal Davranışlar	1,60	1,40	1,80	1,20	,80	1,40	1,60	1,40	1,80	1,80	1,20	1,90	7,188	0,066	0,035	0,969	0,396	0,026	0,046	0,398
DE-HA	1,10	,80	1,20	1,00	,80	1,20	1,10	1,00	1,20	,90	,80	1,00	7,093	0,069	0,529	0,752	0,056	0,270	0,150	0,114
Davranış Sorunları	,40	,20	,60	,60	,20	,80	,50	,40	,80	,40	,30	,60	1,571	0,666	0,313	0,508	0,890	0,590	0,326	0,540
Toplam Etkilenme Puanı	1,14	,82	1,27	1,27	1,27	1,64	1,23	1,09	1,27	1,23	1,09	1,32	8,19	0,042	0,011	0,232	0,161	0,060	0,080	0,839

X²=Kruskal Wallis H testi, (b)=Mann Whitney U testi.

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada DEHB tanısı olan ve ilaç kullanan ilköğretim çağındaki çocuklarda, çocuklar ve ebeveynlerine yönelik uygulanan psikososyal müdahalelerin, DEHB ve varsa eşlik eden KOKGB ve DB belirtilerini azaltma konusundaki etkinliği değerlendirilmiş ve sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubu ile kıyaslanmıştır.

Buradaki amaç dünyada ve ülkemizde prevelansı yüksek olan, hafif düzeydeki belirtilerinin bile ergenlikte ve yetişkinlikte belirgin olumsuz sonuçlarla ilişkili olduğu gösterilmiş olan DEHB tanısının ilaç tedavisine ek müdahalelerle tedavi etkinliğinin güçlendirilebildiğini, DEHB'li çocukların işlevselliğinin artabildiğini göstermek ve bu müdahalelerin çocuk psikiyatri hekimleri tarafından uygulanabilirliğini ortaya koymaktır.

Çalışmaya dahil olmayı kabul eden katılımcıların sosyodemografik özellikleri örneklemenin sağlıklı yapıldığını gösterir niteliktedir. Nitekim müdahale ve kontrol grupları arasında, çocukların yaşı, sınıfı, kaçınıcı çocuk olduğu, kardeş sayısı, doğum şekilleri, doğumda komplikasyon olup olmadığı, bakım verenleri, okul başarıları açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Yine cinsiyet dağılımı açısından tüm gruplar değerlendirildiğinde kızların araştırmadaki çocuk katılımcıların %33,3'ü oluşturduğu erkeklerin ise %66,6'sını oluşturduğu görülmektedir. Bu veriler, daha önce bahsetmiş olduğumuz erkeklerin kızlara oranla DEHB teşhisi alma olasılıklarının daha yüksek olduğu bilgisi ile uyumludur (44). Yine anne-babanın yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, mesleği, aile tipleri, ailede psikiyatrik hastalık olup olmadığı ve ailenin geliri açısından karşılaştırma yapıldığında 4 grup arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur.

DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik tanılar arasında en önde gelenleri, %30 ila %70 sıklık oranları ile KOKGB ve DB'dir (256,257). Bu sebeple müdahale gruplarında ve kontrol grubunda KOKGB ve DB'nin varlığı dışlama kriteri olarak kabul edilmemiştir. Ancak çalışmaya dahil olmayı kabul eden katılımcılar arasında DB belirtileri olmasına karşın DB tanısını karşılayan çocuk katılımcı olmamıştır. Bunun bir nedeninin örneklemimizin yaşça küçük çocuklardan oluşmuş olması ve belirti düzeylerinin DB teşhisini tam karşılayacak düzeyde ve sürede var olmamış olmasıdır. Ayrıca DB olan çocukların sınırlı kaynaklar nedeniyle tedaviye ulaşamıyor olabilecekleri ve DB olan bir çocuğun ve ailesinin tedaviye

motivasyonunun ve uyumunun az olabileceği düşünülmektedir (258). Çalışmamızda KOKGB tanısının müdahale grupları ve kontrol grubu arasında homojen dağıldığı saptanmıştır.

Çalışmamızda DEHB'nin dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, dürtüsellik belirtilerinin ve eşlik eden KOKGB ve DB belirtilerinin, müdahale öncesi ve sonrası nasıl farklılaştığının takibini DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği aracılığı ile sağladık. Buradan elde ettiğimiz bulgulara göre DEHB'nin dikkat eksikliği belirtilerinin, hem ilaca ek olarak müdahale verilen 3 grupta hem de sadece ilaç tedavisi ile takip edilen kontrol grubunda anlamlı derecede farklılaştığı görülmüştür.

Ancak grupların ilk ölçümlerinin ve son ölçümlerinin birbiri ile kıyaslanması sonucunda ulaştığımız bulgulara göre ilaç tedavisine ek olarak BDT uygulanan grubunun dikkat sorunlarına yönelik tedavideki etkinliği özellikle kıymetlidir.

Araştırmamızda tedavi öncesinde uygulanan DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeğine göre dikkat eksikliği puanlarının 4 grup arasında benzer olduğu, ikili gruplar karşılaştırıldığında ise sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubunun dikkat eksikliği puanlarının kombine tedavi alan grubun dikkat eksikliği puanlarına göre anlamlı seviyede yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan son ölçümlerde bu iki grup arasındaki anlamlı farklılığın devam ettiği ve kontrol grubunun kombine tedavi alan gruba göre, aynı alanda yüksek puanları korumaya devam ettiği görülmektedir. Buna göre sadece ilaç tedavisi alan grup ile kombine tedavi alan grupların dikkat eksikliği belirtilerini azaltma konusunda birbirlerine bir üstünlüğünün olmadığını belirtebiliriz.

Yine bulgularımıza göre ön ölçümlerde sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubu ile ilaç tedavisine ek sadece ebeveyn eğitimi alan grup arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Aynı şekilde müdahale sonrasında da bu iki grup arasında anlamlı seviyede farklılık olmadığı görülmektedir. Dolayısıyla çalışmamızın bulguları DEHB'nin dikkat eksikliği belirtilerine yönelik sadece ilaç kullanımı ve ilaç kullanımına ek ebeveyn eğitim programı uygulanması arasında da tedavinin etkinliği açısından anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Elbette çalışmamızda kontrol grubu dahil olmak üzere her grubun dikkat sorunlarını iyileştirme konusunda etkin olmasının sebebi ilaç kullanımıdır. Çalışmamızdaki 42 katılımcıdan 40'nin ilaç tedavisini oluşturan metilfenidatın DEHB'nin dikkat sorunlarını iyileştirmedeki etkinliği önceki çalışmalarla bildirilmiştir. 2015 yılında yayınlanmış olan bir çalışma, DEHB'de dikkat eksikliğinden sorumlu olan sinir sistemlerin neler olduğunu ve metilfenidatın bu bölgelerin aktivitesini modüle edip etmediğini değerlendirmeyi amaçlamış ve metilfenidatın dikkat sorunlarının iyileştirilmesinde işlev gördüğünü bildirmiştir (259).

Dikkat eksikliği olan çocukların hiperaktivitenin eşlik ettiği ve etmediği olacak şekilde iki grupta incelenerek metilfenidatin etkinliğinin değerlendirildiği bir çalışmada iki grup arasında ilaç etkinliğinin farklı olmadığı tespit edilmiştir. Bu çalışmaya göre ilaç sadece dikkat eksikliği belirtilerinin varlığında da etkindir (260). Benzer şekilde 7-12 yaş aralığındaki hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği tanısı olan çocuklarda metilfenidatin dikkat sorunları ve okul başarısı üzerine olan etkisi değerlendirilmiş ve ilaç kullanımı sonrasında öncesine göre üstün bir iyileşme sağlandığı görülmüştür (261).

Ancak yapılan ön ölçümlerde dikkat eksikliği alt alanında ilaca ek olarak BDT alan ve ilaca ek olarak ebeveyn eğitimi alan gruplar arasında ve ilaca ek olarak BDT alan grup ile sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubu arasında anlamlı seviyede farklılık bulunmamış olmasına rağmen, müdahaleler sonrası yapılan son ölçümlerde hem ilaca ek olarak ebeveyn eğitimi alan grubun hem de kontrol grubunun dikkat eksikliği puanlarının ilaca ek olarak BDT alan gruba göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Yani çalışmamızın sonuçlarına göre, dikkat sorunlarına yönelik ilaç tedavisine ek olarak uygulamış olduğumuz BDT kılavuzu, tedavinin etkinliğini belirgin derecede arttırmıştır.

Yine yapılan ön ölçümlerde dikkat eksikliği alanında ilaca ek olarak ebeveyn eğitimi alan grup ile kombine tedavi alan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunamamışken, son ölçümlerde ilaca ek olarak ebeveyn eğitimi alan grubun dikkat eksikliği belirtilerinin kombine tedavi alan gruba göre daha yüksek seviyede olduğu görülmüştür. Buna göre çalışmamızda ebeveyn eğitim programının BDT ile birleştirilmesi dikkat sorunlarının tedavisinde daha etkili sonuçlar almamızı sağlamaktadır.

Bu bulgular sonucunda DEHB'nin dikkat eksikliği belirtileri için uygulanan 4 tedavinin de etkin olduğunu ancak ilaca ek olarak uygulanan BDT'nin bu alanda etkinliği arttıran faktör olduğunu belirtebiliriz. Çalışmamıza benzer şekilde etkinliğinin ebeveynler ve öğretmenler tarafından değerlendirildiği bir BDT kılavuzunun dikkat eksikliği belirtilerini azaltma konusunda etkin olduğu bildirilmiştir (262). Ayrıca yetişkinlerde yapılan bir çalışmada sadece ilaç kullanan grup ile ilaca ek olarak BDT uygulanan grubun DEHB'nin tedavisi üzerindeki etkinliği değerlendirilmiş ve ilaç tedavisine BDT'nin eklendiği grubun, dikkat sorunları da dahil olmak üzere, her DEHB belirtisinin tedavisinde daha etkin olduğu gösterilmiştir (263).

Bu çalışmanın en önemli bulgularından birisi 7-11 yaş arası DEHB tanısına sahip çocuklarda, ilaca ek olarak çocuklara ve ebeveynlerine uygulanan müdahalelerin, sadece ilaç kullanımına göre, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirti düzeyini azaltmada daha etkin olmasıdır.

Ön ve son ölçüm verilerine göre DEHB'nin aşırı hareketlilik belirtisinin 3 müdahale grubunda da anlamlı derece azaldığı ancak sadece ilaç alan kontrol grubunun aşırı hareketlilik belirti düzeyinde anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Yapılan ön ölçümlere bakıldığında DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeğinin aşırı hareketlilik alt alanı puanlarının gruplar arasında benzer olduğu ve anlamlı farklılık olmadığı gösterilmiştir. Son ölçümlerde de benzer şekilde puanlar arasında anlamlı seviyede farklılık olmamıştır. Bu alt alandaki verilerimizin toplamı, DEHB'nin aşırı hareketlilik belirtilerini azaltma konusunda ilaca ek olarak verilen, çocuğa ve/veya ebeveyne yönelik psikososyal müdahalelerin, sadece ilaç kullanımına göre daha etkin bir tedavi modeli oluşturduklarını göstermektedir.

Benzer şekilde DEYDB DSM-IV değerlendirme ölçeğinin ön ve son değerlendirmelerine göre dürtüsellik semptomunun üç müdahale grubunda anlamlı derece azaldığı, sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubunun müdahale öncesi ve sonrası değerlendirmelerinde ise dürtüsellik belirtisinde anlamlı bir azalmanın saptanmadığı görülmektedir. Buna ek olarak, ön ölçümlere bakıldığında dürtüsellik alt alanında ki belirtilerin gruplar arasında benzer olduğu, ikili gruplar karşılaştırıldığında ise ilaç tedavisine ek olarak ebeveyn eğitimi alan grubun dürtüsellik puanlarının sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubunun puanlarından anlamlı seviyede yüksek olduğu bulunmuştur. Tedavi sonrasında yapılan değerlendirme de ise iki grup arasında anlamlı farklılığın devam etmediği görülmüştür. Bu durum ilaç tedavisine ek ebeveyn eğitimi alan kişilerde, dürtüsel özelliklerin belirgin derecede azaldığını ve sadece ilaç alan grupla aradaki farkın kapandığını göstermektedir. Dolayısıyla çalışmamızın verileri DEHB'nin dürtüsellik belirtilerini azaltma konusunda da ilaca ek olarak verilen, çocuğa ve/veya ebeveyne yönelik psikososyal müdahalelerin, sadece ilaç kullanımına göre daha etkin bir tedavi sağladıklarını göstermektedir.

DEHB tanılı çocuklarda aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin dirençli özellikler olduğu ve tedavi yanıtının düşük olabildiği, bu sebeple medikal tedaviye ek müdahalelerin eklenmesine ihtiyaç duyulduğu ifade edilmektedir (264). Sonuçlarımıza benzer şekilde DEHB tedavisinde ilaca ek olarak uygulanan psikososyal müdahalelerin aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerini azaltma konusunda sadece ilaç kullanımına göre daha etkin olduğu çeşitli çalışmalarla gösterilmiştir. 7 ila 12 yaş arasındaki DEHB tanılı çocukların ebeveynlerine yönelik uygulanan pozitif ebeveynlik eğitiminin, çocukların dürtüsel belirtilerini iyileştirmede önemli ölçüde etkili olduğunu saptamıştır (265). Ek olarak sadece DEHB'li erkek çocuklarda uygulanan bir ebeveyn eğitimi programının yine özellikle

dürtüsellik davranışlarını azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (266). Bir başka çalışma 44 çocuğun ailelerine uygulanan davranışçı eğitimin çocukların özellikle hiperaktivite semptomlarına olumlu katkısının olduğunu göstermiştir (267).

DEHB belirtilerinin iyileşmesinde farmakolojik olmayan tedavilerin etkinliğini inceleyen ve etki büyüklüklerini kıyaslayan bir çalışma ise ilk sıralarda BDT'yi önermektedir (268). Okul öncesi dönemde BDT'nin tek başına DEHB belirtilerini azaltma konusunda etkin olduğu gösterilmiş olsa da ilkökul çağı itibari ile DEHB'nin tedavisinde tek başına BDT kılavuzlarının etkinliği kanıtlanamamıştır (8,269). Ancak bizim sonuçlarımıza benzer şekilde ilaca ek olarak BDT uygulanmasının sadece ilaç kullanımına göre daha etkili olabileceğini savunan birçok çalışma mevcuttur (196,270–273).

Uygulanan kılavuzların içeriği benzerdir. Amaç çocuklara ve gençlere öz denetim ve problem çözme becerileri kazandırmak, sosyal ve akademik ortamlardaki işlevselliklerini arttırmaktır. DEHB'li çocuklar ve aileleri ile yapılan çeşitli çalışmalar farmakoterapi ile birlikte psikososyal müdahalelerin bir arada verildiği kombine tedavi yaklaşımlarının DEHB belirtilerini ve davranışsal sorunları azaltma konusunda etkin olduğunu bildirmiştir (274,275)(276,277). Çalışmamızın sonuçları örnek araştırmaları destekler niteliktedir.

DEHB'nin tedavisinde ilaçların yerinin önemi net olsa da, ilaca yeterince yanıt vermeyen, ilaç yan etkisi geliştiren veya ilaca yanıt alınmasına rağmen sonrasında hala önemli kısmı semptomları devam eden vakalar bulunabilir (278). Bu noktada ilaçların psikososyal müdahalelerle desteklenmesi DEHB semptomlarının azalmasına katkı sağlar. DEHB'li çocukların aile ortamında, anne babaları ile olan ilişkilerindeki zorlukları düşünüldüğünde ebeveyn eğitim programlarının olumlu etkileşimleri artırma ve çatışmaları azaltma konusundaki etkinliğinin önemi büyüktür (279). Diğer yandan çocukla gerçekleştirilen bireysel terapi seansları çocuklara okul, ev ve arkadaş ortamlarında karşılaştıkları sorunlarını tanıtmayı, uygun çözüm önerileri üretmeyi ve öğrendikleri uygun davranışları pekiştirmelerini öğretmeyi amaçlar. Ebeveyn ve çocuklara yönelik bu müdahalelerin eş zamanlı verilmesi iki tarafında yetkinliğini artırır ve böylece tedaviden alınan fayda artabilir. Ayrıca bu şekilde bir arada verilen tıbbi tedavi ve davranışsal müdahalelerin, uyarıcı ilaçların önemli ölçüde daha düşük dozlarda kullanılmalarına katkıda bulunabileceği belirtmektedir (280).

DEHB tedavisinde ilaç dışı tedaviler açısından bir diğer etkin yöntem okula yönelik girişimleridir (112). 1996-2010 yılları arasında DEHB'ye yönelik okul temelli müdahalelerin etkinliğini değerlendiren bir meta-analiz çalışması, akademik performans ve motivasyonun artırılmasına yönelik yapılan müdahaleler ve sorunları çözme stratejileri

içeren BDT müdahalelerin tümünün akademik ve davranışsal sonuçlar açısından olumlu etkilerle ilişkilendirildiğini bildirmiştir (281). Okul tabanlı ve çok bileşenli müdahalelerin DEHB'li çocukların belirti düzeyine etkisi de değerlendirilmiştir. Çok bileşenli müdahalelerin kısa vadede yıkıcı davranışları azaltma ve akademik performansı artırma konusunda fayda sağladığını gösteren çalışmalar olduğu gibi (282), yine çok bileşenli okul bazlı müdahalelerin minimal düzeyde etkinlik sağladığını belirten çalışmalar da mevcuttur (140)

Araştırmamızda DEYDB DSM-IV değerlendirme ölçeğinin KOKGB alt alanının da her grup için ilk ve son ölçüm değişim düzeyleri incelenmiştir. Bu alandaki değerlendirmelere göre hem ilaca ek olarak müdahale verilen 3 grupta hem de sadece ilaç tedavisi ile takip edilen kontrol grubunda KOKGB belirtilerinin anlamlı derecede azaldığı görülmüştür. Ayrıca yapılan ön ölçümlerde KOKGB belirtilerinin 4 grup arasında farklılık gösterdiği görülmektedir. İkili karşılaştırmalarda ise ilaca ek olarak ebeveyn eğitimi alan grubun KOKGB belirtilerinin kontrol grubuna göre anlamlı seviyede yüksek olduğu görülmüştür. Verilen müdahale sonrası yapılan son ölçümlerde KOKGB belirtilerinin bu iki grup arasında anlamlı seviyede farklılık göstermeye devam ettiği saptanmıştır. Buna göre KOKGB belirtilerini azaltma konusunda, sadece ilaç tedavisi verilmesi ile ilaç tedavisine ek ebeveyn eğitimi verilmesinin tedavi etkinliği açısından birbirine üstünlüğü yoktur.

MTA çalışmasının DEHB komorbidite sıklığı ve tedavi süreçlerinin incelendiği bir çalışmanın sonuçlarına göre, yalnızca KOKGB'nin eşlik ettiği DEHB'li çocuklar psikososyal müdahaleler olmadan sadece ilaç tedavisine iyi yanıt verirken, birden fazla komorbid bozukluğu olan çocuklar kombine tedavilere en iyi şekilde yanıt vermektedir (283). Ayrıca DEHB'ye yönelik kombine tedavinin, eşlik eden psikiyatrik tanılarının varlığında etkin olup olmadığı 7-9 yaş aralığındaki DEHB ve eşlik eden KOKGB olan çocuklarda değerlendirilmiştir. Sadece ilaç tedavisi ve ilaca ek davranışsal tedavinin etkinliği 14 ay boyunca takip edilmiş ve iki grup arasında anlamlı farklılık olmadığı saptanmıştır (284).

Ancak yine ön ölçümlerde yapılan ikili karşılaştırmalarda, kombine tedavi alan grubun KOKGB belirtilerinin sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubuna göre anlamlı seviyede yüksek olduğu görülmüştür. Son ölçümlerde ise KOKGB belirtilerinin bu iki grup arasında anlamlı seviyede farklılık göstermeye devam etmediği saptanmıştır. Bu durum kombine tedavi alan grupta KOKGB belirtilerinin belirgin derecede azaldığını ve sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubu ile aradaki farkın kapandığını göstermektedir.

DEHB'ye eşlik eden KOKGB varlığında uygulanan çok bileşenli tedavilerin üstün bir etkiye sahip olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (285,286) (287).

Ayrıca iki tanının birlikte var olmasının yalnızca DEHB veya yalnızca KOKGB tanılarını karşılayan çocukların prognozundan daha kötü olduğu bilinmektedir (288,289). Bu sebeple DEHB ve eşlik eden KOKGB'nin tedavisi için psikostimülan dozunun iyi titre edilmiş olması gerekmektedir. Bu aşamada psikostimülanların yan etki potansiyelleri, ilacın kesildikten sonra kalıcı etki göstermeyişi ve ilaçlara yanıt vermeyen bir grup çocuğun varlığı psikososyal müdahalelere olan ihtiyacı göstermektedir (290).

DEYDB DSM-IV değerlendirme ölçeğinin taradığı son alt alan DB belirtileridir. Bizim çalışmamızda DB tanısı alan katılımcımız olmadığı gibi, kontrol grubunda DB belirti düzeyi istatistiksel açıdan anlamsız düzeyde gösterilmiştir. Bu sebeple kontrol grubunun bu alan açısından değerlendirilmesi uygun görülmemiştir.

DB belirtilerini müdahale gruplarının ön ve son ölçüm verilerine göre değerlendirdiğimizde ise, ilaç tedavisine ek ebeveyn eğitim programı alan grupta anlamlı derece farklılaşma olduğu saptanmıştır. Yani araştırmamızda uygulamış olduğumuz ebeveyn eğitim programının bu alandaki belirtileri azaltma konusunda etkin bir yöntem olduğu saptanmıştır. Elbette burada DB belirti düzeylerinin nispeten düşük olduğu hatırlatılmalıdır.

Belli DB belirtilerinin varlığı ve devamlılık göstermesi çocuklarda akranları tarafından reddedilme, okul başarısızlığı, madde kötüye kullanımı ve suça karışma gibi çeşitli sorunlar geliştirme açısından risk oluşturmaktadır (291,292). Çocuklardaki davranış sorunları ve bu sorunların devamlılığının olması çoğu zaman ebeveynler ile ilişkili nedenlerden kaynaklanabilmektedir (293). Daha da önemlisi ebeveyn tutumları uygunsuz olduğunda çocukların tedavi yanıtının olumsuz etkilendiği gösterilmiştir (294). Ebeveynlerin DB belirtilerinde oynadıkları rol büyüktür ve bu sebeple tedavinin bir parçası olarak ebeveyn eğitim programları kullanılmış ve etkinliği değerlendirilmiştir. Hem çocuk hem de gençlerin ailelerine uygulanan ebeveyn eğitim programlarının DB belirtilerini azaltma konusunda etkin olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (295,296)(297). Ebeveyn eğitiminin DB belirtilerine yönelik uygulanmasının uzun vadeli etkinliğini değerlendiren bir çalışma da olumlu sonuçlar bildirmiştir (298).

DB belirtileri olan çocuklarda problem çözme becerisinin öğretilmesine ve öfke sorunu ile baş etme becerisinin kazanılmasına yönelik uygulanan bireysel BDT programlarının etkinliğini kanıtlayan çalışmalar mevcuttur (299,300). Yine bireysel uygulanan BDT'nin ebeveyn eğitim programları ile kombinasyonunun da DB belirtilerini azaltma konusunda fayda sağladığı gösterilmiştir (301–304). Ancak burada bahsedilen BDT

modelleri yaşça daha büyük çocuklarda ve daha yoğun seanslarla uygulanır. Çocukların yıkıcı davranışlarının ve öfke sorunlarının yol açtığı problemlerle baş etme becerisi kazandırmayı, başkalarının davranışlarını düşmanca algılama ve saldırgan karşılık verme gibi, uygunsuz akran ilişkileri ve yetersiz öz saygı gibi durumlara yönelik farkındalık kazandırmayı içerirler. Bizim uyguladığımız BDT programı ise sadece DEHB'ye yönelik belirtileri ve buna ek oluşabilecek aile, arkadaş ve okul ortamlarındaki dürtüselliikten kaynaklanan davranış sorunlarını hedef almıştır. Ayrıca bizim uygulamamıza benzer şekilde çok bileşenli tedavi yaklaşımlarının hem çocukluk hem de ergenlik döneminde DB belirtilerine yönelik orta düzeyde etkiler sağladığı bildirilmiştir (301). BDT kılavuzumuzda DB belirtilerinin azaltılması öncelikli hedefimiz olmadığı gibi, örneklemimizde bu alanda bir değerlendirme yapmaya yeterince uygun değildir.

Çalışmamızda duygusal ve davranışsal sorunları taramak, çocukların işlevselliğini incelemek ve müdahale öncesi ve sonrası nasıl farklılaştığını değerlendirmek amacı ile GGA kullanılmıştır. GGA'nın 5 alt alanı ve total etkilenme puanı her grupta incelenmiştir.

GGA'nin duygusal sorunlar, dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik ve akran sorunları alt alanlarında, hem ilaca ek olarak müdahale verilen 3 grupta hem de sadece ilaç tedavisi ile takip edilen kontrol grubunda, ilk ve son ölçüm değerlerinin anlamlı derecede farklılaşmadığı görülmüştür. Ayrıca müdahale öncesi yapılan ölçümlere göre bu 3 alt alanın puanlarının 4 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılaşmadığı ve benzer olduğu, müdahale sonrası yapılan ölçümlerde de gruplar arasındaki bu benzerliğin devam ettiği gösterilmiştir.

Duygusal sorunlar alt alanı puanları müdahale öncesi itibari ile bütün gruplarda düşük olarak belirlenmiştir. Müdahale sonrasında ilaca ek olarak BDT alan ve kombine tedavi verilen gruplarda duygusal sorunların azaldığı belirlenmiştir ancak bu azalma istatistiksel olarak anlamlı bir seviyeye ulaşamamıştır. Çalışmamızda uygulanan BDT duyguları anlamaya, tanımlamaya ve duyguların davranışlarımız üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik alıştırmalar içermektedir. Bu alıştırmaların duygusal sorunlarla baş etme konusunda belli bir düzeyde etkinlik sağladığı belirlenmiştir. Sonuçlarımız kılavuzlarımızın daha büyük bir örneklemde uygulanması ile yapılacak araştırmaların bu alanda umut vaad ettiğini göstermektedir.

GGA'nin dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik alt alanı toplamda 5 adet sorudan oluşmaktadır. Bu sorulardan 2'si dikkat sorunu, 2'si hiperaktivite sorunu ve yalnızca bir tanesi dürtüsellik ile ilgilidir. Uygulamış olduğumuz müdahalelerin özellikle dürtüselliğe yönelik olduğu düşünüldüğünde yapılan ilk ve son ölçümlerde bu alandaki puanların anlamlı

seviyede farklılaşmamış olması anlaşılabilir. Ayrıca GGA'nın klinik olarak DEHB tanısı almış kişilerde duyarlılık/özgüllük seviyesi üzerine ileri analizler yapılmış ve GGA'nın DEHB'ye yeterli duyarlılığın olmadığı gösterilmiştir (305). Yapılan bir araştırmada klinik olarak DEHB tanısı almış kişilerde uygulanan GGA'nın değerlendirmeleri hiperaktivite bozuklukları için %44 duyarlılık bildirmiştir (306). GGA'nın tamamlanması ardından klinik olarak değerlendirilen bir grup çocukla yapılan benzer bir çalışmada ise GGA'nın DEHB için %46 duyarlılık kaydettiği ifade edilmiştir (307).

Hiçbir grupta akran sorunlarının ilk ve son değerlendirmelerinde anlamlı farklılık olmaması akran sorunlarının aileler tarafından yapılan değerlendirmelerinin genel perspektifte değil de değerlendirme zamanına spesifik yapılmış olabileceğinden kaynaklanıyor olabilir (308). Ayrıca akran sorunları ile ilgili yapılmış bir derleme DEHB'li çocukların tedavisinde psikositmülan kullanımına eklenen davranışsal müdahalelerin faydalı olacağını ancak bu kombine tedavinin uzun süre devam ettirilmesi gerektiğini bildirmiştir (309).

GGA'nın sosyal davranış alt alanında yüksek puanın olumlu bir karşılığı vardır. 4 grubun ilk ve son ölçüm sonuçları değerlendirildiğinde ilaca ek olarak ebeveyn eğitim alan grubun sosyal davranış alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı şekilde yükseldiği görülmüştür. İlaça ek olarak BDT alan ve kombine tedavi alan gruplarda bu alanda iyileşme olsa da istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşamamıştır. Sadece ilaç alan kontrol grubunda ise sosyal davranış alt alanı puanları ilk ve son ölçüm arasında herhangi bir değişim göstermemiştir.

Müdahale öncesinde ilaca ek olarak ebeveyn eğitimi alan grup ile kombine tedavi alan grubunun sosyal davranış alt alanı puanları bir birine benzerken, müdahale sonrasında kombine grubun sosyal davranış alt alanı puanlarının ilaca ek olarak ebeveyn eğitimi alan gruba göre anlamlı seviyede yüksek olduğu bulunmuştur. Bu uygulanan kombine tedavinin olumlu sosyal davranışları artırma konusundaki belirgin etkinliğinin bir göstergesidir.

DEHB olan birçok çocuk ve ergen sosyal becerilerdeki yetersizliği sebebi ile sorun yaşar. DEHB belirtileri üzerine eklenen sosyal becerilerdeki eksiklikler DEHB'nin çeşitli ortamlardaki uyumsuzluğunu kötüleştirirler (310–312). Yeterli düzeyde sosyal işlevsellik çocukların optimal gelişimi için temel bir koşul olarak kabul edilmektedir (313). Çalışmamızın sonuçları özellikle ilaca ek olarak uygulanan ebeveyn eğitimi olmak üzere, müdahalelerimizin bu alanda olumlu sonuçları arttırdığını göstermektedir.

Yapılan ilk ve son ölçümlerde davranış sorunları alt alanı puanlarının ilaca ek olarak ebeveyn eğitimi alan ve kombine tedavi verilen gruplarda azalırken, ilaca ek olarak BDT

verilen grupta ve sadece ilaç tedavisi alan kontrol grubunda anlamlı derecede azalmadığı görülmektedir. 2019 yılında yayınlanan ve davranış sorunlarına yönelik 1982 ile 2016 yılları arasında uygulanan psikososyal müdahale programlarını inceleyen bir derleme ebeveyn eğitimi programlarının küçük çocuklarda birinci basamak yaklaşım olarak düşünülmesi gerektiğini oysa BDT'nin yaşça daha büyük çocuklarda ve gençlerde daha iyi etkiye sahip olduğunu belirtmiştir (301). Çalışmamızın sonucu bu bilgiyi destekler niteliktedir.

Oluşturmuş olduğumuz ebeveyn eğitim programı annelere çocuklarının sorunlu ve uygunsuz buldukları davranışları ile çocuğu örselemeden baş etme, davranışı söndürme ve tutarlı bir şekilde disiplin verme konusunda beceri kazandırmayı amaçlamaktadır. Ebeveyn eğitimi programının uygulanmasından bir ay sonra yapılan ikinci ölçüm sonuçları kılavuzumuzun bu alanda başarılı olduğunun kanıtıdır.

Yapılan ön ölçümleri değerlendirdiğimizde davranış sorunları alt alanındaki puanların gruplar arasında benzer olduğunu, ancak ikili değerlendirmelere baktığımızda sadece ilaç alan kontrol grubunun ilaca ek olarak BDT alan gruba göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir. Sön ölçümlerde ise iki grup arasında anlamlı farklılık yok olmaktadır. Bu durum ilaca ek olarak uygulamış olduğumuz BDT kılavuzunun davranış sorunlarına yönelik olarak sadece ilaç tedavisine göre üstünlüğünün olmadığını göstermektedir. BDT kılavuzumuz çocuklara problem çözme becerileri kazandırmayı, dürtüsel davranışlarının önüne geçmeyi ve düşünülmüş kararlar alarak aile ve okul gibi ortamlarda daha az sorun yaşamalarını sağlamayı hedeflemektedir. İlaça ek olarak uygulanan BDT'nin dürtüsel belirti düzeyinde anlamlı derecede bir azalmaya sebep olmuş olması beklenen etkinin göstergesidir. Ancak bu etkinin hem görünür hem de kalıcı olması sonucunda çocukların davranış sorunlarında azalma meydana gelebilir. Bunun için uygulamanın etkinliğinin uzun dönem takibinin gerekli olduğu ve ebeveyn haricinde öğretmenler ve çocukların kendilerinden de değerlendirme alınmasının gerekli olduğu kanısındayız.

GGA aracılığı ile çocukların var olan belirtiler sebebi ile sosyal ve akademik alanlardaki günlük işlevselliklerinin etkilenme düzeyleri incelenmiştir. Yüksek puanlar azalmış işlevselliğin göstergesidir. 4 grubun ön ve son ölçümleri bu alanda değerlendirildiğinde, her bir grupta anlamlı seviyede farklılık saptanmıştır. Ancak 3 müdahale grubunda değerlerin azaldığı yani işlevselliğin arttığı görülürken kontrol grubunda puanlar artmakta yani işlevsellik azalmaktadır.

Yapılan ön ölçümler incelendiğinde sadece ilaç alan kontrol grubunun toplam etkilenme puanının ilaca ek olarak BDT alan, ilaca ek olarak ebeveyn eğitimi alan ve

kombine tedavi alan gruplara göre anlamlı derece düşük olduğu, yani işlevselliğinin daha iyi olduğu görülmektedir. Son ölçümlerde ise bu farklılığın kapandığı görülmektedir. Bunun sebebinin ilaca ek olarak müdahale alan 3 grubun, uygulamalar sonrasında total etkilenme puanlarında ciddi düşüşler yaşamış olması olarak yorumlanmıştır.

Bilimsel yazında BDT ve ebeveyn eğitimi programlarının psikiyatrik tanılarının belirtileri üzerindeki etkilerine değinilmiştir. Mevcut tanının belirtilerinin çocukların bulundukları ortamları ve etkileşimde oldukları kişileri etkileme, bu alanlarda işlevselliklerini azaltma konusundaki etkileri ile ilgili veriler görece azdır. Bu alan ile ilgili değerlendirme yapan çalışmalar, BDT ve ebeveyn eğitim programlarının DEHB'nin çekirdek semptomlarına ek olarak çocukların akademik ve sosyal işlevselliklerine katkı sağladığını ifade etmiştir (16,247). Benzer şekilde çalışmamızın sonuçları BDT kılavuzunun, ebeveyn eğitim programının ve iki müdahaleyi de kapsayan çok bileşenli tedavinin DEHB'nin çekirdek semptomlarını azalttığını ve ek olarak, DEHB'li çocukların akademik ve sosyal işlevselliklerini artırma ve birlikte yaşadıkları kişilerle olan etkileşimlerini iyileştirme üzerine de olumlu katkılar sağladığını göstermektedir.

Çalışmamızın nicel bulguları yazında detaylı şekilde açıklanmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının sosyodemografik özellikleri ve tanısal belirtileri itibari ile homojen oldukları görülmektedir. Ancak araştırmamızın niteliksel bulguları, uygulama süreci, bu süreçte anne-çocuk çiftlerinin katılımı, geri bildirim verme düzeyi de müdahalelerin etkinlik düzeyi için önem arz etmektedir.

İlaca ek olarak BDT alan grubun çocuk katılımcılarının %20'si ev ödevi uygulamasını aksatmıştır. Ayrıca bu gruptaki annelerin %30'u ödül uygulamasına uyum sağlamakta zorlanmıştır. BDT'nin etkinliği, kazanılan becerilerin pekişmesi ve devamlılığın sağlanmasında oldukça önemli olan ödev uygulamasının aksatılması ve çocukların uygulamaya karşı olan motivasyonunu sağlayan önemli bir parametre olan ödül uygulamasının aksatılması, bahsi geçen anne-çocuk çiftlerinin BDT sürecinden aldıkları verimliliği azaltmış olabileceği düşünülmektedir. Ancak yine de terapi sonunda çocuk katılımcıların tamamı başarı sertifikasını alabilmiş ve anneler 1 ay sonrasında yapılan görüşmelerde belli bir verimlilik aldıkları ifade etmişlerdir.

İlaca ek olarak ebeveyn eğitim programı alan grubun katılımcılarının %100'ünün program boyunca aktif katılım sağladıkları ve geri bildirimde bulundukları gözlemlenmiştir. Programın tamamlanmasından 1 ay sonrasında yapılan görüşmelere göre ise ebeveyn eğitimi program içeriğini uyguladıkları ve belli verimlilik aldıkları ifade edilmiştir.

Kombine tedavi grubunun çocuk katılımcılarının %10'u ev ödevi uygulamasını aksatmıştır. Ayrıca bu gruptaki annelerin %20'sinin BDT süresince ödül uygulamasına uyum sağlamakta zorlandıkları gözlenmiştir. Ek olarak bu gruptaki annelerin ebeveyn eğitim programı oturumlarına aktif katılım sağladıkları ve geri bildirimde bulundukları gözlenmiştir. Programın tamamlanmasından 1 ay sonrasında yapılan görüşmelere göre ise ebeveyn eğitimi program içeriğini uyguladıkları ve belli verimlilik aldıkları ifade edilmiştir.

3 müdahale grubunun katılımcıları arasından çalışmayı terk eden olmamıştır. Müdahale sonunda her katılımcı anne tarafından bir memnuniyet anketi doldurulmuştur. En yüksek puanın 5 olduğu bu ankette, bütün maddelerin puanı 4 ve üzeri olarak belirtilmiştir. Anketteki maddeler genel program memnuniyeti, ev ve okul aktivitelerinin kullanışlılığı, programın süre olarak yeterliliği gibi sorulardan oluşturulmuştur. Ayrıca müdahale sonrası yapılan görüşmede ebeveynlere çocukları için bu süreçte ek hizmet arayıp aramadıkları sorulmuştur. Hiçbir anne-çocuk çiftinin ek hizmet ihtiyacı duymadığı bildirilmiştir. Genel olarak ebeveynlerin uygulanan müdahalelerden yana memnuniyet düzeyinin oldukça yüksek olduğu gözlenmiştir.

5.1. ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak, çalışmamızın örneklemini DEHB'li çocuk popülasyonu üzerine herhangi bir genelleme yapmak için küçüktür. Küçük örneklem boyutundan dolayı istatistiksel analizlerde bazı sınırlılıklarımız olmuştur ve bu nedenle müdahalelerin anlamlı etkileri maskelenmiş olabilir. İkinci olarak müdahale belirtilerinin değerlendirilmesi için müdahalelerin uygulanmasından 1 ay sonra ancak sadece bir kez ölçüm yapılmıştır. Bu sebeple müdahale sonrası etkilerin uzun vadede sürekliliğinin olup olmadığı değerlendirilememiştir. Ve üçüncü olarak müdahalelerin etkinliği sadece ebeveynlere yönelik ölçeklerin değerlendirilmesi sonucunda belirlenmiştir. Yaptığımız müdahalenin çocuklar ya da öğretmen tarafından değerlendirilmesi mümkün olmamıştır. Bu konuda yapılmış çalışmaların henüz yeterli olmaması da çalışmayı planlarken bize kısıtlılık oluşturan nedenlerdendir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızda ilaç tedavisine eklenen iki psikososyal müdahalenin ayrı ayrı ve bir arada uygulanmasının etkinliği değerlendirilmektedir. Revize etmiş olduğumuz BDT kılavuzunun HA ve dürtüsellik belirtilerini azaltma konusunda ve çocukların işlevselliğini artırma konusunda sadece ilaç kullanımına kıyasla üstün olduğu ve DE belirtilerini azaltma konusunda diğer tedavi yöntemlerine göre daha belirgin bir etkisinin olduğu gösterilmiştir. Oluşturmuş olduğumuz üç oturumdan oluşan ebeveyn eğitim programının HA, dürtüsellik ve DB belirtilerini azaltma konusunda, çocukların işlevselliğini ve olumlu sosyal davranışlarını artırma ve davranış sorunlarını azaltma konusunda sadece ilaç kullanımına kıyasla üstün olduğu gösterilmiştir. Ve ayrıca ebeveynlere ve çocuklara yönelik müdahalelerin bir arada uygulanmasının HA ve dürtüsellik belirtilerini azaltma konusunda, çocukların işlevselliğini ve olumlu sosyal davranışlarını artırma ve davranış sorunlarını azaltma konusunda sadece ilaç kullanımına kıyasla üstün olduğu gösterilmiştir.

Tedavisinde ilk sırada ilaç kullanımının yer aldığı bir tanıda psikososyal müdahaleler pek sık uygulanmamaktadır. Bunun sebeplerinden biri kısıtlı vakittir. Çalışmamızda uygulamış olduğumuz BDT protokolünün orijinali 20 seanstan oluşmaktadır. Ve DEHB'ye yönelik önerilen ebeveyn eğitimi programlarının hepsi 3 oturumdan daha fazladır. Ülkemizdeki çocuk psikiyatri polikliniklerinin yoğunluğu ve muayene süreleri düşünüldüğünde hekimlerin bu oturumları uygulamalarının zorluğu aşıkardır. Ayrıca günümüzde her iki ebeveynde sıklıkla çalışmakta olduğundan ve çocuklar ilköğretim dönemi itibari ile yoğun ders ve sınav sürecine girdiklerinden ailelerin de bu uzunluktaki tedavi süreçlerine uyum sağlamaları oldukça zordur. Bizim katkımız çocuklara ve ebeveynlerine aktarılmak istenilen bilgileri mümkün olduğunca eksiltmeden, daha kompakt bir hale getirerek, daha az oturum aracılığı ile sunmaktır. BDT ve ebeveyn eğitimi kılavuzları bir arada uygulanabileceği gibi birbirinden bağımsız olarak da uygulanabilir. Ayrıca annelere yönelik ebeveyn eğitim programı çalışmamızdaki gibi grup halinde uygulamaya uygundur. Bu sayede grup eğitimi için uygun fiziki koşullar sağlandığı sürece zamandan ve maliyetten tasarruf edilebilir.

Çalışmamız ilaç kullanımına ek olarak revize etmiş olduğumuz BDT kılavuzunun, oluşturmuş olduğumuz ebeveyn eğitimi programının ve ikisinin bir arada uygulandığı çok bileşenli tedavinin, DEHB’li çocuklardaki belirti ve işlevsellik düzeylerine olan etkisinin araştırıldığı bir randomize kontrollü çalışma olmasıyla bu alanda yapılmış ilk araştırmadır.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda BDT ve ebeveyn eğitimi programlarının klinik ve toplum temelli ortamlarda uygulanarak yaygınlaştırılması, daha geniş popülasyonlarda uygulanması ve etkilerinin uzun vadeli takiplerde değerlendirilmesi önerilir.



KAYNAKLAR

1. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ, Karlan MS, Davis RM, et al. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. JAMA [Internet]. 1998 Apr 8 279(14):1100–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9546570/>
2. Kessler RC, Adler L, Berkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. American Journal of Psychiatry. 2006;163(4):716–23.
3. BARKLEY RA, FISCHER M, EDELBROCK CS, SMALLISH L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1990 ;29(4):546–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2387789/>
4. Daley D, Wales N, Daley D. Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. Child Care Health Dev [Internet]. 2006 Mar 1 ;32(2):193–204. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2214.2006.00572.x>
5. Campbell SB, Breaux AM, Ewing LJ, Szumowski EK. Correlates and predictors of hyperactivity and aggression: A longitudinal study of parent-referred problem preschoolers. J Abnorm Child Psychol [Internet]. 1986 Jun;14(2):217–34. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00915442>
6. Taylor E, Chadwick O, Heptinstall E, Danckaerts M. Hyperactivity and Conduct Problems as Risk Factors for Adolescent Development. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996 Sep 1;35(9):1213–26.
7. Gorman EB, Klorman R, Thatcher JE, Borgstedt AD. Effects of Methylphenidate on Subtypes of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006 Jul 1;45(7):808–16.
8. Pelham WE, Wheeler T, Chronis A. Empirically supported psychosocial treatments for attention deficit hyperactivity disorder. J Clin Child Psychol [Internet]. 1998 ;27(2):190–205. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9648036/>
9. Anastopoulos AD, Guevremont DC, Shelton TL, DuPaul GJ. Parenting stress among families of children with attention deficit hyperactivity disorder. J Abnorm Child Psychol . 1992 ;20(5):503–20. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00916812>
10. Danforth JS, Anderson LP, Barkley RA, Stokes TF. Observations of parent-child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. Clin Psychol Rev. 1991 Jan 1;11(6):703–27.
11. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics [Internet]. 2019 Oct 1 ;144(4):20192528. Available from: [/pediatrics/article/144/4/e20192528/81590/Clinical-Practice-Guideline-for-the-Diagnosis](https://pediatrics/article/144/4/e20192528/81590/Clinical-Practice-Guideline-for-the-Diagnosis)
12. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Jul 1;46(7):894–921.
13. Sci-Hub | Cognitive-behavioral therapies for hyperactive children: Premises, problems, and prospects. Journal of Abnormal Child Psychology, 13(3), 391–409 | 10.1007/bf00912724. Available from: <https://sci-hub.se/10.1007/bf00912724>
14. Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Psychol Rev. 2009 Mar;29(2):129–40.

15. Park WJ, Park SJ, Hwang SD. Effects of Cognitive Behavioral Therapy on Attention Deficit Hyperactivity Disorder among School-aged Children in Korea: A Meta-Analysis. *J Korean Acad Nurs* [Internet]. 2015 Apr 1 ;45(2):169–82. Available from: <https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.2.169>
16. Antshel KM, Olszewski AK. Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics* [Internet]. 2014 Oct 1 ;23(4):825–42. Available from: <http://www.childpsych.theclinics.com/article/S1056499314000339/fulltext>
17. Jehanzeb S, Javed A, Williams MK, Tadros G, Muzaffar S. A Systematic Review of Cognitive Behavioural Therapy as a Non-Pharmacological Intervention for School Aged Children With ADHD. *BJPsych Open* [Internet]. 2023 Jul;9(S1):S56–7. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/systematic-review-of-cognitive-behavioural-therapy-as-a-nonpharmacological-intervention-for-school-aged-children-with-adhd/F0A826D1671DD10939010BC304AD4AFF>
18. Beck JS. Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Ötesi. Balkaya F YB, editor. Ankara: Türk Psikologlar Derneği; 2001.
19. Szigethy E WJFR, editor. Çocuk ve Ergenler için Bilişsel Davranışçı Terapi. Ankara: EMA Tıp Kitabevi; 2019.
20. Zwi M, Jones H, Thorgaard C, York A, Dennis JA. Parent training interventions for attention deficit hyperactivity disorder. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2009 ;(3). Available from: </pmc/articles/PMC4239537/>
21. Liotti M, Pliszka SR, Perez R, Luus B, Glahn D, Semrud-Clikeman M. Electrophysiological correlates of response inhibition in children and adolescents with ADHD: Influence of gender, age, and previous treatment history. *Psychophysiology* [Internet]. 2007 Nov 1 ;44(6):936–48. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-8986.2007.00568.x>
22. Kendall PC, Peterman JS, Cummings CM. Cognitive-behavioral therapy, behavioral therapy, and related treatments in children. *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry: Sixth Edition* [Internet]. 2015 Jul 13 ;496–509. Available from: https://www.researchgate.net/publication/274718350_Cognitive-Behavioural_Therapy_Behavioural_Therapy_and_Related_Treatments_in_Children
23. Van Den Hoofdakker BJ, Van Der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PMG, Minderaa RB, Nauta MH. Effectiveness of behavioral parent training for children with ADHD in routine clinical practice: a randomized controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2007 Oct;46(10):1263–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17885567/>
24. Salbach H, Lenz K, Huss M, Vogel R, Felsing D, Lehmkuhl U. [Treatment effects of parent management training for ADHD]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* [Internet]. 2005 Jan ;33(1):59–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15714841/>
25. Lee PC, Niew WI, Yang HJ, Chen VCH, Lin KC. A meta-analysis of behavioral parent training for children with attention deficit hyperactivity disorder. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2012 Nov ;33(6):2040–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22750360/>
26. N. Motavalli EE, editor. Nörolojik Bozukluklar . Nobel Tıp Kitabevleri; 37–45 p.
27. Barkley RA, Peters H. The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard's Description in 1775 of "Attention Deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). <http://dx.doi.org/10.1177/1087054711432309> [Internet]. 2012 Feb 8 ;16(8):623–30. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1087054711432309>
28. Palmer ED, Finger S. An early description of ADHD (Inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and "mental restlessness" (1798). *Child Psychol Psychiatry Review* [Internet]. 2001 ;6(2):66–73. Available from: https://www.researchgate.net/publication/231944353_An_Early_Description_of_ADHD_Inattentive_Subtype_Dr_Alexander_Crichton_and_'Mental_Restlessness'_1798
29. Thome J, Jacobs KA. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry* [Internet]. 2004 Aug ;19(5):303–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15276664/>
30. Still GF. Some abnormal psychical conditions in children: excerpts from three lectures. *J Atten Disord*. 2006 Nov 10(2):126–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17085622/>
31. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha O. The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* [Internet]. 2010 Dec ;2(4):241–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21258430/>

32. Sci-Hub | Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Türk Pediatri Arşivi, 46(1), 25–28 | 10.4274/tpa.46.27 [Internet]. Available from: <https://sci-hub.se/10.4274/tpa.46.27>
33. Barney SJ, Allen DN, Thaler NS, Park BS, Strauss GP, Mayfield J. Neuropsychological and behavioral measures of attention assess different constructs in children with traumatic brain injury. Clin Neuropsychol [Internet]. 2011 Oct 1;25(7):1145–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21902568/>
34. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd edition. Washington DC: APA Press; 1968.
35. World Health Organization. International Classification of Diseases, Ninth Revision (ICD-9). Geneva; 1978.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (DSM-III). Washington DC: APA Press; 1980.
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th Edition. Washington DC: APA Press; 1994.
38. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva; 1993.
39. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-V) . American Psychiatric Pub; 2013.
40. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. Pediatrics [Internet]. 2015 Apr 1 ;135(4):e994–1001. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25733754/>
41. Polanczyk G, Rohde LA. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2007 Jul ;20(4):386–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17551354/>
42. Salari N, Ghasemi H, Abdoli N, Rahmani A, Shiri MH, Hashemian AH, et al. The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Ital J Pediatr [Internet]. 2023 Dec 1 ;49(1):1–12. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s13052-023-01456-1>
43. Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al. Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health [Internet]. 2013 Aug 7 ;7(1):1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23919416/>
44. Reale L, Bartoli B, Cartabia M, Zanetti M, Costantino MA, Canevini MP, et al. Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD. Eur Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2017 Dec 1 ;26(12):1443–57. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-017-1005-z>
45. Rucklidge JJ. Gender Differences in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Psychiatric Clinics [Internet]. 2010 Jun 1 ;33(2):357–73. Available from: <http://www.psych.theclinics.com/article/S0193953X10000213/fulltext>
46. Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J. Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2001 ;40(2):241–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11211374/>
47. (PDF) Estimations of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Marabino children [Internet]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/10978367_Estimations_of_the_prevalence_of_attention_deficit_hyperactivity_disorder_in_Marabino_children
48. Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, Miettunen J, Smalley SL, McGough JJ, et al. ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 2007 ;46(12):1605–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18030082/>
49. Montiel C, Peña JA, Montiel-Barbero I, Polanczyk G. Prevalence rates of attention deficit/hyperactivity disorder in a school sample of Venezuelan children. Child Psychiatry Hum Dev [Internet]. 2008 Sep ;39(3):311–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18157741/>

50. Hurtig T, Ebeling H, Taanila A, Miettunen J, Smalley SL, McGough JJ, et al. ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2007 ;46(12):1605–13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18030082/>
51. Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J. Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2001 ;40(2):241–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11211374/>
52. Smalley SL, McGough JJ, Moilanen IK, Loo SK, Taanila A, Ebeling H, et al. Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2007 ;46(12):1575–83. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18030079/>
53. Adewuya AO, Famuyiwa OO. Attention deficit hyperactivity disorder among Nigerian primary school children prevalence and co-morbid conditions. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2007 Feb 28 ;16(1):10–5. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-006-0569-9>
54. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2013 Jan ;54(1):3–16. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22963644/>
55. Faraone S V., Larsson H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2019 Apr 1 ;24(4):562. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30988889/>
56. Biederman J, Faraone S V., Mick E, Spencer T, Wilens T, Kiely K, et al. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. *Am J Psychiatry* [Internet]. 1995;152(3):431–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7864271/>
57. Hecthman L. Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder. In: Saddock BJ SV, editor. *Comprehensive Textbook of Psychiatry* . USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 2679–92.
58. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, Van Daalen E, Fegert J, et al. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): Clinical implications and treatment practice suggestions. *European Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2004 ;14(1):11–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14659983/>
59. Thapar A, O'Donovan M, Owen MJ. The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Hum Mol Genet* [Internet]. 2005 Oct 15 ;14 Spec No. 2(SUPPL. 2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16244326/>
60. Li Z, Chang S hua, Zhang L yan, Gao L, Wang J. Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review. *Psychiatry Res* [Internet]. 2014 Sep 30 ;219(1):10–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24863865/>
61. Tamm L, Barnea-Goraly N, Reiss AL. Diffusion tensor imaging reveals white matter abnormalities in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychiatry Res* [Internet]. 2012 May 31 ;202(2):150–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22703620/>
62. Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2002 ;3(8):617–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12154363/>
63. Filipek PA, Semrud-Clikeman M, Steingard RJ, Renshaw PF, Kennedy DN, Biederman J. Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology* [Internet]. 1997 ;48(3):589–601. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9065532/>
64. Ellison-Wright I, Ellison-Wright Z, Bullmore E. Structural brain change in Attention Deficit Hyperactivity Disorder identified by meta-analysis. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2008 Jun 30 ;8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18590567/>
65. Frodl T, Skokauskas N. Meta-analysis of structural MRI studies in children and adults with attention deficit hyperactivity disorder indicates treatment effects. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2012 Feb;125(2):114–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22118249/>
66. Shaw P, Gilliam M, Liverpool M, Weddle C, Malek M, Sharp W, et al. Cortical Development in Typically Developing Children With Symptoms of Hyperactivity and Impulsivity: Support for a

- Dimensional View of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2011 Feb;168(2):143. Available from: [/pmc/articles/PMC3268520/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22418014/)
67. Shaw P, Malek M, Watson B, Sharp W, Evans A, Greenstein D. Development of cortical surface area and gyrification in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2012 Aug 1;72(3):191–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22418014/>
 68. Beaulieu C. The basis of anisotropic water diffusion in the nervous system - a technical review. *NMR Biomed* [Internet]. 2002 Nov [cited 2024 Jan 18];15(7–8):435–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12489094/>
 69. Aoki Y, Cortese S, Castellanos FX. Research Review: Diffusion tensor imaging studies of attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analyses and reflections on head motion. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018 Mar 1;59(3):193–202.
 70. Glover GH. Overview of functional magnetic resonance imaging. *Neurosurg Clin N Am* [Internet]. 2011 Apr;22(2):133–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21435566/>
 71. Weyandt L, Swentosky A, Gudmundsdottir BG. Neuroimaging and ADHD: fMRI, PET, DTI findings, and methodological limitations. *Dev Neuropsychol* [Internet]. 2013 May 1;38(4):211–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23682662/>
 72. Rubia K, Halari R, Christakou A, Taylor E. Impulsiveness as a timing disturbance: neurocognitive abnormalities in attention-deficit hyperactivity disorder during temporal processes and normalization with methylphenidate. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences* [Internet]. 2009 Jul 7;364(1525):1919. Available from: [/pmc/articles/PMC2685816/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23682662/)
 73. Russell VA. Overview of Animal Models of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Curr Protoc Neurosci* [Internet]. 2011 Jan 1;54(1):9.35.1–9.35.25. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/0471142301.ns0935s54>
 74. Kieling C, Goncalves RRF, Tannock R, Castellanos FX. Neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2008 Apr;17(2):285–307. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18295147/>
 75. Durston S, Casey BJ. What have we learned about cognitive development from neuroimaging? *Neuropsychologia* [Internet]. 2006 ;44(11):2149–57. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16303150/>
 76. MacMaster FP, Carrey N, Sparkes S, Kusumakar V. Proton spectroscopy in medication-free pediatric attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2003 Jan 15 ;53(2):184–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12547476/>
 77. Moore CM, Biederman J, Wozniak J, Mick E, Aleardi M, Wardrop M, et al. Differences in brain chemistry in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder with and without comorbid bipolar disorder: a proton magnetic resonance spectroscopy study. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2006 Feb;163(2):316–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16449488/>
 78. Nomura Y, Marks DJ, Halperin JM. Prenatal exposure to maternal and paternal smoking on attention deficit hyperactivity disorders symptoms and diagnosis in offspring. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2010 Sep;198(9):672–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20823730/>
 79. Olcay ÇAM M, Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü E, Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Sorumlu Yazar EA, Miray Topcu E, Makalesi A. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Yaşam Kaliteleri ile Ebeveynlerinin Gletişim Becerileri Arasındaki İlişki. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* [Internet]. 2022 Dec 29;38(3):217–28. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/eghehemsire/issue/74547/1082923>
 80. Banerjee T, Das, Middleton F, Faraone S V. Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. *Acta Paediatr* [Internet]. 2007 Sep;96(9):1269–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17718779/>
 81. Ornoy A, Daka L, Goldzweig G, Gil Y, Mjen L, Levit S, et al. Neurodevelopmental and psychological assessment of adolescents born to drug-addicted parents: effects of SES and adoption. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2010 May;34(5):354–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20359750/>
 82. Linnet KM, Wisborg K, Secher NJ, Hove Thomsen P, Obel C, Dalgaard S, et al. Coffee consumption during pregnancy and the risk of hyperkinetic disorder and ADHD: a prospective cohort study. *Acta Paediatr* [Internet]. 2009 Jan;98(1):173–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18764862/>

83. Faraone S V., Biederman J. Neurobiology of attention-deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry* [Internet]. 1998 Nov 15;44(10):951–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9821559/>
84. Minder B, Das-Smaal EA, Brand EF, Orlebeke JF. Exposure to lead and specific attentional problems in schoolchildren. *J Learn Disabil* [Internet]. 1994;27(6):393–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7519655/>
85. Froehlich TE, Anixt JS, Loe IM, Chirdkiatgumchai V, Kuan L, Gilman RC. Update on Environmental Risk Factors for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2011 Oct 13(5):333. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21727258/>
86. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2019;144(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31570648/>
87. Karadağ M, Üniversitesi BV, Bilimleri S, Bursa E. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocukların Fiziksel Aktivite Düzeyleri. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* [Internet]. 2021 Jun 30;8(2):343–52. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/cbusbed/issue/62804/925366>
88. Ercan ES. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. 5. Baskı. İstanbul: Doğan Kitap; 2009.
89. Ghuman JK, Ghuman HS. Pharmacologic intervention for attention-deficit hyperactivity disorder in preschoolers: is it justified? *Paediatr Drugs* [Internet]. 2013 Feb;15(1):1–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23329386/>
90. Ghuman JK, Arnold LE, Anthony BJ. Psychopharmacological and Other Treatments in Preschool Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Current Evidence and Practice. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet]. 2008 Oct 1;18(5):413. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1855821/>
91. Barkley R. Attention Deficit Hyperactivity Disorder : A handbook for diagnosis and treatment. Third Edition. The Guilford Press; 2006.
92. Wolraich ML, Hagan JF, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2019;144(4). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31570648/>
93. Langley K, Fowler T, Ford T, Thapar AK, Van Den Bree M, Harold G, et al. Adolescent clinical outcomes for young people with attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2010 Mar;196(3):235–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20194547/>
94. Swift KD, Hall CL, Marimuttu V, Redstone L, Sayal K, Hollis C. Transition to adult mental health services for young people with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a qualitative analysis of their experiences. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013 Mar 5;13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23497082/>
95. Surman CBH, Biederman J, Spencer T, Miller CA, McDermott KM, Faraone S V. Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Atten Defic Hyperact Disord* [Internet]. 2013 Sep;5(3):273–81. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23413201/>
96. İnci SB, İpci M, Akyol Ardiç U, Ercan ES. Psychiatric Comorbidity and Demographic Characteristics of 1,000 Children and Adolescents With ADHD in Turkey. *J Atten Disord* [Internet]. 2019 Sep 1;23(11):1356–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27581245/>
97. Jensen PS. A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. The MTA Cooperative Group. Multimodal Treatment Study of Children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1999;56(12):1073–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10591283/>
98. Goldstein LH, Harvey EA, Friedman-Weieneth JL. Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part III: investigating differences in parenting practices and parenting stress. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2007 Feb;35(1):125–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17136458/>
99. Waschbusch DA. A meta-analytic examination of comorbid hyperactive-impulsive-attention problems and conduct problems. *Psychol Bull* [Internet]. 2002;128(1):118–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11843545/>

100. Abramovitch A, Dar R, Mittelman A, Wilhelm S. Comorbidity Between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder Across the Lifespan: A Systematic and Critical Review. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2015 Jan 1;23(4):245–62. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26052877/>
101. Bélanger SA, Andrews D, Gray C, Korczak D. ADHD in children and youth: Part 1—Etiology, diagnosis, and comorbidity. *Paediatr Child Health* [Internet]. 2018 Oct 24;23(7):447–53. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/pch/pxy109>
102. Groth C, Mol Debes N, Rask CU, Lange T, Skov L. Course of Tourette Syndrome and Comorbidities in a Large Prospective Clinical Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2017 Apr 1;56(4):304–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28335874/>
103. Ogundele MO, Ayyash HF. Review of the evidence for the management of co-morbid Tic disorders in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *World J Clin Pediatr* [Internet]. 2018 Feb 2;7(1):36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/305803563/>
104. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Pfanner C, Arcangeli F. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2006 Jan;47(1):42–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16324901/>
105. Jensen PS, Hinshaw SP, Swanson JM, Greenhill LL, Keith Conners C, Eugene Arnold L, et al. Findings from the NIMH Multimodal Treatment Study of ADHD (MTA): implications and applications for primary care providers. *J Dev Behav Pediatr* [Internet]. 2001;22(1):60–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11265923/>
106. Hammerness P, Geller D, Petty C, Lamb A, Bristol E, Biederman J. Does ADHD moderate the manifestation of anxiety disorders in children? *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2010 Feb;19(2):107–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19543790/>
107. Jarrett MA, Wolff JC, Davis TE, Cowart MJ, Ollendick TH. Characteristics of Children With ADHD and Comorbid Anxiety. *J Atten Disord* [Internet]. 2016 Jul 1;20(7):636–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22863769/>
108. Bell AS. A critical review of ADHD diagnostic criteria: what to address in the DSM-V. *J Atten Disord* [Internet]. 2011 Jul;15(1):3–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20418468/>
109. Antshel KM, Zhang-James Y, Faraone S V. The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2013;13(10):1117–28. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24117274/>
110. Mukaddes NM, Hergner S, Tanidir C. Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: similarities and differences. *World J Biol Psychiatry* [Internet]. 2010 Dec;11(8):964–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20735157/>
111. Feldman ME, Charach A, Bélanger SA. ADHD in children and youth: Part 2—Treatment. *Paediatr Child Health* [Internet]. 2018 Oct 24;23(7):462–72. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/pch/pxy113>
112. S P. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2007 Jul;46(7):894–921. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17581453/>
113. Arnsten AFT, Pliszka SR. Catecholamine influences on prefrontal cortical function: relevance to treatment of attention deficit/hyperactivity disorder and related disorders. *Pharmacol Biochem Behav* [Internet]. 2011 Aug;99(2):211–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21295057/>
114. Stephan M. Stahl. Stahl's essential psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications . 4th Edition.
115. Spencer T, Biederman J, Wilens T, Harding M, O'Donneel D, Griffin S. Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 1996;35(4):409–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8919704/>
116. Banaschewski T, Johnson M, Lecendreux M, Zuddas A, Adeyi B, Hodgkins P, et al. Health-related quality of life and functional outcomes from a randomized-withdrawal study of long-term lisdexamfetamine dimesylate treatment in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *CNS Drugs* [Internet]. 2014;28(12):1191–203. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25139785/>

117. Swanson JM, Arnold LE, Molina BSG, Sibley MH, Hechtman LT, Hinshaw SP, et al. Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence, source discrepancy, and height suppression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 2017 Jun 1;58(6):663–78. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpp.12684>
118. Jensen PS, Kettle L, Roper MT, Sloan MT, Dulcan MK, Hoven C, et al. Are Stimulants Overprescribed? Treatment of ADHD in Four U.S. Communities. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Jul 1;38(7):797–804.
119. Pitzianti MB, Spiridigliozzi S, Bartolucci E, Esposito S, Pasini A. New Insights on the Effects of Methylphenidate in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Front Psychiatry*. 2020 Sep 30;11:531092.
120. Malone MA, Swanson JM. Effects of methylphenidate on impulsive responding in children with attention-deficit hyperactivity disorder. *J Child Neurol* [Internet]. 1993;8(2):157–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8505479/>
121. HALPERIN JM, MATIER K, BEDI G, SHARMA V, NEWCORN JH. Specificity of Inattention, Impulsivity, and Hyperactivity to the Diagnosis of Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 Mar 1;31(2):190–6.
122. AUGUST GJ, GARFINKEL BD. The Nosology of Attention-deficit Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1993 Jan 1;32(1):155–65.
123. Graham J, Coghill D. Adverse Effects of Pharmacotherapies for Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *CNS Drugs* 2008 22:3 [Internet]. 2012 Aug 29;22(3):213–37. Available from: <https://link.springer.com/article/10.2165/00023210-200822030-00003>
124. Hennissen L, Bakker MJ, Banaschewski T, Carucci S, Coghill D, Danckaerts M, et al. Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *CNS Drugs* [Internet]. 2017 Mar 1;31(3):199–215. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40263-017-0410-7>
125. Kratochvil CJ, Bohac D, Harrington M, Baker N, May D, Burke WJ. An open-label trial of tomoxetine in pediatric attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol* [Internet]. 2001;11(2):167–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11436956/>
126. Garnock-Jones KP, Keating GM. Atomoxetine: a review of its use in attention-deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. *Paediatr Drugs* [Internet]. 2009;11(3):203–26. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19445548/>
127. Michelson D, Faries D, Wernicke J, Kelsey D, Kendrick K, Sallee FR, et al. Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics* [Internet]. 2001;108(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11694667/>
128. Wietecha LA, Ruff DD, Allen AJ, Greenhill LL, Newcorn JH. Atomoxetine tolerability in pediatric and adult patients receiving different dosing strategies. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2013;74(12):1217–23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24434090/>
129. Spencer T, Heiligenstein JH, Biederman J, Faries DE, Kratochvil CJ, Keith Conners C, et al. Results from 2 proof-of-concept, placebo-controlled studies of atomoxetine in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2002;63(12):1140–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12523874/>
130. Hennissen L, Bakker MJ, Banaschewski T, Carucci S, Coghill D, Danckaerts M, et al. Cardiovascular Effects of Stimulant and Non-Stimulant Medication for Children and Adolescents with ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis of Trials of Methylphenidate, Amphetamines and Atomoxetine. *CNS Drugs* [Internet]. 2017 Mar 1;31(3):199. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/275336546/>
131. Rains A, Seahill L. Nonstimulant medications for the treatment of ADHD. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* [Internet]. 2006;19(1):44–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16464217/>
132. (PDF) Depressive, anxiety and stress levels among mothers of ADHD children and their relationships to ADHD symptoms [Internet]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/281856931_Depressive_anxiety_and_stress_levels_among_mothers_of_ADHD_children_and_their_relationships_to_ADHD_symptoms

133. Hunt M, Cleaver S, Hudon A. Commentary on Shah et al. *Physiother Can* [Internet]. 2019 Jun 1;71(3):220–1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31721822/>
134. Hughes AA HKKP. Anksiyete bozukluğu olan çocukların ailelerinde aile işleyişi. *FamPsychol*; 2009. 325–328 p.
135. Anastopoulos AD, Shelton TL, DuPaul GJ, Guevremont DC. Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 1993 Oct;21(5):581–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8294653/>
136. Risley S, Ciesielski HA, Loren REA, Peugh J, Tamm L. Effectiveness of behavioral parent training in the outpatient setting for preschoolers at risk for ADHD. *J Behav Cogn Ther*. 2020 Dec 1;30(4):291–300.
137. Gerrard L AA. DEHB ile erken çocukluk döneminde anne-çocuk bağlanması arasındaki ilişki. 2005.
138. A case study using cognitive-behavioral therapy-management of ADHD - ProQuest [Internet]. Available from: <https://www.proquest.com/openview/ef2d32b05534a17dbfe930d5b2bba065/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2032134>
139. Abikoff H. Cognitive Training in Treatment of Hyperactivity in Children-Reply. *Arch Gen Psychiatry*. 1987 Mar 1;44(3):296.
140. Bloomquist ML, August GJ, Ostrander R. Effects of a school-based cognitive-behavioral intervention for ADHD children. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 1991 Oct;19(5):591–605. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1770187/>
141. Cameron MI, Robinson VMJ. Effects of cognitive training on academic and on-task behavior of hyperactive children. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 1980 Sep;8(3):405–19. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7410738/>
142. Muñoz-Solomando A, Kendall T, Whittington CJ. Cognitive behavioural therapy for children and adolescents. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2008 Jul;21(4):332–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18520736/>
143. Benjamin CL, Puleo CM, Settiani CA, Brodman DM, Edmunds JM, Cummings CM, et al. History of cognitive-behavioral therapy in youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* [Internet]. 2011 Apr;20(2):179–89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21440849/>
144. Hollon SD BATLM (Ed.). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy.
145. Pelham WE, Fabiano GA. Evidence-Based Psychosocial Treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* [Internet]. 2008 Jan;37(1):184–214. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15374410701818681>
146. Sadock BJ SVA. Psikiyatrinin özeti: Davranış bilimi/klinik psikiyatri. Lippincott Williams & Wilkins, editor. 2007.
147. Christiansen L, Beck MM, Bilenberg N, Wienecke J, Astrup A, Lundbye-Jensen J. Effects of Exercise on Cognitive Performance in Children and Adolescents with ADHD: Potential Mechanisms and Evidence-based Recommendations. *J Clin Med* [Internet]. 2019 Jun 1;8(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31212854/>
148. Vaisman N, Kaysar N, Zaruk-Adasha Y, Pelled D, Brichon G, Zwingelstein G, et al. Correlation between changes in blood fatty acid composition and visual sustained attention performance in children with inattention: effect of dietary n-3 fatty acids containing phospholipids. *Am J Clin Nutr* [Internet]. 2008 May 1;87(5):1170–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18469236/>
149. Hirayama S, Terasawa K, Rabeler R, Hirayama T, Inoue T, Tatsumi Y, et al. The effect of phosphatidylserine administration on memory and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder: a randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* [Internet]. 2014;27(SUPPL2):284–91. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jhn.12090>
150. Barragán E, Breuer D, Döpfner M. Efficacy and Safety of Omega-3/6 Fatty Acids, Methylphenidate, and a Combined Treatment in Children With ADHD. *J Atten Disord* [Internet]. 2017 Mar 1;21(5):433–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24464327/>
151. Buchhorn R, Koenig J, Jarczok MN, Eichholz H, Willaschek C, Thayer JF, et al. A case series on the potential effect of omega-3-fatty acid supplementation on 24-h heart rate variability and its circadian

- variation in children with attention deficit (hyperactivity) disorder. *Atten Defic Hyperact Disord* [Internet]. 2018 Jun 1;10(2):135–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28975530/>
152. Caye A, Swanson JM, Coghill D, Rohde LA. Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular Psychiatry* 2018 24:3 [Internet]. 2018 Jun 28;24(3):390–408. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41380-018-0116-3>
 153. Hollander E, Evers M. New developments in impulsivity. *Lancet* [Internet]. 2001 Sep 22;358(9286):949–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11583745/>
 154. Jon E. Grant MNP, editor. *The Oxford Handbook of Impulse Control Disorders* .
 155. Eysenck SBG. The I7: Development of a measure of impulsivity and its relationship to the superfactors of personality. *The impulsive client: Theory, research, and treatment*. 2004 Oct 27;141–9.
 156. Robert M Stelmack, editor. *On the Psychobiology of Personality: Essays in Honor of Marvin Zuckerman* .
 157. Vista de Impulsivity: a review | Psicothema [Internet]. [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8495/8359>
 158. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* [Internet]. 1997;121(1):65–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9000892/>
 159. Hollander E SD. *Clinical Manual of Impulse-control Disorders*. Arlington. American: Psychiatric Publishing; 2005.
 160. Rachlin H. *The Science of Self Control*. . Cambridge: Harvard University Press; 2000.
 161. Ercan ES, AC. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu* . Pupa Yayınları; 2014.
 162. Sharma A, Couture J. A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Ann Pharmacother* [Internet]. 2014 Feb;48(2):209–25. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24259638/>
 163. Dürtüsellüğün Nöroanatomik ve Nörokimyasal Temelleri Neuroanatomical and Neurochemical Basis of Impulsivity.
 164. Goldstein S ve GM. *Hyperactivity : Why Won't My Child Pay Attention* . New York: John Wiley & Sons; 1992.
 165. Levitt EE. The results of psychotherapy with children: An evaluation. *J Consult Psychol*. 1957 Jun;21(3):189–96.
 166. M. Hakan Türkçapar AES. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapiler: Tarihçe ve Gelişim* . 2012.
 167. Türkçapar MH. *Bilişsel terapi: temel ilkeler ve uygulamalar*. HYB Basım Yayın; 2006.
 168. Mathews J. “Stoicism and CBT: Is Therapy A Philosophical Pursuit?”. *Virginia : Counseling*; 2015.
 169. Beck AT. THINKING AND DEPRESSION. II. THEORY AND THERAPY. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1964;10(6):561–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14159256/>
 170. Beck AT. Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1963 Oct 1;9(4):324–33. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/488402>
 171. Wright J, editor. *Cognitive Behavior Therapy: Basic Principles and Recent Advances*. 2006. 173–178 p.
 172. Stallard P. *Anksiyete Çocuk ve Gençlerde Bilişsel Davranışçı terapi*. Gümüş YY G V, editor. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2019.
 173. Boettcher Minijarez M MRFEPJ. *Cognitive and Behavioral Therapies*. Martin A Bloch MH, Volkmar FR. *Lewis's Child And Adolescent Psychiatry A Comprehensive textbook*. 5th edition. China: wolters Kluwer; 2018. 2123–2206 p.
 174. Özel Özcan Ö BF. *Bilişsel Davranışçı Terapi. Çocuk ve Ergen ruh sağlığı ve Hastalıkları*. 2nd ed. Pekcanlar Akay A EE, editor. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Piskiyatri Derneği; 2016. 641–655 p.
 175. Sci-Hub | Flexible Applications of the Coping Cat Program for Anxious Youth. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(2), 142–153 | 10.1016/j.cbpra.2009.11.002. Available from: <https://sci-hub.se/10.1016/j.cbpra.2009.11.002>

176. Kendall PC HKA. Coping cat workbook (Child therapy workbook series. 2nd ed. Ardmore; 2006.
177. Lyneham HJ AMWA, & RR. Cool Kids Program-Children's Workbook. 2003. Sydney: Centre for Emotional Health, Macquarie University; 2003.
178. Sorias O BT& TSS. Korku Avcısı: anksiyete bozukluğu olan çocuklar için terapi rehberi. . İzmir: Ege üniversitesi Basımevi; 2009.
179. Barrett PM. Friends for life group leader manual-canadian edition. Canada: Queens Press; 2004.
180. Webb C, Hayes AM, Grasso D, Laurenceau JP, Deblinger E. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth: Effectiveness in a community setting. *Psychol Trauma*. 2014 Sep;6(5):555–62.
181. Van Der Mheen M, Legerstee JS, Dieleman GC, Hillegers MHJ, Utens EMWJ. Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety Disorders in Young Children: A Dutch Open Trial of the Fun FRIENDS Program. *Behaviour Change* [Internet]. 2020 Apr 1;37(1):1–12. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/behaviour-change/article/cognitive-behavioural-therapy-for-anxiety-disorders-in-young-children-a-dutch-open-trial-of-the-fun-friends-program/F96B3946D80FED46F0DF9D44CF8B6796>
182. Hajmohammadi Z, Haji Alizadeh K, Aeni B. The Effectiveness of a Coping Cat Program on Symptoms of Anxiety Disorders in Primary Schools. *Int J Pediatr* [Internet]. 2021 Nov 1;9(11):14801–11. Available from: https://ijp.mums.ac.ir/article_17770.html
183. Arkar H, Sevi EST, Bildik T. Çocukluk Çağı Kaygı Bozukluklarında Bilişsel Davranışçı Terapi, İlaç Tedavisi ve Kombine Tedavinin Etkililiğinin Karşılaştırılması. 2016; Available from: <https://geris.ege.edu.tr/handle/11454/11484>
184. Arendt K, Thastum M, Hougaard E. Efficacy of a Danish version of the Cool Kids program: a randomized wait-list controlled trial. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 2016 Feb 1;133(2):109–21. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.12448>
185. Santesteban-Echarri O, Hernández-Arroyo L, Rice SM, Güerre-Lobera MJ, Serrano-Villar M, Espín-Jaime JC, et al. Adapting the Brief Coping Cat for Children with Anxiety to a Group Setting in the Spanish Public Mental Health System: a Hybrid Effectiveness-Implementation Pilot Study. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2018 Oct;27(10):3300–15. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-018-1154-9>
186. Moloud R, Saeed Y, Mahmonir H, Rasool GA. Cognitive-behavioral group therapy in major depressive disorder with focus on self-esteem and optimism: an interventional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022 Dec 1;22(1):1–11. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12888-022-03918-y>
187. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2015 Feb 28;225(3):236–46.
188. Alimoradi Z, Jafari E, Broström A, Ohayon MM, Lin CY, Griffiths MD, et al. Effects of cognitive behavioral therapy for insomnia (CBT-I) on quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2022 Aug 1;64:101646.
189. Cohen JA MADE. Treating trauma and traumatic grief in children & adolescents. New York: Guilford Press; 2006.
190. Meichenbaum DH, Goodman J. Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *J Abnorm Psychol*. 1971 Apr;77(2):115–26.
191. Dush DM, Hirt ML, Schroeder HE. Self-Statement Modification in the Treatment of Child Behavior Disorders: A Meta-Analysis. *Psychol Bull*. 1989;106(1):97–106.
192. Sci-Hub | Cognitive and Behavioral Treatment of Impulsivity in Children: A Meta-Analytic Review of the Outcome Literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(4), 400–412 | 10.1207/s15374424jccp2004_9. Available from: https://sci-hub.se/10.1207/s15374424jccp2004_9
193. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull* [Internet]. 1997;121(1):65–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9000892/>
194. Weyandt LL. Book Review: Barkley, R. A. (2006). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment (3rd ed.). New York: Guilford. *J Atten Disord*. 2007 Sep;11(2):179–80.

195. Hinshaw SP. Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychol Bull.* 1992;111(1):127–55.
196. Kendall PC, Braswell L. Cognitive-behavioral self-control therapy for children: a components analysis. *J Consult Clin Psychol*;50(5):672–89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7142541/>
197. Philip C. Kendall LB. Cognitive-behavioral Therapy for Impulsive Children .
198. Philip C. Kendall. Dürtü Sorunu ve DEHB için Bilişsel Davranışçı Terapi . Görmez V AYH, editor. Apamer Psikoloji Yayınları; 2021
199. Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior? – PubMed. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1939676/>
200. Miranda A. Efficacy of Cognitive-Behavioral therapy in the treatment of children with adhd, with and without aggressiveness. *Psychol Sch* [Internet]. 2000 Jan 1; Available from: https://www.academia.edu/9992248/Efficacy_of_Cognitive_Behavioral_therapy_in_the_treatment_of_children_with_adhd_with_and_without_aggressiveness
201. Kendall PC, Reber M, McLeer S, Epps J, Ronan KR. Cognitive-behavioral treatment of conduct-disordered children. *Cognit Ther Res* [Internet]. 1990 Jun;14(3):279–97. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01183997>
202. Jehanzeb S, Javed A, Williams MK, Tadros G, Muzaffar S. A Systematic Review of Cognitive Behavioural Therapy as a Non-Pharmacological Intervention for School Aged Children With ADHD. *BJPsych Open* [Internet]. 2023 Jul;9(S1):S56–7. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/systematic-review-of-cognitive-behavioural-therapy-as-a-nonpharmacological-intervention-for-school-aged-children-with-adhd/F0A826D1671DD10939010BC304AD4AFF>
203. Nimmo-Smith V, Merwood A, Hank D, Brandling J, Greenwood R, Skinner L, et al. Non-pharmacological interventions for adult ADHD: a systematic review. *Psychol Med* [Internet]. 2020 Mar 1;50(4):529–41. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/nonpharmacological-interventions-for-adult-adhd-a-systematic-review/538F70FB89C5B687F4A75E7431E63B38>
204. Abdolalizadeh Y, Neiazi J. The effect of cognitive-behavioral strategy training on the symptoms of ADHD in preschool children. *Journal of Research in Psychopathology* [Internet]. 2020 Oct 1;1(2):25–32. Available from: https://jrp.uma.ac.ir/article_1085.html
205. DuPaul GJ, Eckert TL. The effects of school-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analysis. *School Psych Rev.* 1997;26(1):5–27.
206. Bear RA, Nietzel MT. Cognitive and Behavioral Treatment of Impulsivity in Children: A Meta-Analytic Review of the Outcome Literature. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* [Internet]. 1991 Dec;20(4):400–12. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp2004_9
207. Abikoff H, Gittelman R. Hyperactive children treated with stimulants. Is cognitive training a useful adjunct? *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1985;42(10):953–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2864027/>
208. Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, et al. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy.* 2015 Dec 1;75:60–71.
209. Sciberras E, Mulraney M, Anderson V, Rapee RM, Nicholson JM, Efron D, et al. Managing Anxiety in Children With ADHD Using Cognitive-Behavioral Therapy: A Pilot Randomized Controlled Trial. <https://doi.org/10.1177/1087054715584054> [Internet]. 2015 May 4;22(5):515–20. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1087054715584054?journalCode=jada>
210. Sci-Hub | Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9(3), 247–269 | 10.1016/s1359-1789(03)00072-7 [Internet]. Available from: [https://sci-hub.se/10.1016/s1359-1789\(03\)00072-7](https://sci-hub.se/10.1016/s1359-1789(03)00072-7)
211. BAĞATARHAN UzmPskDanT, NAZLI DoçDrS. EBEVEYN EĞİTİM PROGRAMININ ANNELERİN EBEVEYNLİK ÖZ - YETERLİKLERİNE ETKİSİ. *Journal of Social Policy Studies* [Internet]. 2013 Jun 1;7(31):67–88. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/spcd/issue/21092/227151>

212. Child and adolescent psychiatry and family therapy. An overview - PubMed [Internet]. [cited 2024 Jan 19]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11449803/>
213. Sholevar G. Textbook of family and couples therapy: Clinical application. 2003. American Psychiatric Publishing; 2003.
214. Smith JD, Dishion TJ, Shaw DS, Wilson MN, Winter CC, Patterson GR. Coercive Family Process and Early-Onset Conduct Problems From Age 2 to School Entry. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2014 Apr 2;26(4 0 1):917. Available from: [/pmc/articles/PMC4183745/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25577178/)
215. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev* [Internet]. 1977;84(2):191–215. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/847061/>
216. Skinner BF. Science and human behavior: Simon and Schuster. 1965.
217. Van Den Hoofdakker BJ, Van Der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PMG, Minderaa RB, Nauta MH. Effectiveness of Behavioral Parent Training for Children With ADHD in Routine Clinical Practice: A Randomized Controlled Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Oct 1;46(10):1263–71.
218. Skotarczak L, Lee GK. Effects of parent management training programs on disruptive behavior for children with a developmental disability: a meta-analysis. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2015 Mar 1;38:272–87. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25577178/>
219. Petrenko CLM. A Review of Intervention Programs to Prevent and Treat Behavioral Problems in Young Children with Developmental Disabilities. *J Dev Phys Disabil* [Internet]. 2013 Dec;25(6):651–79. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24222982/>
220. Kendall PC, Hudson JL, Gosch E, Flannery-Schroeder E, Suveg C. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorder in youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2008 Apr;76(2):282–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18377124/>
221. Furlong M, McGiloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2012 Feb 15;(2). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22336837/>
222. Kevin PH, McGlynn-Wright A, Klima T. Promising Parenting Programs for Reducing Adolescent Problem Behaviors. *J Child Serv* [Internet]. 2013 Nov 29;8(4):229–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24416068/>
223. Carr A, Hartnett D, Brosnan E, Sharry J. Parents Plus Systemic, Solution-Focused Parent Training Programs: Description, Review of the Evidence Base, and Meta-Analysis. *Fam Process* [Internet]. 2017 Sep 1;56(3):652–68. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27232287/>
224. Van Den Hoofdakker BJ, Van Der Veen-Mulders L, Sytema S, Emmelkamp PMG, Minderaa RB, Nauta MH. Effectiveness of Behavioral Parent Training for Children With ADHD in Routine Clinical Practice: A Randomized Controlled Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Oct 1;46(10):1263–71.
225. Pidano AE, Allen AR. The Incredible Years Series: A Review of the Independent Research Base. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2015 Jul 8;24(7):1898–916. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-014-9991-7>
226. Letarte MJ, Normandeau S, Allard J. Effectiveness of a parent training program “Incredible Years” in a child protection service. *Child Abuse Negl*. 2010 Apr 1;34(4):253–61.
227. Sanders MR. Development, Evaluation, and Multinational Dissemination of the Triple P-Positive Parenting Program. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104> [Internet]. 2012 Mar 29;8:345–79. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143104>
228. Sanders MR. Triple P-Positive Parenting Program as a Public Health Approach to Strengthening Parenting. *Journal of Family Psychology*. 2008;22(4):506–17.
229. Hand A, McDonnell E, Honari B, Sharry J. A community led approach to delivery of the Parents Plus Children’s Programme for the parents of children aged 6–11. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 2013 May 1;13(2):87–90.

230. Honeycutt AA, Khavjou OA, Jones DJ, Cuellar J, Forehand RL. Helping the Noncompliant Child: An Assessment of Program Costs and Cost-Effectiveness. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2015 Feb 1;24(2):499–504. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-013-9862-7>
231. Khavjou O, Forehand R, Loiselle R, Turner P, Buell N, Jones DJ. Helping the noncompliant child: An updated assessment of program costs and cost-effectiveness. *Child Youth Serv Rev*. 2020 Jul 1;114:105050.
232. Menting ATA, Orobio de Castro B, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2013 Dec 1;33(8):901–13.
233. Gerber SJ, Sharry J, Streek A. Parent training: effectiveness of the Parents Plus Early Years programme in community preschool settings. *European Early Childhood Education Research Journal* [Internet]. 2016 Jul 3;24(4):602–14. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1350293X.2016.1189726>
234. De Graaf I, Speetjens P, Smit F, De Wolff M, Tavecchio L. Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on Parenting: A Meta-Analysis. *Fam Relat* [Internet]. 2008 Dec 1 ;57(5):553–66. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1741-3729.2008.00522.x>
235. Khavjou O, Forehand R, Loiselle R, Turner P, Buell N, Jones DJ. Helping the noncompliant child: An updated assessment of program costs and cost-effectiveness. *Child Youth Serv Rev*. 2020 Jul 1;114:105050.
236. Miklowitz DJ, Axelson DA, Birmaher B, George EL, Taylor DO, Schneck CD, et al. Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2008 Sep;65(9):1053–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18762591/>
237. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, et al. Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. I. One-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1986;43(7):633–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2872870/>
238. Lopez MA, Toprac MG, Crismon ML, Boemer C, Baumgartner J. A psychoeducational program for children with ADHD or depression and their families: results from the CMAP feasibility study. *Community Ment Health J* [Internet]. 2005 Feb;41(1):51–66. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15932052/>
239. Podolski CL, Nigg JT. Parent Stress and Coping in Relation to Child ADHD Severity and Associated Child Disruptive Behavior Problems. *J Clin Child Psychol* [Internet]. 2001;30(4):503–13. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15374424JCCP3004_07
240. Theule J, Wiener J, Rogers MA, Marton I. Predicting Parenting Stress in Families of Children with ADHD: Parent and Contextual Factors. *J Child Fam Stud* [Internet]. 2011 Oct 19;20(5):640–7. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-010-9439-7>
241. Dekkers TJ, Hornstra R, van der Oord S, Luman M, Hoekstra PJ, Groenman AP, et al. Meta-analysis: Which Components of Parent Training Work for Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2022 Apr 1;61(4):478–94.
242. Coates J, Taylor JA, Sayal K. Parenting Interventions for ADHD: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *J Atten Disord* [Internet]. 2015 Oct 7;19(10):831–43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24915737/>
243. Barkley RA. Families and ADHD. In: *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. 4th ed. New York: The Guilford Press; 2015.
244. Training parents of youth with ADHD. [Internet]. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2014-57877-021>
245. Risley S, Ciesielski HA, Loren REA, Peugh J, Tamm L. Effectiveness of behavioral parent training in the outpatient setting for preschoolers at risk for ADHD. *J Behav Cogn Ther*. 2020 Dec 1;30(4):291–300.
246. Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2013 Mar 1;170(3):275–89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23360949/>

247. Fabiano GA, Pelham WE, Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2009 Mar;29(2):129–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19131150/>
248. Daley D, Van Der Oord S, Ferrin M, Danckaerts M, Doepfner M, Cortese S, et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2014;53(8):835–847.e5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25062591/>
249. Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: Systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *American Journal of Psychiatry* [Internet]. 2013 Mar 1;170(3):275–89. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/appi.ajp.2012.12070991>
250. Graziano AM, Diamant DM. Parent behavioral training. An examination of the paradigm. *Behav Modif* [Internet]. 1992;16(1):3–38. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1540122/>
251. Forehand R, Parent J, Sonuga-Barke E, Peisch VD, Long N, Abikoff HB. Which Type of Parent Training Works Best for Preschoolers with Comorbid ADHD and ODD? A Secondary Analysis of a Randomized Controlled Trial Comparing Generic and Specialized Programs. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 2016 Nov 1;44(8):1503–13. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-016-0138-8>
252. Owens EB, Hinshaw SP, Arnold LE, Cantwell DP, Elliott G, Hechtman L, et al. Which treatment for whom for ADHD? Moderators of treatment response in the MTA. *J Consult Clin Psychol*. 2003 Jun;71(3):540–52.
253. Ercan E ASSOÇS. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. . *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2001;8(3):131–44.
254. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden – PubMed. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10433412/>
255. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 1997 Jul;38(5):581–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9255702/>
256. SZATMARI P, BOYLE M, OFFORD DR. ADDH and Conduct Disorder: Degree of Diagnostic Overlap and Differences among Correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1989 Nov 1;28(6):865–72.
257. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): *Annals of Clinical Psychiatry*: Vol 3, No 1. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10401239109147962>
258. Joanna Richardson CJ. Parent-training programmes for the management of children with conduct disorders: findings from research. 2002.
259. The Effects of Methylphenidate on Neural Systems of Attention in Attention Deficit Hyperactivity Disorder | *American Journal of Psychiatry*. Available from: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.161.11.1990>
260. Attention deficit disorder with and without hyperactivity: clinical response to three dose levels of methylphenidate – PubMed. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2011430/>
261. The effect of methylphenidate on school grades in children with attention deficit disorder without hyperactivity: A preliminary report. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1988-17781-001>
262. Sci-Hub | Cognitive Behavioral Therapy for Adolescents with ADHD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 23(4), 825–842 | 10.1016/j.chc.2014.05.001. Available from: <https://sci-hub.se/10.1016/j.chc.2014.05.001>
263. Li Y, Zhang L. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Pharmacotherapy Versus Pharmacotherapy Alone in Adult ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. <https://doi.org/101177/10870547231214969> [Internet]. 2023 Dec 12; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10870547231214969>
264. Sadr-Salek S, Costa AP, Steffgen G. Psychological Treatments for Hyperactivity and Impulsivity in Children with ADHD: A Narrative Review. *Children* 2023, Vol 10, Page 1613 [Internet]. 2023 Sep 27;10(10):1613. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9067/10/10/1613/htm>

265. Jalilvand M, Bagheri F, Zahra N. The Influence of Positive Parenting Training on Improving Behavioral Function and Impulsivity in Children Suffering From Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *International Journal of Medical Toxicology and Forensic Medicine* [Internet]. 2022;12(1):35740–35740. Available from: <https://journals.sbmu.ac.ir/ijmtfm/article/view/35740>
266. Shafiee-Kandjani AR, Noorazar G, Shahrokhi H, Nazari MA, Farhang S. Effect of Parent Management Training on Attention, Response Prevention, Impulsivity and Vigilance of Boys with Attention Deficient/Hyperactive Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2017 11:3 [Internet]. 2017;11(3):4834. Available from: <https://brieflands.com/articles/ijpbs-4834.html>
267. Dubey DR, O’Leary SG, Kaufman KF. Training parents of hyperactive children in child management: a comparative outcome study. *J Abnorm Child Psychol* [Internet]. 1983 Jun;11(2):229–45. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6619436/>
268. Choi Jong-Hwan and XSS more. Comparative Efficacy and Acceptability of Nonpharmacotherapy in the Treatment of Inattention for ADHD: A Network Meta-Analysis. 2023;
269. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.685> [Internet]. 2003 Nov 28;52:685–716. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.685>
270. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2005 Jul 1;43(7):831–42.
271. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behaviour Research and Therapy*. 2005 Jul 1;43(7):831–42.
272. Attention deficit hyperactivity disorder: does cognitive behavioral therapy improve home behavior? – PubMed. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1939676/>
273. Li Y, Zhang L. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy Combined with Pharmacotherapy Versus Pharmacotherapy Alone in Adult ADHD: A Systematic Review and Meta-Analysis. <https://doi.org/10.1177/10870547231214969> [Internet]. 2023 Dec 12; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/10870547231214969>
274. Froelich J, Doepfner M, Lehmkuhl G. EFFECTS OF COMBINED COGNITIVE BEHAVIOURAL TREATMENT WITH PARENT MANAGEMENT TRAINING IN ADHD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* [Internet]. 2002;30(1):111–5. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/behavioural-and-cognitive-psychotherapy/article/abs/effects-of-combined-cognitive-behavioural-treatment-with-parent-management-training-in-adhd/8E0A58EE4F4C2A45FEAF7A3A18B61732>
275. Sci-Hub | A Meta-Analysis of Combined Treatments for Children Diagnosed With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(3), 239–250 | 10.1177/1087054706289934. Available from: <https://sci-hub.se/10.1177/1087054706289934>
276. Barkley’s Parent Training Program, Working Memory Training and their Combination for Children with ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder - PubMed. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25632280/>
277. Sci-Hub | EFFECTS OF COMBINED COGNITIVE BEHAVIOURAL TREATMENT WITH PARENT MANAGEMENT TRAINING IN ADHD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(01) | 10.1017/s1352465802001108. Available from: <https://sci-hub.se/10.1017/s1352465802001108>
278. Chronis AM, Jones HA, Raggi VL. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev*. 2006 Aug 1;26(4):486–502.
279. Sanders MR, & DMR. Behavioral family intervention. 1993.
280. Sci-Hub | EFFECTS OF COMBINED COGNITIVE BEHAVIOURAL TREATMENT WITH PARENT MANAGEMENT TRAINING IN ADHD. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(01) | 10.1017/s1352465802001108. Available from: <https://sci-hub.se/10.1017/s1352465802001108>
281. DuPaul GJ, Eckert TL, Vilaro B. The Effects of School-Based Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis 1996–2010. *School Psych Rev* [Internet]. 2012 Dec;41(4):387–412. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02796015.2012.12087496>

282. Miranda A, Jarque S, Tarraga R. Interventions in School Settings for Students With ADHD. *Exceptionality* [Internet]. 2006 Mar;15(1):35–50. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327035ex1401_4
283. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC, Lenora N, Newcorn JH, Abikoff HB, et al. ADHD Comorbidity Findings From the MTA Study: Comparing Comorbid Subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Feb 1;40(2):147–58.
284. Hechtman L, Etcovitch J, Platt R, Arnold LE, Abikoff HB, Newcorn JH, et al. Does multimodal treatment of ADHD decrease other diagnoses? *Clin Neurosci Res*. 2005 Dec 1;5(5–6):273–82.
285. Hazell P et al. Review of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Comorbid with Oppositional Defiant Disorder 2010 Dec 1;16
286. Arun Kunwar, Mantosh Dewan & Stephen V Faraone et al. Treating common psychiatric disorders associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. (2007) 8(5):555-562
287. DAVID J. KOLKO PH.D., OSCAR G. BUKSTEIN M.D., M.P.H., JEROME BARRON M.A. et al. Methylphenidate and Behavior Modification in Children With ADHD and Comorbid ODD or CD: Main and Incremental Effects Across Settings. 2010 Jan 4
288. Lynam DR. Early identification of chronic offenders: who is the fledgling psychopath? *Psychol Bull* [Internet]. 1996;120(2):209–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8831297/>
289. Barkley RA. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychol Bull*. 1997;121(1):65–94.
290. Danforth JS. Parent training for families of children with comorbid ADHD and ODD. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*. 2006;2(1):45–64.
291. Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(12):1468–84.
292. Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*;41(11):1275–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12410070/>
293. Kashdan TB, Jacob RG, Pelham WE, Lang AR, Hoza B, Blumenthal JD, et al. Depression and Anxiety in Parents of Children With ADHD and Varying Levels of Oppositional Defiant Behaviors: Modeling Relationships With Family Functioning. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* [Internet]. 2004;33(1):169–81. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/S15374424JCCP3301_16
294. Kazdin AE. Child, parent and family dysfunction as predictors of outcome in cognitive-behavioral treatment of antisocial children. *Behaviour Research and Therapy*. 1995 Mar 1;33(3):271–81.
295. Fossum S, Mørch WT, Handegård BH, Drugli MB, Larsson B. Parent training for young Norwegian children with ODD and CD problems: Predictors and mediators of treatment outcome. *Scand J Psychol* [Internet]. 2009 Apr 1;50(2):173–81. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-9450.2008.00700.x>
296. Fossum S, Handegård BH, Martinussen M, Mørch WT. Psychosocial interventions for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents: A meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2008 Oct 21;17(7):438–51. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-008-0686-8>
297. Brestan E V., Eyberg SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies, and 5,272 kids. *J Clin Child Psychol* [Internet]. 1998;27(2):180–9. Available from: https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15374424jccp2702_5
298. Drugli MB, Larsson B, Fossum S, Mørch WT. Five- to six-year outcome and its prediction for children with ODD/CD treated with parent training. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 2010 May 1;51(5):559–66. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-7610.2009.02178.x>
299. Kazdin AE, Bass D, Siegel T, Thomas C. Cognitive-behavioral therapy and relationship therapy in the treatment of children referred for antisocial behavior. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 1989;57(4):522–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2768614/>

300. Lochman JE, Boxmeyer C, Powell N, Qu L, Wells K, Windle M. Dissemination of the Coping Power program: importance of intensity of counselor training. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2009 Jun;77(3):397–409. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19485582/>
301. Gatti U, Grattagliano I, Rocca G. Evidence-based psychosocial treatments of conduct problems in children and adolescents: an overview. *Psychiatry, Psychology, and Law* [Internet]. 2019 Mar 4;26(2):171. Available from: </pmc/articles/PMC6762114/>
302. Salehi S. Effects of psychoeducational group interventions on peer rejection and aggression among children with Conduct Disorder. . [Malaysia]: University Putra ; 2012.
303. S. Salehi. Peer Rejection among Children with Conduct Disorder: Compare Cognitive-Behavioral Therapy and Behavioral Parent Training. *Arts and social sciences journal*. 2016;
304. Kiesner J, DTJ, & PF. A reinforcement model of conduct problems in children and adolescents: Advances in theory and intervention. . In: *Conduct disorders in childhood and adolescence*. 2001. p. 264–91.
305. Hall CL, Guo B, Valentine AZ, Groom MJ, Daley D, Sayal K, et al. The validity of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) for children with ADHD symptoms. *PLoS One* [Internet]. 2019 Jun 1;14(6):e0218518. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0218518>
306. Sci-Hub | Comparing Psychiatric Diagnoses Generated by the Strengths and Difficulties Questionnaire with Diagnoses Made by Clinicians. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(8), 639–643 | 10.1080/j.1440-1614.2004.01428.x. Available from: <https://sci-hub.se/10.1080/j.1440-1614.2004.01428.x>
307. Sci-Hub | Predicting ADHD in school age when using the Strengths and Difficulties Questionnaire in preschool age: a longitudinal general population study, CCC2000. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 23(11), 1051–1060 | 10.1007/s00787-014-0546-7. Available from: <https://sci-hub.se/10.1007/s00787-014-0546-7>
308. Hoza B. Peer functioning in children with ADHD. *J Pediatr Psychol* [Internet]. 2007 Jul;32(6):655–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17556400/>
309. Mrug S, Hoza B, Gerdes AC. Children with attention-deficit/hyperactivity disorder: peer relationships and peer-oriented interventions. *New Dir Child Adolesc Dev* [Internet]. 2001;(91):51–77. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11280014/>
310. Sci-Hub | A psychometric evaluation of the social skills rating system in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(6), 733–746 | 10.1016/j.brat.2004.06.004 [Internet]. [cited 2024 Jan 25]. Available from: <https://sci-hub.se/10.1016/j.brat.2004.06.004>
311. Landau S, Moore LA. Social Skill Deficits in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *School Psych Rev* [Internet]. 1991 Jun 1;20(2):235–51. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02796015.1991.12085548>
312. Kolko DJ, Loar LL, Sturnick D. Inpatient Social–Cognitive Skills Training Groups with Conduct Disordered and Attention Deficit Disordered Children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* [Internet]. 1990 Jul 1;31(5):737–48. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-7610.1990.tb00814.x>
313. Parker JG, Asher SR. Peer relations and later personal adjustment: are low-accepted children at risk? *Psychol Bull* [Internet]. 1987;102(3):357–89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3317467/>

EKLER

Ek-1: BDT protoklü için Onam formu

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR: SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen “Kendall’ın Dürtü Sorunu ve DEHB İçin Yapılandırılmış Oturumlarının Revize formu, DEHB’li Çocukların Ailelerine Yönelik Eğitim Programı ve Bunların Kombinasyonu: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına da sahipsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formların doldurulması yaklaşık **10 dakika** sürecektir ve formlarda toplamda **120 soru** bulunmaktadır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Çalışmanın başında ve sonunda olmak üzere, toplamda 2 kez, bu formlar tarafınızca doldurulması sizden istenilecektir. Ayrıca çalışmayı kabul ettiğiniz taktirde yapılan randomize seçim sonrası çocuklara yönelik yapılacak olan bilişsel davranışçı terapiye seçilebilirsiniz. Bu terapi her biri yaklaşık 40 dakika süren 6 seanstan oluşmaktadır. Çocuklara yönelik bireysel seanslar olacaktır. Bu görüşmelerin amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda dürtü kontrolü sağlanmasına yönelik hazırlanmış, bilişsel davranışçı terapinin uygulanmasıdır.

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Amacı:
 - Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda dürtü kontrol sorunu ve uygunsuz davranış konusunda çalışmak ve ailelere psikoeğitim vermek
 - Sadece bireysel bilişsel davranışçı terapi alan, sadece aile psikoeğitimi yapılan ve ikisinin kombine uygulandığı grupları karşılaştırmak
- b. Araştırmanın İçeriği: 7-12 yaş arasında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların dürtü kontrolündeki zorlukları ve uygunsuz davranışları konusunda bireysel bilişsel davranışçı terapi seansları ve ailelerine yönelik psikoeğitim seansları uygulamak ve bu seansların etkinliğinin değerlendirilmesi amacı ile tarafınızdan bazı ölçeklerin seans öncesi ve sonrasında doldurulması istenmektedir.

2. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri- Telefon:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmayla ilgili herhangi bir durum ile karşılaştığınızda Dr. Bourtzou Chafouz Achmet 0216 606 52 00 numaralı telefondan 102907 dahili hattından veya 0531 296 37 58 cep numarasından ulaşabilirsiniz.

Ek-2: EEP için Onam formu

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
GÖZTEPE PROF. DR: SÜLEYMAN YALÇIN ŞEHİR HASTANESİ
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı tarafından yürütülen “Kendall’ın Dürtü Sorunu ve DEHB İçin Yapılandırılmış Oturumlarının Revize formu, DEHB’li Çocukların Ailelerine Yönelik Eğitim Programı ve Bunların Kombinasyonu: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkına da sahipsiniz. Çalışmadan çıkmanız halinde tedavinizde herhangi bir aksaklık olmayacaktır. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formların doldurulması yaklaşık **10 dakika** sürecektir ve formlarda toplamda **120 soru** bulunmaktadır. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır. Çalışmanın başında ve sonunda olmak üzere, toplamda 2 kez, bu formlar tarafınızca doldurulması sizden istenilecektir. Ayrıca çalışmayı kabul ettiğiniz takdirde yapılan randomize seçim sonrası çocuklara yönelik yapılacak olan bilişsel davranışçı terapiye seçilebilirsiniz. Bu terapi her biri yaklaşık 40 dakika süren 6 seanstan oluşmaktadır. Çocuklara yönelik bireysel seanslar olacaktır. Bu görüşmelerin amacı Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda dürtü kontrolü sağlanmasına yönelik hazırlanmış, bilişsel davranışçı terapisinin uygulanmasıdır.

3. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

c. Araştırmanın Amacı:

- Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda dürtü kontrol sorunu ve uygunsuz davranış konusunda çalışmak ve ailelere psikoeğitim vermek
- Sadece bireysel bilişsel davranışçı terapi alan, sadece aile psikoeğitimi yapılan ve ikisinin kombine uygulandığı grupları karşılaştırmak

- d. Araştırmanın İçeriği: 7-12 yaş arasında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların dürtü kontrolündeki zorlukları ve uygunsuz davranışları konusunda bireysel bilişsel davranışçı terapi seansları ve ailelerine yönelik psikoeğitim seansları uygulamak ve bu seansların etkinliğinin değerlendirilmesi amacı ile tarafınızdan bazı ölçeklerin seans öncesi ve sonrasında doldurulması istenmektedir.

4. Çalışmaya Katılım Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkânı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

İletişim Bilgileri- Telefon:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Araştırmayla ilgili herhangi bir durum ile karşılaştığınızda Dr. Bourtzou Chafouz Achmet 0216 606 52 00 numaralı telefondan 102907 dahili hattından veya 0531 296 37 58 cep numarasından ulaşabilirsiniz.

Ek-3: Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik Veri Formu

AÇIKLAMA: Aşağıda, sizinle ilgili birkaç genel bilgi sorulacaktır. Soruları dikkatlice okuyunuz. Şimdiden teşekkürler.

Çocuğun Adı:	Çocuğun Cinsiyeti:
Çocuğun Yaşı:	Çocuğun Sınıfı:
Kardeş Sayısı:	Kaçıncı Kardeş:

Annenin Adı:	Babanın Adı:
Annenin Yaşı:	Babanın Yaşı:
Annenin Eğitim Durumu:	Babanın Eğitim Durumu:
Annenin Mesleği:	Babanın Mesleği:
Annenin Medeni Hali:	Babanın Medeni Hali:

İletişim Numarası :

1. Doğumu nasıl oldu?

☐ Normal

☐ Sezaryen

2. Doğum sonrası küvöz öyküsü var mı?

☐ Var

☐ Yok

3. Doğum sonrası bakımını üstlenen kimdir?

☐ Anne

☐ Büyükanne

☐ Baba

☐ Farklı _____

4.Çocuğunuzun sınıf tekrarı var mı ?

☐ EVET varsa belirtiniz ; _____

☐ HAYIR

5.Çocuğunuzun disiplin cezası var mı?

☐ EVET varsa belirtiniz; _____

☐ HAYIR

6.Çocuğunuzun ders başarısı nasıl?

☐ Kötü

☐ Orta

☐ İyi

☐ Çok iyi

Ek-4: Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği)

Davranış sorunları ya da bozukluklarına çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça çok rastlanmaktadır. Bu tarama ve değerlendirme ölçeği Amerikan Psikiyatri Birliği'nce ruhsal bozuklukların değerlendirilmesinde kullanılan en son tanı ölçütlerine ve Dr. Turgay'ın konuya ilişkin araştırma bulgularına dayanmaktadır. Aşağıdaki sorular şu an değerlendirilmesini yaptığınız çocuğun/gencin sık rastlanan davranış sorunlarının bazılarını gözden geçirecek ve değerlendirecektir. Lütfen her bir soruda size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

1. BOLUM	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
A. DİKKATSİZLİK				
1. Dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.				
2. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı oyunlarda dikkatini sürdürmede zorluk çeker.				
3. Kendisine doğrudan hitap edildiğinde dinlemiyormuş gibi görünür.				
4. Yönergeleri gerektiği gibi izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.				
5. Görev ve etkinliklerini düzenlemekte güçlük çeker.				
6. Uzun süreli dikkat gerektiren işlerden (okul ödevi, ev ödevi gibi) kaçınır, bunlardan hoşlanmaz ve bunlara karşı isteksizdir.				
7. Üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan eşyaları (kalem, kitap, oyuncak, araç-gereç gibi) kaybeder.				
8. Dikkati kolayca dağılır.				
9. Günlük etkinliklerde unutkanır.				
B. AŞIRI HAREKETLİLİK – DURTUSELLİK				
• AŞIRI HAREKETLİLİK				
10. Elleri ayakları kıpır kıpır ya da oturduğu yerde kıpırdanır.				
11. Sınıfta ya da oturması gereken diğer durumlarda yerinde oturamaz.				
12. Uygun olmayan durumlarda sağa sola koşturur ya da tırmanır (gençlerde ya da erişkinlerde huzursuzluk ile sınırlı olabilir).				

13. Sokakta oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.				
14. Hep hareket halindedir ya da sanki motor takılmış gibi davranır.				
15. Çok konuşur.				
• DÜRTÜSELLİK				
16. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verir.				
17. Sırasını beklemekte güçlük çeker.				
18. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (başkalarının konuşmaları ya da oyunlarına burnunu sokar.				
II. BÖLÜM				
• KARŞIT OLMA KARŞIT GELME				
19. Kontrolü kaybeder.				
20. Erişkinlerle tartışır.				
21. Kurallara ve isteklere karşı çıkar ya da reddeder.				
22. Başkalarını isteyerek rahatsız eder.				
23. Hataları ya da yanlış davranışları için başkalarını suçlar.				
24. Alıngandır ve başkaları tarafından kolayca kızdırılır.				
25. Kızgın ve güceniktir.				
26. Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.				
III. BÖLÜM				
A. İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık				
27. Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.				
28. Kavga dövüş başlatır.				
29. Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak vb.) kullanır.				
30. İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.				
31. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.				
32. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırarak soygun, çanta kapıp kaçma, tehditle soyma, silahlı soygun) yapar.				
33. Başka birini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.				
B. Mala zarar verme				
34. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.				
35. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir (yangın çıkarma dışında).				
C. Dolandırıcılık ya da hırsızlık				
36. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.				
37. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından				

kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır).				
38. Hiç kimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekârlık).				
D. Kuralları ciddi biçimde bozma				
39. 13 yaş öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.				
40. Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçmıştır (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez).				
41. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçır.				



Ek-5: Güçler ve Güçlükler Anketi

GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)

E 11-17

Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı son 6 ay içindeki durumunuzu göz önüne alarak veriniz.

Adınız:

Kız / Erkek

Doğum Tarihi:

	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
İnsanlara karşı iyi davranmaya çalışırım. Onların duygularını önemserim.	☐	☐	☐
Uzun süre kıpırdamadan oturamam, huzursuz olurum.	☐	☐	☐
Çok fazla baş ağrım, karın ağrım ya da bulantım olur.	☐	☐	☐
Genellikle başkalarıyla paylaşıyorum (Öm. Yiyeceklerimi, oyunlarımı, kalemimi v.s.).	☐	☐	☐
Çok öfkelenirim ve sıkça kontrolümü kaybederim.	☐	☐	☐
Genellikle kendi başımayım. Genelde yalnız oynarım ya da başkalarıyla birlikte olmaktan kaçınırım.	☐	☐	☐
Genellikle bana söyleneni yaparım.	☐	☐	☐
Çok endişelenirim.	☐	☐	☐
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardım ederim.	☐	☐	☐
Sürekli, ellerim ve ayaklarım kıpır kıpırdır, ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.	☐	☐	☐
En az bir yakın arkadaşım var.	☐	☐	☐
Çok kavga ederim. Diğer insanlara istediğimi yaptırabilirim.	☐	☐	☐
Sıkça mutsuz, kederli yada ağlamaktayım.	☐	☐	☐
Yaşıtlarım genelde beni sever.	☐	☐	☐
Dikkatim kolayca dağılır, dikkatimi toplamakta güçlük çekerim.	☐	☐	☐
Yeni ortamlarda gerginim. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.	☐	☐	☐
Kendimden küçüklere iyi davranırım.	☐	☐	☐
Sıkça hile yapmak ya da yalan söylemekle suçlanırım.	☐	☐	☐
Diğer çocuklar ya da gençler bana takarlar ya da benimle alay ederler.	☐	☐	☐
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.	☐	☐	☐
Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.	☐	☐	☐
Ev, okul ya da başka bir yerden benim olmayan şeyleri alırım.	☐	☐	☐
Erişkinlerle yaşıtlarımdan daha iyi geçinirim.	☐	☐	☐
Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.	☐	☐	☐
Yaptığım işleri bitiririm. Dikkatim iyidir.	☐	☐	☐

Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?

Genel olarak aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlüklerinizin olduğunu düşünüyor musunuz:
Duygular, dikkati toplama, davranışlar, başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet-Biraz	Evet-Oldukça Ciddi	Evet-Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız "evet" ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

- Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler seni ne kadar sıkıntıya sokuyor ya da ne kadar moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

- Bu güçlükler çevrendeki insanların(aile, arkadaşlar, öğretmenler vb.) hayatını zorlaştırıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza:

Tarih:

Ek-6: Etik Kurul Onay Formu

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KA EK-64) KARAR FORMU

SAYI:

Tarih: 22.02.2023

KONU: Etik Kurulu Kararı

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kendall'ın Dürtü Sorunu ve DEHB İçin Yapılandırılmış Oturumlarının Revize formu, DEHB'li Çocukların Ailelerine Yönelik Eğitim Programı ve Bunların Kombinasyonu: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
VARSA ARAŞTIRMANIN ETİK KURULUN ADI	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi-Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
ETİK KURULU BİLGİLERİ	AÇIK ADRESİ: Doktor Erkin Cad. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi TELEFON: 216 570 91 90 FAKS: 216 565 55 26 E-POSTA: etik@sbgoztepehastanesi.gov.tr

BASVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Doç. Dr. Vahdet Görmez- Dr. Öğr. Üyesi Alperen Bıkmazer- Dr. Bourtzou Chafouz Achmet			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	☐	FAZ 2	☐
		FAZ 3	☐	FAZ 4	☐
		Gözlemsel ilaç çalışması	☐	Tıbbi cihaz klinik araştırması	☐
	In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları	☐	İlaç dışı klinik araştırma	☒	
	Retrospektif	☐			
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☐	ULUSLARARASI ☐	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe ☒	İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe ☐	İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Açıklama			
	S:GORTA	☐			
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	☐			
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	☐			
	İLAN	☐			
	YILLIK BİLDİRİM	☐			
	SONUÇ RAPORU	☐			
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	☐			
	DİĞER:	☐			
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2023/0125	Tarih: 22.02.2023			
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmacının/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmacının/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplanmaya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.				

Etik Kurulu Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Sükrü Sadık ÖNER
İmza: 
T.C.S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ
Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Tıbbi Farmakoloji
Dip. Tis. No: 2001/025

S.B. İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ GÖZTEPE EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU (2013-KAEK-64)
KARAR FORMU

SAYI:

KONU: Etik Kurulu Kararı

Tarih: 22.02.2023

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kendall'ın Dürtü Sorunu ve DEHB İçin Yapılandırılmış Oturumlarının Revize formu, DEHB'li Çocukların Ailelerine Yönelik Eğitim Programı ve Bunların Kombinasyonu: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki	Katılım *	İmza
Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER	Tıbbi Farmakoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Aytekin OĞUZ	İç Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Işıl MARAL	Halk Sağlığı Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Asif Yıldırım	Üroloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Prof. Dr. Süleyman Daşdağ	Biyofizik	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Prof. Dr. Derya Büyükkayhan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Asiye KANBAY	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☐ H ☒	
Doç. Dr. Sıdika Şeyma ÖZKANLI	Tıbbi Patoloji	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Doç. Dr. Hacer Hıran Mutlu	Aile Hekimliği	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Dr Öğretim Üyesi Ergül Demirçivi	Kadın Hastalıkları ve Doğum	S.B. İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Avukat Mahmut ÇELİK	Avukat	Çelik Hukuk Bürosu	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
Saliha Şahin	İşçi		E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	<i>[Signature]</i>
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI		İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:						

*:Toplantıda Bulunma

Karar: ☒ Onaylandı ☐ Reddedildi

T.C.S.B.
İSTANBUL MEDENİYET ÜNİV.
Etik Kurulu Başkanı
Unvanı/Adı/Soyadı: Doç. Dr. Şükrü Sadık ÖNER
İmza: *[Signature]*

Ek-7: DEHB ve Eşlik Eden Davranış Sorunlarına Yönelik 3 Görüşmeden oluşan Aile Eğitim Programı

DEHB ve Eşlik Eden Davranış Sorunlarına Yönelik 3 Görüşmeden oluşan Aile Eğitim Programı

Dr. Burcu Hafız Ahmet

Prof. Dr. Vahdet Görmez

Doç. Dr. Alperen Bıkmazer



T.C.

İSTANBUL MEDENİYET ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

Kılavuzun Amacı

Bu kılavuz bir çocuk ve ergen psikiyatristi tarafından birkaç farklı amaç için kullanılmak üzere hazırlanmıştır. İlk amaç Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan ve davranış sorunları olan çocukların ailelerine kapsamlı bir psikoeğitim vermektir. Muayene şartlarında ailelerin sorularına cevap verirken değinilen bilgilerin daha kapsamlı bir şekilde sunulmasını içermektedir. İkinci amaç bazı davranış sorunları olan çocukların ailelerinin, çocuklara karşı olan “kötü-yaramaz çocuk” imajını yıkmak, sorunlu davranışlara daha geniş bir perspektiften bakmayı sağlamak ve çocuk ve ebeveynleri arasındaki ilişkiyi yeniden inşa etmektir. DEHB’nin ebeveyn tarafından daha iyi anlaşılmasından ve çocukla olan iletişimin yeniden düzenlenmesinden sonra üçüncü amaç, problemli davranışların sınırlandırılması için iki yöntemin detaylı şekilde anlatılmasıdır.

Görüşmelerin İçeriği

Birinci Görüşme

DEHB Psikoeğitimi

1. DEHB Nedir?
2. Tanısı Nasıl Konulur?
3. DEHB Sıklığı
4. DEHB Klinik Görünümü
5. DEHB Etiyolojisi
6. DEHB Tedavi Edilmediğinde Ne Olur
7. DEHB'ye Sık Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Tanılar
8. DEHB Tedavisi
9. DEHB Tedavisinde Dikkat Edilmesi Gerekenler

İkinci Görüşme

Sorunları Anlamak

1. Çocuklar Neden Yanlış Davranır?
2. Çocuğu Gözlemek ve İhtiyaçlarını Doğru Yorumlamak
3. Hatalı Ödüllendirme
4. Ebeveynlerin Ortak Çalışması
5. Çocukla Zaman Geçirme
6. Rol Modeller
7. Etkili Komut Verme

Üçüncü Görüşme

Uygunsuz Davranışlara Yaklaşım Önerileri

1. Görmezden Gelme
2. Mola Yöntemi
3. Puan Uygulaması
4. Puan uygulamasının ceza olarak uygulanması
5. Mola yöntemi
6. Mola yöntemine uyum sağlamayan çocuklar için öneriler
7. Mola yönteminin ev dışında uygulanması

1. Seans	2. Seans	3. Seans
Tanışma ve selamlaşma 10 dk	Selamlaşma 10 dk	Selamlaşma 10 dk
Psikoeğitim hakkında bilgilendirme 10 dk	Önceki konuya yönelik geri bildirim 10 dk	Önceki konuya yönelik geri bildirim 10 dk
DEHB Psikoeğitimi 50 dk	Sorunları Anlamak 50 dk	Uygunsuz davranışları yönelik yöntemler 50 dk
Soru-Cevap 10 dk	Soru-cevap 10 dk	Soru-cevap 10 dk
Akılda kalması gerekenlerin özetlenmesi 10 dk	Akılda kalması gerekenlerin özetlenmesi 10 dk	Akılda kalması gerekenlerin özetlenmesi 10 dk

1. Görüşme

Tanışma ve Eğitim Hakkında Bilgilendirme

Görüşme Hedefleri

1. Annelerin grup içinde rahat hissetmesini sağlamak.
2. Grup üyelerinin birbiri ile ve terapist ile tanışması.
3. Annelerin grubun amaçları ve ilerleyişi ile ilgili bilgilenmesini sağlamak.

Görüşme Planı

1. Bütün annelerin toplantı saati için bir araya gelmesi için 5 dakika beklenir.
2. Terapist kendisini tanıtır ve kısaca grup üyelerinin de isimlerini sorarak tanışmayı sağlar.

Ben _____, (görevinizi tanımlayın). Sizlerle 3 hafta boyunca çocuklarda DEHB ve davranış sorunları hakkında çalışacağız. Gruba dahil olan bütün annelerimizin çocuklarına DEHB tanısı konuldu ve her bir anne benzer davranış sorunları tarif ediliyor. Seansımıza başlamadan önce kısaca tanışabiliriz.

3. Terapist her bir anneden son bir hafta içinde yaşanan pozitif bir olay anlatmasını ister. Pozitif olay bireysel ya da aile ile ilgili olabilir. Bu sayede anneler grup ortamı içerisinde daha rahat hissederek. Terapist kendinden örnek vererek başlar.

Bu hafta ben ve eşim için çok mutlu geçti. Kendisi iş yerinde bir terfi aldı ve bunu çalışma arkadaşları ile kutladık.

4. Terapist psikoeğitimin amaçları ve içeriği hakkında annelere bilgi sunar.

Bu seansların hazırlanmasındaki ilk amaç DEHB'nin en iyi şekilde anlaşılmasıdır. DEHB'nin tanımını, kliniğini, tedavisini aktarmak ve bu klinik tablo hakkında sorularınızı cevaplamak amaçlanmıştır. DEHB sıklıkla başka problemli davranışlarla birliktelik gösterebilmektedir. Ev ve okul ortamı, aile ilişkileri, arkadaşlık ilişkileri ve hatta boş zaman aktivitelerinde bile uygunsuz davranışlarla karşılaşmak mümkündür.

İkinci amacımız bu uygunsuz davranışlar sonucu ebeveynler ve çocuk arasında açığa çıkan sorunlara değinmek, bu sorunların kaynaklarına geniş açılardan bakabilmeyi ve alternatif çözüm önerileri oluşturmayı sağlamaktır. Bu sayede aile bireyleri ve çocuk arasındaki ilişkileri nispeten onarmayı, bazı basit denebilecek sorunları çözmeyi hedefliyoruz.

Üçüncü amacımız ise çocuk ve aile arasındaki bağların kuvvetlenmesinin ardından, çocuğa uygun şekilde kural koyabilmek ve istenmeyen uygunsuz davranışları sınırlandırabilmek adına önerilen yöntemleri detaylı şekilde aktarmaktır.

5. Terapist annelere seansların süresi, kaç haftalık planlandığı ve seans sonrasında öğrenilenlerin evde uygulanması gerektiği hakkında bilgilendirme yapar.

Toplamda 3 seanslık bir eğitim planı oluşturuldu. Her seansın içeriği yaklaşık az önce açıklandığı gibidir. Seans süresince çocuklarla iletişim kurmak, kaliteli zaman geçirmek, kural koymak, sınırlandırmak hakkında doğru ve yanlışlar aktarılacak ve sizlere uygulayabileceğiniz stratejiler anlatılacaktır. Aktarılan stratejileri evlerinizde uygulamanız beklenmektedir. Seanslar 50 dakikalık olarak planlanmıştır. Seans bitiminde sorular cevaplanacak ve her seans için hatırlatıcıların olduğu ufak notlar sizlere verilecektir.

Babaların iş yoğunluğunu bildiğimizden bu seansları sadece annelerle gerçekleştirmekteyiz. Burada öğrenilen bilgi ve stratejilerin babalarla paylaşılması ve onlar tarafında da uygulanması ideal sonuç için zaruridir.

6. Olası soruları cevaplamak için 5 dakika ayrılır.

DEHB Psikoeğitimi

Görüşme Hedefleri

1. Annelerin DEHB tanımı yapabilmesi
2. DEHB sıklığı, etiyojisi, klinik seyri hakkında bilgi sahibi olunması
3. DEHB tedavi seçenekleri, tedavinin etki ve yan etkileri hakkında merak edilenlerin cevaplanması

Görüşme Planı

1. DEHB'nın tanımı nedir?

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun tanımı yapılırken 3 çekirdek semptomdan bahsedilmesi gereklidir.

Dikkat eksikliği

Hiperaktivite

Dürtüsellik.

Dikkat eksikliği: Genel bilinen adıyla dikkat eksikliği olarak ifade ediyor olsak bile aslında burada kastedilen dikkatin eksik olduğu değildir. İngiliz dilinde "attention deficit" olarak adlandırılan semptomu Türkçeye dikkat açığı olarak çevirmek daha doğru olacaktır. Bir kişinin belirli bir şeyle ilgilenirken, o sırada aklından geçen başka bir şey yapma, düşünme isteğine engel olamamasıdır. DEHB olan kişiler çabuk sıkılır ve DEHB olmayanlara göre daha hızlı bir biçimde ilgilendikleri şeye karşı olan ilgilerini kaybederler.

Dikkat eksikliğin (dikkat açığı) belirtileri, dikkat süresinin ve yoğunluğunun kişinin yaşına göre olması gerekenden az olması, dikkatin kolayca dağılması, görevlerin tamamlanmasında zorluk yaşanması, dikkatsizliğe bağlı olarak hataların sık yapılması ve detayların sık gözden kaçırılması, unutkanlık, kolay eşya kaybetme ve işleri planlamakta zorluk yaşanması şeklinde özetlenebilir.

Hiperaktivite: Bireyin yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayacak biçimde hareketli olmasıdır. Hareket etmeden uzun süre oturması gereken yerde oturamama, sakin bir oyunu oynayamama, koşma ve tırmanma eğiliminde olma, aşırı sabırsızlık gibi belirtilerle kendini gösterir.

Dürtüsellik: Bireyin davranışlarının kontrolünde sorun yaşanmasıdır. Sabırsızlık, acelecilik, sıra beklemede zorluk, başkalarının sözünü kesme, aklına geleni sonuçlarını düşünmeden yapma gibi belirtilerle kendini gösterir.

2. DEHB tanısı nasıl konulur?

DEHB tanısının nasıl ve kim tarafından konulduğunun aileler tarafından bilinmesi önemlidir. Aksi halde yanlış şekilde yönlendirilebilir ya da tedavi konusunda yanlış kaynaklardan fikir alabilmektedirler.

DEHB tanısı, bir çocuk ve ergen psikiyatri uzmanı tarafından alınan psikiyatrik öykü, mevcut semptomlar, aile ile yapılan görüşme ve gerekli durumlarda öğretmenden alınan bilgilerin psikiyatristin kendi klinik gözlemi ile harmanlayarak değerlendirilmesi sonucunda konulur.

Detaylı bir öykü, çocuğun doğum sürecini, gelişim basamaklarının değerlendirilmesini, beslenme ve uyku alışkanlıklarının, okul süreçlerinin, aile ve arkadaşlık ilişkilerinin ve tıbbi ve psikiyatrik özgeçmiş ve soy geçmişi bilinmesini içerir.

Psikiyatrik hastalıkların tanısında kullanılabilecek herhangi bir kan tetkiki, radyolojik görüntüleme yöntemi veya test yoktur.

Bir çocukta DEHB tanısı konulurken 3 çekirdek semptomun üçünün de bir arada bulunması gerekmez.

Bazen bazı çocuklar sadece dikkat eksikliği belirtileri gösterir. Bazıları sadece hiperaktivite belirtileri gösterebilir. Bazen de her iki belirti de aynı çocukta bulunabilir.

Belirtilerin çocuğun 3 ortamından (aile, okul, arkadaş çevresi) en az ikisinde var olması ve semptomların 12 yaş öncesinde başlamış olması tanı konulması için gereklidir.

3. DEHB sıklığı ne kadardır?

DEHB sıklığının ailelere aktarılması tanı ile ilgili kaygılarını rahatlatabilmektedir. Burada yapılmış olan bazı çalışmalardan bahsetmek ve DEHB yaygınlığının dünyadaki ve Türkiye'deki sayısal verilerine değinmek mümkündür fakat konunun daha anlaşılır olması için DEHB farkındalığındaki artıştan bahsetmek uygun olacaktır.

DEHB ile ilgili yapılan araştırmaların artması ile klinik tabloya olan farkındalık artmıştır. Böylece ailelerin belli başlı semptomları fark etmeleri ile bir tanı konma ve tedavi süreci başlatma arayışına girme sayısında artış meydana gelmiştir. Bu basit denklem sonucunda DEHB tanısının dünya ve Türkiye'deki sıklığında artış gözlemlemekteyiz.

DEHB de kız ve erkek oranları ve DEHB alt tiplerinin sıklığı hakkındaki güncel veriler burada anneler ile paylaşılabilir.

Yapılan çalışmalar sonucunda DEHB oranlarının erkeklerde kızlara göre daha sık olduğu bilinmektedir.

Bu farklılığın kızlarda davranışsal semptomların erkeklerden daha az olmasından ve sağlık kurumlarına erkek çocuklarının daha sık başvurmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Ayrıca DEHB dikkat eksikliği baskın tipin diğer alt tiplere göre daha sık görüldüğü ve bu alt tipi sırasıyla DEHB kombine tip ve hiperaktivite baskın tipin izlediği saptanmıştır.

Kızlarda DEHB dikkat eksikliği baskın tip diğer alt tiplere oranla daha sık görülmektedir.

4. DEHB'nin yaşla klinik seyri nasıl değişir?

DEHB belirtileri yaşla birlikte farklılık gösterebilmektedir. Bu sebeple farklı yaş grubundaki çocukların anneleri farklı semptomlar tarif eder. Bu olası bir durumdur ve her yaştan getirdiği farklı sorumluluklar ile DEHB'nin belirti alanları değişebilmektedir.

Okul öncesi çocukta, oturması gerektiği ortamlarda yerinde oturamama, sakin oynanan oyunlara katılamama, oyun oynarken çabuk sıkılma, koşma ve tırmanma, öğle uykusu uyumak istememe ya da uyuyamama, gece uykuya dalmakta güçlük çekme, söz almadan konuşma, söz kesme, yüksek sesle konuşma, kurallara uymakta güçlük çekme şeklinde kendini gösterir.

İlkokul dönemindeki çocukta, derste dikkatini koruyamama, dış etkenlerle dikkatin kolay dağılması, ders dışı şeylerle uğraş, ödev ve sınavlarda dikkat kaynaklı hatalar yapma, sessizce oturamama, arkadaşlarıyla anlaşamama, verilen görevleri ve sorumlulukları yerine getiremememe, ödev başına oturma zorluğu, ödevini tamamlayamama, dağınıklık, eşyalarını kaybetme, eşyalarını unutma şeklinde kendini gösterir.

Ergenlik döneminde DEHB belirtileri, okul başarısının düşmesine yol açma, sınavlarda dikkat kaynaklı hatalar sebebi ile not ortalamalarının düşmesi, hedef koymada ve hedefleri için çalışma konusunda zorluk yaşama, zihinsel uğraş gerektiren ve uzun süre dikkat gerektiren işleri yapmak istememe ve ya yapamama, ders çalışamama, ödev yapamama, hiperaktivitenin etkinliğinde azalma fakat dürtüsellikte artma, arkadaşlarla, aileyle, öğretmenlerle ilişkilerde sorunlar, dürtüsel davranışların yol açabileceği sorunlarda artış, alkol sigara madde kullanımı, izinsiz para alma, evden kaçma, okuldan kaçma gibi riskli davranışlar, bazen hedeflerin gerçekleştirilmesinden kaynaklı kaygı ve depresif düşüncelerde artış ile kendini gösterir.

5. DEHB'nin etiyojisi nedir?

DEHB etiyojisi henüz tam olarak aydınlatılamamıştır. Bunun en önemli nedeni DEHB'nin oldukça heterojen bir hastalık olması gibi görünmektedir. DEHB'nin çevresel, genetik ve nörobiyolojik etkenlerden oluşan, bir değil birden fazla sebebi olduğu düşünülmektedir.

Genetik açıdan bakıldığında DEHB'nin yüksek oranlarda kalıtılabilir olduğu bulunmuştur. Bu ailede DEHB varlığında, kişide DEHB görülme oranının arttığı anlaşılmaktadır.

DEHB'nin %70-80 dolaylarında kalıtılabilir olduğu bulunmuştur.

Ailede DEHB varlığında, kişide DEHB görülme oranı:

- Kardeşlerde varlığında %50
- Kuzenlerde varlığında %25

- Birinci derece akrabalarda varlığında %15-60'tır.

DEHB'li çocukların hem ebeveynlerinde hem de kardeşlerinde DEHB olma riski normal çocuk popülasyonu ile karşılaştırdıklarında riskin 2-8 kat(%20-25) arttığı gösterilmiştir.

Çocukluk çağı başlangıçlı DEHB tanısı olan ebeveynlerin çocukları değerlendirildiği ise bu kişilerin çocuklarının %57 oranında DEHB tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır.

Ek olarak DEHB'nin etiolojisinde rol oynadığı bilinen bazı genlerin tespit edilmiştir.

Çevresel etkenler de dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun ortaya çıkmasında rol oynamaktadır. Bununla ilgili birçok araştırma yapılmaktadır. İleri ya da erken anne yaşı, annenin gebelikte sigara kullanımı, düşük doğum ağırlığı gibi etkenlerin çocukta DEHB gelişiminde rolü olduğu düşünülmektedir.

Gıda katkı maddeleri, renklendiriciler, koruyucular hiperaktivite davranışlarına katkıda bulunan olası nedenler olarak öne sürülmelerine karşın çalışmalar bu teorileri doğrulamamıştır.

DEHB etiolojisinde dopamin ve noradrenalin salınımının anlatılması tedavi de ilaç kullanımının yeri hakkında bilgi sağlayacaktır.

Dopamin ve dopaminden sentezlenen noradrenalin dikkat, konsantrasyon ve bunlarla ilgili motivasyon, uyanıklık gibi diğer bilişsel işlevlerde önemi rol oynamaktadır.

Klinik çalışmalarla DEHB'ye dopamin ve noradrenalin seviyesindeki bozukluğun neden olabileceği gösterilmiştir.

Bu iki maddenin düzenli salınımı ile, dikkat, dürtüsellik ve dikkatin sürdürülmesinde görev alan sinirlerin uygun uyarılması sağlanır. Fakat DEHB'li kişilerde bu maddelerin salınımı uygunsuz olduğundan, sinir uyarımı yetersiz olur. Bunun sonucunda dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomları açığa çıkar.

6. DEHB tedavi edilmediğinde nasıl sonuçlanır?

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu erken çocuklukta başlayan ve yetişkinlikte devam edebilen bir bozukluktur. Ailelerin yönelttiği en sık sorulardan biri DEHB tedavi edilmediğinde karşılaşılabilecek sorunlar ve yetişkinliğe nasıl yansıtacağı olur.

DEHB seyri tedavi edilmediği takdirde bile, her çocuk ve yetişkinde aynı şekilde devam etmeyecektir. Daha hafif semptomlarla seyreden ve tedavi edilmeyen DEHB'li kişilerde zamanla belirtiler azalabilir ya da kişinin işlevselliğini bozmayacak seviyelerde kalabilir.

Fakat semptomlar orta-ağır seyrettiğinde belirtiler azalmamakla kalmayıp, ek tanılarının eklenmesi mümkündür.

Okul hayatında başarısızlık, kendi potansiyelinin altında başarı gösterme, devamsızlık ve disiplin cezaları, özgüvensizlik, aile ve arkadaşlık ilişkilerinde sorunların olması, psikiyatrik bozuklukların eklenmesi, kaza-yaralanma, sigara, alkol, madde kullanımı ve yasal problemlerin olması, olası karşılaşılabilecek sorunlardır.

Yetişkin hayatta tedavi alınmadığı halde, aynı çocuklukta olduğu gibi, semptomlar hafif ise belirti vermez ve işlevsellikte bozulmalara yol açmaz.

Ancak tedavi edilmemiş ve orta-ağır seyreden DEHB yetişkinlikte benzer durumların iş hayatında ve özel hayatta ortaya çıkmasına sebep olur.

İş yerinde devamsızlık, geç kalma, toplantı ve benzeri önemli etkinlikleri, fatura ödemek gibi sorumlulukları unutma, eşya kaybetme, sabırsız davranma, kolay öfkelenme, özel ilişkilerinde, aile ve arkadaşlık ilişkilerinde sorunların olması, psikiyatrik bozuklukların eklenmesi, kaza-yaralanma, sigara, alkol, madde kullanımı ya da yasal problemlerin olması karşılaşılabilecek sorunlar arasındadır.

7. DEHB tablosuna eşlik edebilecek diğer psikiyatrik tanılar nelerdir?

DEHB tablosuna eşlik edebilecek tanılardan bahsederek ailelerin olası ek sorunlara karşı farkındalığını arttırmak önemlidir. Böylece olası ek tanıların tedavi süreçlerindeki gecikmeler de engellenmiş olur. Burada Özgül Öğrenme Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğundan bahsedilebilir.

Özgül Öğrenme Bozukluğu

Özgül Öğrenme Bozukluğu bireylerin zekâ düzeyi ve aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda, okuma, yazma, mantık yürütme, problem çözme ya da matematik alanındaki yeteneklerin kullanımında zorluk yaşanmasıdır.

Öğrenme ilk aşamada bilginin duyu organları tarafından beyne iletilmesi ve beynin bilgiyi alması ile başlar. Daha sonra gelen bilgilerin birleştirilmesi, hafıza da tutulması ve son aşamada da konuşma, okuma, yazma gibi becerilerle dışarı aktarılması gerekir. Özgül Öğrenme Bozukluğu olan kişilerde bilginin elde edilmesi ve kullanılmasını sağlayan aşamalarda problemlerin olduğu kabul edilmektedir.

Öğrenme Bozukluğu üç ana grupta incelenir:

- Okuma Bozukluğu
- Yazma Bozukluğu
- Aritmetik Beceri Bozukluğu

Okuma Bozukluğu

Okuma bozukluğu, okumada belirgin hataların görüldüğü, okuduğunu anlama ve anlatmada zorlukların yaşandığı bir bozukluktur.

Okuma bozukluğunda görülebilecek okuma hataları aşağıda verilmiştir.

- Harfleri yanlış okuma ve birbirine karıştırma
- Okurken harf atlama, bazı harfleri okumama
- Bazı kelimeleri atlama ya da eksik okuma
- Kelimelerin içinde harflerin yerlerini değiştirme
- Kelimeyi yanlış okuma ve bir kelime yerine başka bir kelime okuma
- Okurken sık sık yerini kaybetme

- Yavaş okuma
- Okumaya cümlelerin sonundan başlama

Yazma Bozukluğu

Yazı yazılırken belirgin harf, noktalama ve dilbilgisi hataları gözlenir.

Yazma bozukluğunda görülebilecek yazım hataları aşağıda verilmiştir.

- Harf hataları yapma
- Birbirine benzeyen b-d, m-n, c-ç, s-ş gibi harfleri karıştırma
- Birinin yerine diğerini yazma
- Noktalı ve noktasız harfleri karıştırma (o-ö, u-ü, ı-i)
- Heceleme hataları ve bir kelimeyi bölerek yazma
- Noktalama işaretlerini kullanmama
- Sayfa düzenini yapmama, paragraf oluşturmama
- Çok karışık ve kötü yazma, kelimeleri birbirinden ayırmadan bitişik yazma
- Bakarak yazma ve kopyalama yeteneklerinin kötü olması

Aritmetik Beceri Bozukluğu

Çocukların matematik becerileri, zekâ düzeylerinin ve yaşlarından beklenenin belirgin derecede altındadır. Çocuklar okul ve günlük işlerde kullanılan basit matematik işlemlerinde zorluk yaşarlar.

Aritmetik beceri bozukluğunda görülebilecek matematik hataları aşağıda verilmiştir.

- Matematik terimlerini kavrama güçlüğü
- Sembol ve işaretleri kavrama güçlüğü
- Sayı saymayı öğrenmede güçlük
- Dört işlemi kavramada güçlük
- Geometrik şekil ve sembolleri anlamada güçlük
- Problem çözme güçlüğü

Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu

Çocuğun tekrarlayan şekilde büyüklerine karşı gelmesi ve kurallara uyumak istememesi olarak tanımlanmaktadır. Otoriteye karşı gelen ve yönlendirmelere direnç gösteren bir yapısı vardır.

Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğunun belirtileri aşağıda verilmiştir.

- Sık sık hiddetlenir (huysuzlanır).
- Sık sık büyüklerle tartışmaya girer.
- Büyüklerin isteklerine ya da kurallarına uymaya çoğu zaman etkin bir biçimde karşı gelir ya da bunları reddeder.

- Çoğu zaman, isteyerek, başkalarını kızdıran şeyler yapar.
- Kendi yaramazlıkları için çoğu zaman başkalarını suçlar.
- Çoğu zaman alıngandır, çabuk darılır ya da başkalarınca kolay kızdırılır.
- Çoğu zaman içerlemiş, kızgın ve güceniktir.
- Çoğu zaman kincidir ve intikam almak ister.

Davranım Bozukluğu

Davranım Bozukluğu, çocuk ve ergende başkaldırma, karşı gelme ve topluma aykırı davranışlar yineleyici ve inatçı bir biçimde uzun süre görülür.

Davranım Bozukluğunun belirtileri aşağıda verilmiştir.

- Kabadayılık etme, başkalarının korkutma, gözdağı verme
- Kavga başlatma eğilimi
- Taş, cam, sopa, bıçak gibi aletlerle başkalarını yaralayabilecek tarzda davranma.
- Gerek insanlara gerekse hayvanlara acımasızca davranabilme.
- Alıp kaçma, tehdit vs. ile çalma eylemi.
- Birisini cinsel aktiviteye zorlama.
- Eşyaya zarar verme amacıyla kasıtlı yangın çıkarma.
- Başkasının malına mülküne yangın harici herhangi bir biçimde zarar verme.
- Başkasına ait bina, araç gibi özel mülke zorla girme.
- Çıkar elde etmek ya da yükümlülüklerinden kurtulmak için yalan söyleme.
- Değerli bir şeyi çalma, sahtekarlık.
- 13 yaşından önce aile rızası olmaksızın geceyi dışarıda geçirme.
- Evden kaçma.
- Sık sık okuldan kaçma.

8. DEHB’de ilaç tedavisi

DEHB tedavisi ve özellikle ilaçların etki süreleri ve yan etkileri en kısa süreli klinik görüşmesinde bile detaylandırılması gereken kısımdır. Bu aşamada ailelere, anne-baba eğitimlerinin ve bireysel görüşmelerin tedavi sürecinde bütünleyici olduğu, ilaç tedavisinin etkinliğine olumlu katkı sağladıkları aktarılmalıdır.

Aynı zamanda bu tedavi yöntemlerinden hangilerinin kullanılacağına karar verilirken kişinin bireysel özelliklerinin göz önünde tutularak seçim yapılacağı bilgisi verilir.

İlaç tedavisinde en fazla kullanılan ilaçlar uyarıcı (stimulan) dediğimiz ilaç grubudur. Bu grupta Metilfenidat (Ritalin, Medikinet, Konsenidat, Concerta) Türkiye’de kullanılan etkin ilaç maddesidir.

Türkiyede sıkça tercih edilen diğer bir ilaç non-stimulan atomoksetindir (Strattera, Attex, Fixatom, Atomine).

Stimulanlar

Bu ilaçlara 'uyarıcı ilaçlar grubu' denmesinin nedeni beynin çalışmasını veya uyarılabilirliğini arttırmalarıdır. Bu etkiyi gösterdikleri beyin bölgeleri, davranışın kontrolünden ve dikkatin sürdürülmesinden sorumludur.

Stimulanların, davranış ve dikkat ile ilgili etkilerini meydana getirebilmek için beyindeki bazı biyokimyasal maddelerin miktarını arttırdıkları düşünülmektedir. Bu biyokimyasal maddelerden en iyi bilinenler dopamin ve noradrenalin'dir. Dopamin ve noradrenalinin beyinde en fazla bulunduğu bölüm DEHB oluşumunda çok önemli bir yeri olduğu düşünülen beynin ön (frontal) bölgesidir.

Metilfenidat'ın DEHB'nin çekirdek semptomlarına ek olarak karşı olma karşı gelme ve davranım bozukluğunun dürtüsellik ve saldırganlık davranışlarına da etkili olduğu bilinmektedir.

Metilfenidat'ın ani salınımlı ve kontrollü salınımlı formları mevcuttur.

Ticari isimleri ile Concerta (Konsenidat) ve Medikinet arasındaki farklar ailelere açıklanmalıdır.

Concerta 12 saate varan etki süresine sahiptir. 2 seferde salınır. %22 ani salınım gösterir ve %78 yavaş salınır. Yalnızca tablet formu mevcuttur.

Medikinet'in ise yaklaşık 8 saatlik etki süresi vardır. %50 ani ve %50 yavaş salınımlıdır. Kapsül formu sayesinde yaşça küçük çocuklar tarafından kapsül içeriğinin bir kaşık yoğurt benzeri besine eklenmesi ile rahatça tüketilir.

Ritalin ise ani salınımlı ve 3-4 saatlik etkinlik süresine sahip tablet formudur.

Metilfenidat kullanımına bağlı en sık yan etkiler uykusuzluk, iştahsızlık, karın ağrısı, gastrointestinal sorunlar, baş ağrısı ve baş dönmesidir. Daha az sıklıkla kaygı, huzursuzluk ve emosyonel labilite görülebilir.

Non Stimulan

Atomoksetin ise, metilfenidattan farklı olarak sadece noradrenalin adını verdiğimiz biyokimyasal madde üzerinde etkilidir. Böylece dikkatin toplanması ve sürdürülebilmesi için etki sağlar.

Atomoksetin 24 saat etkinliğe sahiptir. Günde tek doz ya da sabah ve öğleden sonra geç saatte bölünmüş dozlar şeklinde verilebilir.

Atomoksetin DEHB semptomlarına ek olarak anksiyete semptomlarında da belirgin düzelme sağlar.

Atomoksetin kullanımına bağlı en sık yan etkiler mide bulantısı, iştah azalması, ağız kuruluğu, uykusuzluk veya fazla uyuma, kabızlık ve duygu durumunda dalgalanmalar olarak sayılabilir.

İlaç kullanımının aileler için zor bir seçim olabilmektedir. Bu durum ilaç kullanımı ile ilgili bilgilerin aileler için netleştirilmesi gerekliliğinin önemini arttırır. Farklı tedavi seçeneklerinin

olup olmadığı, çocuğun yaşının ilaç kullanımına uygunluğu, olası yan etkiler ailelerin ilaç ile ilgili en sık sorularındandır.

Bu kısımda ailelere aktarılabilecek konuların başlıkları aşağıda verilmiştir.

- ✓ İlaç başlangıcına karar verme ve ilaç kullanımı süresince doktor ve aile iş birliği içinde çalışırlar.
- ✓ DEHB’de ilaç tedavisi başlangıcı için uygun yaş altıdır.
- ✓ 6 yaş öncesinde bireysel psikoterapi ve aileye yönelik psikoeğitim verilebilir.
- ✓ Ayrıca hafif DEHB belirtileri gösteren çocuklar için ilk tedavi seçeneği yine bireysel görüşmeler ve aile psikoeğitimledir.
- ✓ İlaç dozu çocuğun kilosuna göre hesaplanır. Başlangıç dozdan etkin doza zaman içinde çıkılır.
- ✓ Hangi etken maddeye sahip ilacın başlanacağına şikayetlerin şiddetine, eşlik eden ek psikiyatrik ve tıbbi tanılarının varlığına göre karar verilir.
- ✓ Stimulan, yani metilfenidat kullanımında uyku düzeni, kardiyak sorunlar, eşlik eden tik varlığı, kardiyak soy geçmiş ve nöbet geçmişine özellikle dikkat edilir.
- ✓ Bireysel görüşmelerde, Bilişsel Davranışçı Terapi odaklı uygulamalar ile akran iletişimi, davranış kontrolü, öfke yönetimi, hareketlilik ve dürtüsellik azalması yönünde müdahalelerde bulunmaktadır.
- ✓ Ebeveyn eğitim programları, ailelerin ebeveynlik becerilerini ve bilgilerini geliştirme, çocuk gelişimi ve ailelerin yaşadığı sorunlarla pozitif yollarla başa çıkabilme ile ilgili öğrenme deneyimlerini geliştirmeye odaklanmış programlardır.

9. Psikoeğitimin birinci seansı tamamlandıktan sonra annelerin ek sorularının cevaplanması için zaman ayrılır.

10. Seansın son kısmında terapist kısa bir özet eşliğinde ilk seanstan akılda kalması gereken bilgilerin kısa bir notunu annelere verir. Seansta edinilen bilgilerin evde babalarla paylaşılması, çocukların değerlendirilmesinin bu bilgiler eşliğinde yapılması istenir. Bu değerlendirme sonucunda ek soruları olanların bir sonraki seansa sorularını getirmeleri istenerek seans sonlandırılır.

2. Görüşme

Selamlaşma ve Önceki Konuya Yönelik Geri Bildirim

Görüşme Hedefleri

1. Annelerin gruba oryantasyonun sağlanması ve pozitif olay anlatılması
2. Önceki görüşmede anlatılan konuya yönelik geri bildirim alınması

Görüşme Planı

1. Terapist yine kendisinden örnek vererek hafta içinde yaşadığı pozitif bir olayı annelerle paylaşır ve sıra ile her anneden paylaşmasını ister.
2. Önceki görüşmede anlatılan konunun babalara aktarılmasının ardından paylaşılacak istenen yeni durum veya soruların olup olmadığı sorulur ve annelerden geri bildirim istenir.

Sorunları Anlamak

Görüşme Hedefleri

1. Çocukların uygunsuz davranışlarının altındaki sebeplere daha geniş açılardan bakabilmek
2. Çocukların doğru gözlemlenmesi ve doğru yorumlanmasını sağlamak
3. Ödüllendirmenin uygun ve uygunsuz hallerini açıklamak
4. Ebeveynlerin ortaklığını hatırlatmak
5. Ebeveynler için çocukla geçirilen vakti kaliteli kılmak
6. Ebeveynlere çocukları tarafından örnek alındıklarını hatırlatmak
7. Çocuğa kural koyup komut vermenin inceliklerini öğretmek

Görüşme Planı

1. Çocukların uygunsuz davranışlarının sebebi nedir?

Bu başlık altında istenilen şey ebeveynlerin zihinlerinde bazı soru işaretleri oluşturmaktır. Çocuğu uygunsuz bir davranış sergilediğinde ona kızmak veya ceza vermek ebeveynler tarafından sıkça yapılan eylemlerdir. Burada değinilmek istenilen nokta, çocuğun uygunsuz davranışına verilen ebeveyn tepkisini ve çocuğun uygunsuz davranışını etkileyebilecek dış faktörlerin olup olmadığıdır.

Dış faktörlerin farkına varıldığında uygunsuz davranış sadece çocuğun sebep olduğu bir sorun olmaktan çıkar. Ebeveynler bu davranışların altında bazı tıbbi, genetik sebepler olabileceğini, bu davranışın ortaya çıkışında kendilerinin payı olabileceğini ya da durumsal olayların davranışın şiddetini arttırabileceğini fark ederler.

Çocuklarının yanlış ve uygunsuz davrandığını düşünen aileler, bunun sebeplerini de düşünmeli ve kendi aile dinamikleri içinde bu yanlış davranışların sebeplerini formüle etmelidir.

Uygunsuz davranışı etkileyebilecek bu durumlar 3 başlık altında toplanarak ebeveynlere aktarılabilir ve örneklendirilebilir.

✓ Çocuğun Özellikleri

Fiziksel, psikolojik, mizaç, genetik vb

✓ Ailelerinin Özellikleri

Fiziksel, psikolojik, mizaç, genetik, ebeveynlik becerileri vb

✓ Durumsal Olaylar

Boşanma, taşınma, sosyoekonomik durumlar vb

Her çocuk aynı değildir. Genetik özellikler, mizaç, bazı doğum komplikasyonlar gibi sebeplerle çocuklar belli bir eğilimle doğarlar. Bunun sonucunda bazı çocukların fiziksel ya da zihinsel sorunları olabilir, kalıtsal hastalıkları olabilir, mizaç gereği çabuk sinirlenen, fazla sabırsız çocuklar olabilirler.

Örneğin dikkat eksikliği ve hiperaktivite tanısı almış bir çocuğun dikkat sorunlarının olacağı ve sorumluluklarını hatırlamak ve bir dizi yönergeyi takip ederek sorumluluklarını yerine getirmek konusunda zorlanacağı bilinmeli ve ailenin beklentileri buna göre belirlenmelidir.

Diğer taraftan, ailelerin çocuklarından beklentilerinin fazla olması, özellikle mutlu olunan zevk alınan bir aktivite devam ederken çocuktan bir sorumluluğunu yerine getirmesinin istenmesi gibi durumlar söz konusu olduğunda çocukların olumsuz mizaç özellikleri kolayca açığa çıkabilir ve aileler çocuklarının davranışlarını yönetmekte zorluk yaşayabilirler.

Kısacası, doğumdan itibaren var olan bazı özellikler, çocukların uygunsuz davranışlarda bulunma riskini arttırıyor. Bu sebeple ailelerin çocuklarının sahip oldukları bazı mizaç özellikleri, fiziksel ve gelişimsel özelliklerini iyi tanımaları ve kabul etmeleri gerekiyor.

✓ Ebeveynlerin Özellikleri

Ebeveynlerin kişisel psikolojik bozuklukları, mizaç özellikleri, fiziksel özellikleri veya yetersizlikleri çocukların davranışsal zorluklarına katkıda bulunabilir.

Bu özellikler, ortaya çıkan çocuk yaramazlıklarını yönetmede ebeveynlerin tutarlılığını ve etkinliğini azaltabilir.

Kendi psikolojik sorunları olan örneğin yoğun öfke problemi olan bir ebeveynin, çocuğa karşı toleransı daha az olacaktır.

Ya da kaygıları yoğun bir ebeveyn çocuğuna sınır ve kural koyma konusunda hem çok istekli hem de kaygıları sebebi ile başarısız olabilir.

Bu anlamda ebeveyn kendini tanımalı, hangi tutumlarının çocuk için destekleyici ve faydalı olduğunu hangilerinin çocuk yönetimini zorlaştırdığını fark etmelidir. Gerekli durumlarda öncelikle ebeveynin bazı davranış değişikliklerine gitmesi gerektiğini, lüzum halinde psikolojik destek alması gerektiğini kabul etmesi, çocuğunun uygunsuz davranışlarının çözümü için atlanmaması gereken bir noktadır.

✓ Durumsal Olaylar

Çocuğun davranışı rastgele değildir, belirli nedenlerle oluşur ve tetiklenir.

Ev içindeki ortam, ebeveyn iletişimi, ailenin ekonomik koşulları gibi birçok durum çocuğun davranışını etkileyebilir.

Kendi ekonomik sorunları ile ilgilenen ebeveynlerin, çocuklarının davranışlarını yönetmekte zorlanıyor olması mümkündür.

Ya da anne ve babanın şiddetli sözel tartışmalarının olduğu bir evde büyüyen bir çocuğun, uygunsuz davranmayı, yüksek sesle konuşmayı, küfretmeyi direkt aile üyelerinden öğrenmiş olabileceği unutulmamalıdır.

Kimi zaman çocuğun zor mizacı, ebeveynin psikolojik durumu ya da ekonomik zorlukların varlığı, ebeveynin çocuğun uygunsuz davranışları ile baş etme becerilerini etkiler. Ebeveynin yönetimi tutarsız hale gelirse çocuğun kabul edilebilir davranışlarını cezalandırabilir ya da aşırı tepkiler verebilir. Bu durum hem çocuğun olumsuz davranışlarında artış meydana getirir hem de çocuğun özsaygısını zedeleyebilmektedir.

Bu örnekler ışığında çocuk, ebeveyn ya da durumsal zorluklar detaylı değerlendirilerek, çocuğun uygunsuz davranışlarında katkısı olan etkenler belirlenebilir. Mizacı özelliklerin farkına varıp bunları kabullenmek bile, ailelerin çocuklarının bu uygunsuz davranışlara olan aşırı tepkisini değiştirerek aile-çocuk arasındaki ilişkiye olumlu katkıda bulunur. Durumsal ve ailesel zorlukların belirlenmesi ve zamanla ailelerin bu zorluklara çözümler üretmesi sonucunda ise, çocukların bu zorluklarla tetiklenen uygunsuz davranışlarında azalmalar olması beklenir.

Elbette, ebeveynlerin üzerlerine gelen tüm potansiyel stres olaylarını hemen çözmeleri beklenemez, ancak belirli bir aile durumunun yarattığı stresin nasıl azaltılacağına dair planlar yapılmalıdır.

2. Çocuğu Gözlemlemek ve İhtiyaçlarını Doğru Yorumlamak

Çocukların mizaç özelliklerini, psikolojik ve fiziksel zorluklarını anlamak kadar önemli olan bir diğer konu, ihtiyaçlarını görmek ve aileden beklentilerini fark etmektir.

Çocukların uygunsuz davranışları bazen, ailelerin yetersiz ilgisine cevap olarak gelişebilir. Ailesinin dikkatini çekmek isteyen çocuklar, bunu olumlu ve güzel davranışları ile yapamadıklarında, olumsuz ve uygunsuz davranışları kullanırlar.

Bu bölümde hedeflenen, ebeveynlerin çocuklarının hatalı buldukları davranışlarına verdikleri dikkati, çocuklarının istenilen davranışları gerçekleştirdiği anlarda ve ebeveynlerinin yardımına ihtiyaç duydukları anlarda da verebilmeleri.

Örneğin bir çocuk tek başına yaptığı bir ödev, topladığı odası ya da fırçaladığı dişleri için hiçbir zaman tebrik ve taktir edilmiyorsa, yapmadığı ödev, toplamadığı oda ya da fırçalamadığı dişleri ile ailenin dikkatini çekmeyi göze alabilir.

Çoğu aile içinde bu şekilde dikkat çekmek mümkündür. Çünkü genel olarak aileler bir çocuğun odasını toplaması gibi işleri, çocuğun sorumluluğu olarak görmesi gerektiğini ve sorumluluğunu yerine getirdiği için ek ödüle ihtiyacı olmadığını düşünürler. Fakat bu sorumluluk yerine getirilmediğinde çocukların azarlanması ya da cezalandırılması sık karşılaşılan bir sonuçtur.

Oysaki daha detaylı düşünüldüğünde, yetişkinler de yerine getirdikleri sorumluluklar için ödüllendirilmeyi isterler. Teşekkür edilerek ya da yerine getirdikleri iş, meslekleri ile ilgiliyse maaş ödenerek.

Bunun farkında olarak, aileler, çocuklarının uygunsuz davranışlarını cezalandırmak için ayırdıkları zamanı, çocukların doğru davranışlarını görmeye ve onları taktir etmeye ayırmalıdır.

Doğru davranışları için taktir edilen ve ödüllendirilen çocuk, ilgi çekmek için uygunsuz davranışa başvurmaz ve aynı zamanda doğru davranışın ödüllendirilmesi ve taktir edilmesi pekiştirici görevini görür. Ödüllendirilerek pekişen davranışın sıklığı artar.

Günlük rutinde çocuklar yerine getirdikleri her sorumluluk için, vakit kaybetmeden taktir edilmelidir.

Bunun için gülümseme, öpme, okşama, sarılma, çak hareketi gibi yöntemler kullanılabileceği gibi taktir cümleleri de kullanılabilir.

“... için teşekkür ederim.”

“...doğru bir şekilde yapmışsın.”

“...çok taktir ettim.”

“Harika.”

“...iyi düşünmüşsün.”, gibi cümleler de kullanılabilir.

3. Hatalı Ödüllendirme

Çocukların sergiledikleri davranışlara ebeveynlerin verdiği tepkiler, o davranışın pekişerek devam etmesine sebep olabileceği gibi, yavaşça sönmesine ve tekrarlamamasına da sebep olabilir.

Sınır koymakta zorlanılan bir çocukta en dikkat edilmesi gereken noktalardan biri, mevcut uygunsuz davranışın hatalı bir şekilde pekiştirilmemesi, yani ödüllendirilmemesidir.

Bazen, ebeveynler, çocuklarının uygunsuz davranış sergilemesinin ardından onları istemeden ödüllendirebilir ve hatalı bir pekiştirme sağlamış olurlar.

Hatalı ödüllendirmenin seans içinde anlatıldığı sırada kullanılabilecek örnekler aşağıda verilmiştir.

Örneğin sürekli yemek ayıran, masada yemeği reddeden bir çocuğun bu davranışına çözüm olarak, ona her yemeği reddettiğinde yeni bir menü hazırlanır ve televizyon karşısında tek başına yemesine izin verilirse, ilk baştaki yemeyi reddetme sorunu hatalı bir şekilde ödüllendirilmiş ve bu davranış pekiştirilmiş olur.

Veya aile için uygunsuz olmasına ve bu çocuğa söylenmiş olmasına rağmen, istediğini almak için bağırarak ve ağlayan bir çocuğa (oyuncak, tatlı, okula gitmemek, daha geç uyumak gibi) istediği şey verilirse, ağlama ve bağırma davranışı pekiştirilmiş olur.

Bu örneklerde uygunsuz bir pekiştirme uygulanmaktadır. Aileler uygunsuz buldukları davranışı durdurmak için çocuğa “ödül” vererek, uygunsuz davranışı pekiştirmektedir.

Daha fazla örnek düşünülerek aileler tarafından yapılan “hatalı” pekiştirmeler tespit edilmeli ve tekrarlanmamaları için dikkat edilmelidir.

4. Ebeveynlerin Ortak Çalışması

Anne ve babaların fikir ayrılıklarının olması, sabit kurallar oluşturamamaları, çocuklarının uygunsuz davranışlarını sınırlandırmaları önünde bir engeldir.

Bir ebeveyn tarafından uygunsuz olarak değerlendirilen ve çocuğun cezalandırılmasına sebep olan bir davranış, diğer ebeveyn tarafından olumlu kabul edilir ya da görmezden gelinir veya ödüllendirilirse bu durum çocuğun kafasını karıştırır.

Çocuk bir davranış için aynı anda hem ödüllendirilip hem de cezalandırılmış olur. Bu şekilde çocuğun uygunsuz davranışını sınırlandırma konusunda bir ilerleme katedilememiş olunur.

Bunun yaşanmaması adına ebeveynlerin hedeflerini ve çocuktan beklentilerini netleştirmeleri gerekir.

Uygunsuz olarak gördükleri davranışları ve ödüllendirilmesi gereken davranışları ortak kararlar belirlemeleri ve tutumlarını bu doğrultuda şekillendirmeleri gerekir.

Bazı durumlarda çocuklara üçüncü kişiler bakım verir. Anne ve babanın çalıştığı durumlar ya da farklı özel koşullarda anneanne babaanne gibi üçüncü kişilerin çocuğun bakımında devreye girdiği durumlarda, anne ve babanın belirlediği ve uyguladığı kuralları devam ettirmeleri

gerekir. Bu kuralların bir kez bile bu kişiler tarafından esnetilmesi, çocukların kurallara uyumunda aksaklıklar yaratır ve uygunsuz davranışın geri gelmesine sebep olabilir.

Basitçe annenin koyduğu 1 saatlik televizyon izleme süresi, anneannenin evinde sınırsız hala geldiğinde, çocuk eve döndüğü zamanda annenin kuralını da yıkmak ve sınırsız şekilde televizyon izlemeye devam etmek ister.

Bu konuda ailelerin bilgilendirilmesi ve kurallara uyumsuzluğun bu fikir ayrılıkları sebebi ile artabileceği açıklanmalıdır.

Çocuk kendisine koyulan bir kuralın bakım veren bütün yetişkinler tarafından dikkatle uygulandığını gördüğünde bu kuralın gerekliliği konusunda ikna olacaktır.

Aksi halde yetişkinler tarafından bile ortak bir kararla uygulanmayan kural gereksiz kabul edilir.

5. Çocukla Zaman Geçirme

Bir diğer göz ardı edilmemesi gereken nokta, ebeveyn çocuk ilişkisinin güçlendirilmesi ve birlikte geçirilen zamanın artırılmasıdır.

Çocukların ilgi alanlarını, güçlü yönlerini, zorlandıkları alanları anlamak ve çocukların aileleri tarafından görmeyi beklediği ilgi ve alakayı onlara göstermek için, ebeveyn-çocuk olarak geçirilen vakti arttırmak gerekir.

Çocuk ve ebeveyn iletişiminin, sorumluluklar, onaylanmayan davranışlar ve cezalardan ibaret olması, öncesinde de anlatıldığı gibi daha çok olumsuz davranışa sebep olabilmektedir. Bu tutumun değişmesi bu sebeple oldukça önemlidir.

Her iki ebeveynin de çocukla bire bir ve kaliteli bir zaman geçirmesi gerekir. Birlikte geçirilen bu özel zaman da bazı noktalara dikkat etmek gerekir.

Ailelerin ve çocuğunda sorumlulukları devam ediyor olduğundan bu zaman sınırsız olamaz. Bu sebeple ebeveynin zamanı sınırlandırmasında bir sakınca yoktur.

Dikkat edilmesi gerek nokta bu sınırlı zamanın önemsiz işler, telefon konuşmaları gibi sebeplerle bölünmemesidir. Çocuk ebeveynin o sırada tüm ilgisini kendisine verdiğini, oynanılan oyuna ya da edilen sohbetten mutlu olduğunu görmeli.

Bu süre boyunca çocuğun baş rol olmasına izin verilmeli. Yapılan aktiviteye belli sınırlamalar içerisinde çocuk karar verebilmeli.

Bu geçiren zaman içerisinde çocuğa sorumluluklarının hatırlatılması, sıkça komut verilmesi gibi davranışlarda bulunulmamalı.

Aktivite süresince çocuğun olumlu davranışlarının tespiti ve sıkça taktir edilmesi unutmamalı.

6. Rol Modeller

Çocukların uygun ve uygun olmayan davranışlar sergilemesinde, kendi mizaçları, psikiyatrik ve tıbbi tanıları, genetik kodları ve aile yaşantıları kadar önemli payı olan bir diğer faktör, anne ve babalarından gördükleridir.

Anne ve babalar çocukları için birer örnek, birer rol modelidir. Çocuklar ebeveynlerinin birbirleri ile ve diğer insanlarla olan iletişimlerini, davranışlarını, uydukları ve uymadıkları kuralları ve daha birçok ufak detayı gözlemler ve sonrasında taklit ederler.

Bu sebeple ebeveynler çocuklarında görmek istemedikleri davranışları sergilememeli, kullanmasını istemedikleri kelimeleri kullanmamalıdır.

Ayrıca çocukta görmek istemedikleri davranışları yapmamak kadar önemli bir diğer nokta, çocuğun uygulaması istenilen ve beklenen görgü ve nezaket kurallarının da aileler tarafından uygulanıyor olmasıdır.

Örneğin teşekkür etmek, rica etmek, öncelik tanımak gibi davranışların uygulandığını gören bir çocuk, bunları taklit eder. Tıpkı bağırma, vurma davranışlarını da taklit edebileceği gibi.

Organize olma, planlı hareket etme, sorumluluklarını yerine getirme, öz bakım ve hijyenine dikkat etme gibi konuları da çocukların ebeveynlerinden görerek öğrenebilecekleri unutulmamalıdır.

Ek olarak çocukların televizyonda izledikleri, internet ortamında ve oynadıkları oyunlarda gördükleri şeyleri de benimseyerek taklit edebilecekleri bilinmelidir. Bu sebeple bu alanların kontrol edilmesi ve çocukların yaşlarına uygun oyun ve programların seçilmesi gerekir.

7. Etkili Komut Verme

Çocukların yeni şeyler öğrenmesi, deneyimlemesi ve kendi sorumluluklarını bilmesi istenir. Bu sebeple aileler tarafından çocuklara sıkça komutlar verilir. Bu komutlar genelde çocukların hoşlarına giden bir aktiviteyi bırakıp, ilgilerini çekmeyen, zoraki yapacakları bir işi yapmalarını gerektirir. Bu yüzden çocuklar verilen komutlara uymakta zorlanır ya da hiç uymazlar.

Bu uyumsuzluğun bir nedeni de ebeveynlerin doğru komut vermeye özenmemesi de olabilmektedir. Aynı odada bile değilken uzaktan bağırarak komut vermek, verilen komutun takibini yapmamak, sürekli çocuğun dinlenme vakti sırasında komut vermek gibi hatalı yaklaşımlar sık yapılmaktadır.

Bu sebeple ailelerin etkili komut vermeyi öğrenmesi ve uygulaması gerekir.

Bunun için aşağıdaki adımlar kullanılabilir.

1. Etkili bir komut için öncelikle çocuktan istenen şey netleştirilmelidir. Uzun, birkaç farklı görevden oluşan, yerine getirilmesi o an mümkün olmayan bir komut etkili bir komut değildir.
2. Çocuğun başka bir şeyle ilgilendiği sırada komut vermek, komuta uyumu azaltır. Eğer ebeveyn komutun o an yerine getirilmesi gereken bir şey olduğuna eminse çocuktan öncelikle ilgilendiği şeyi bırakması istenir.

3. Komutun kendisi kadar çocuğa aktarılış şeklide net olmalıdır. Göz teması kurarak, net bir ifade ile, kızmadan ya da gülmeden, anlaşılır bir cümle ile ve sakın ama yine net bir ses tonu ile komut verilmelidir.
4. Komut verildikten sonra ebeveyn tarafından takibinin yapılması gerekir. Eğer ihtiyaç olduğunu düşünüyorsanız verdiğiniz komutu tekrarlayarak hatırlatma yapabilirsiniz.

Herhangi bir yeni davranışın öğretilmesinde veya bir çocuğun repertuarında zaten mevcut olan bir davranışın tekrarının arttırılmasında, istenen davranışın kazanılma veya artma oranı, o davranışı pekiştirmek için mevcut olan eğitim fırsatlarının sayısı ile ilgilidir. Taleplere uyumu güçlendirmek için daha fazla fırsat sağlamak amacıyla, ebeveynlerin çocuklarına komut verme oranlarını fiilen artırması faydalı olacaktır.

Komutları artırırken üstte bahsedilen adımların göz önünde bulundurulması gerekir. Amaç çocuğu bir sürü komuta boğmak değildir. Doğru zaman ve şekilde komut vererek ardından ödüllendirmek ve böylece uygun davranışları pekiştirmektir.

Ödüllendirmek için bazı öneriler önceki bölümlerde verilmiştir. Övgü, teşekkür, takdir yeterli ödüllendirme yöntemleridir. Yaşça ufak çocuklarda, bazı daha zor ya da uyum zorluğu yaşadıkları komutlar söz konusu olduğunda, atıştırma gibi ödüller verilebilir.

8. Psikoeğitimin ikinci seansı tamamlandıktan sonra annelerin ek sorularının cevaplanması için zaman ayrılır.
9. Seansın son kısmında terapist kısa bir özet eşliğinde ikinci seanstan akılda kalması gereken bilgilerin kısa bir notunu annelere verir. Seansta edinilen bilgilerin evde babalarla paylaşılması, çocukların değerlendirilmesinin bu bilgiler eşliğinde yapılması ve seansta öğrenilen yöntemlerin evde uygulanması istenir. Bu değerlendirme sonucunda ek soruları olanların bir sonraki seansa sorularını getirmeleri istenerek seans sonlandırılır.

3. Görüşme

Selamlaşma ve Önceki Konuya Yönelik Geri Bildirim

Görüşme Hedefleri

1. Annelerin gruba oryantasyonunun sağlanması için haftanın pozitif olayının anlatılması
2. Önceki görüşmede anlatılan konuya yönelik geri bildirim alınması

Görüşme planı

1. Terapist kendisi başlayarak hafta içinde yaşadığı pozitif bir olay paylaşır ve annelerde de paylaşmasını ister.
2. Önceki görüşmede anlatılan konunun babalara aktarılmasının ardından paylaşmak istenen yeni durum veya sorularının olup olmadığı sorulur. Öğrenilen bilgilerin uygulanmasında zorluk yaşanıp yaşanmadığı sorularak uygulamalar için annelerden geri bildirim alınır.

Uygunsuz Davranışlara Yaklaşım Önerileri

Görüşme hedefleri

1. Yaptırım uygulanmasını gerektirmeyecek olumsuz davranışlar için çözüm önerileri sunmak.
2. Bir ödül sistemi ile uygun davranışlarının pekiştirilmesinin yollarını anlatmak
3. Uygunsuz davranışının şiddetinin azalmadığı durumlarda uygulanabilecek mola yönteminden bahsetmek.

1. Görmezden Gelme

Önceki görüşmede uygunsuz davranışın kimi zaman hatalı bir şekilde ödüllendirilebileceği ve ödüllendirmenin de bu davranışı pekiştirebileceği açıklanmıştı.

Şimdiyse bu hatalı pekiştirmeden korunmak adına uygunsuz davranışla baş edebilmek için bir yöntem önerisi sunuyoruz.

Çocuğunuzun devam ettirmesini istemediğiniz bir davranışını gördüğünüzde, bu davranışın cezaı hak edecek kadar problemli bir davranış olmadığına karar vererseniz, uygulayabileceğiniz en iyi yöntem yok sayma-görmezden gelme olacaktır.

Çocuğun olumsuz davranışını görmezden geldiğinizde bu davranışa hak etmediği bir ilgi göstermemiş, dikkati farklı bir yöne çekmiş olacaksınız.

Bu yöntem çocuğun istenmeyen bir davranış yaptığı sırada, öfkelenme, bağırma, ağlama krizi, istediği olmadığı için somurta, talepkâr bir şekilde yalvarma gibi durumlarda uygulanabilir.

Öncesinde de belirtildiği gibi bu yöntem, daha az problemli davranışlar için ve sorunlu davranışla baş etmede ilk yöntem olarak uygulanabilir. Bunun işe yaramadığı durumlarda sonraki bölümlerde anlatılacak olan farklı yöntemler kullanılmalıdır.

Yok sayma- görmezden gelme sırasında:

1. Çocuk güvenli olduğu ve tek kalabileceği bir ortamda ise ebeveynin oradan uzaklaşması veya aynı odada durması gerekiyorsa farklı bir tarafa dönüp çocukla göz teması kurmaması gerekir.
2. Çocuğa karşı tepkili olunmamalı, olumsuz bir yüz ifadesi kullanılmamalıdır.
3. Yeni komut verilmemeli, çocuğa bağırlmamalı ve tartışmaya girilmemelidir.
4. Çocuğun uygunsuz davranışı sona erdiğinde çocukla iletişim kaldığı yerden sürdürülmelidir.

2. Puan Uygulaması

Çocukların yerine getirmedeği sorumluluklarını, uymadığı komutları ve istenmeyen davranışlarını yönetmek için kullanılabilecek bir yöntem puan uygulamasıdır.

Bu uygulama basitçe çocukların uygun davranışları için puan kazanıp uygunsuz davranışları için puan kaybetmelerine dayanır. Kazandıkları puanları maddi ve manevi ödüllere çevirebilmeleri sağlanır. Bu uygulamanın ilk haftalarda yalnızca uygun davranışları ödüllendirmek ve böylece onları pekiştirmek için kullanılması uygun olacaktır. Uygunsuz davranışlarda bir ceza yöntemi olarak kullanılması sonraki haftalarda ihtiyaca göre uygulanabilir.

Başlangıçta ödül sistemi olarak kalması, çocukların daha hızlı uyum sağlamalarını ve motive olmalarını sağlar. Aksi halde hemen bir ceza yöntemi olarak kullanılırsa programı uygulamak istemeyeceklerdir.

Ayrıca bazı durumlarda programın yalnızca ödül sistemi olarak kullanılması sorunları çözebilmektedir.

Görüşme içerisinde ebeveynlere uygulamaya geçmeden önceki ön hazırlıklar, uygulamanın sınırlılıkları anlatılmalıdır.

İlk etapta ebeveynlerin uygulamayı ortak bir şekilde tasarlaması ve sınırları konusunda netleşmesi gerekir.

Sonrasında uygulama çocuğa açıklanmalıdır. Bu açıklama yine onun uygunsuz, olumsuz hareketlerine çare bulma çabası olarak, kötü ve yorucu bir iş gibi değil, daha uygun daha olumlu davranabilmesi ve sorumluluklarını unutmayarak yerine getirebilmesi için ona yardımcı olacak bir sistem olarak anlatılmalıdır. Bu programın çocuğun yerine getirdiği sorumluklar için ayrıcalıklar ve ödüller kazanabileceği bir uygulama olduğu da söylenebilir.

Yöntemin uygulanacağı belli davranış ve komutlar seçilerek işe başlanabilir. Bunun için çocuktan yapması beklenilerek rutin görevler seçilebilir. Örneğin yatağını toplaması, oyuncaklarını yerleştirmesi, masanın kurulmasına ve toplanmasına yardım etmesi, dişlerini fırçalaması. Ya da uyması gereken nezaket kuralları da listeye eklenebilir. Örneğin teşekkür etmesi, istekte bulunurken rica etmesi gibi. Ek olarak çocuğa uygunsuz davranışları yapmadığında ödül alacağı söylenebilir. Vurma, küfretme, karşı gelme davranışlarını gün sonuna kadar yapmadığında, hanesine ek puan yazılacağı ifade edilebilir. Bu şekilde çocuğun yaşına göre 4-6 kural seçilmiş olur.

Bu şekilde ebeveynler bir görev liste oluşturmuş olurlar. Listedeki her bir davranışın kaç puan getirisi olduğu belirlenmelidir. Puanlar daha basit görevler için daha düşük, göreceli zor görevler için daha yüksek olacak şekilde dağıtılmalıdır.

Sonraki adımda bir ödül listesi oluşturulmalıdır. Bu listenin çocukla birlikte oluşturulması önemlidir. Listedeki ödüllerin hepsi çocuk için cezbedici olmalıdır fakat her biri aynı derecede istenilen şeyler olmamalıdır. Çocuğun daha az puanla alabileceği ödüller ve puan biriktirerek alabileceği ödüller olmalıdır.

Ödüllere örnek verilecek olursa; tatlı yemek, çizgi film izlemek, dışarda yemek yemek, sinemaya gitmek, anne ya da baba ile bir masa oyunu oynamak, bir oyuncak almak (çok pahalı olmayan) olabilir. Bu liste oluşturulduktan sonra hangi ödül için kaç puan gerektiği yanına yazılmalıdır.

Ödüllerin puanları çocuğun daha büyük ödüller için daha yüksek puanlar alması gerekecek şekilde hesaplanmalıdır. Bu hesaplamayı yaparken öncelikle çocuğun listelenen görevleri-rutin işleri yaparak ortalama bir günde kazanması muhtemel puan sayısı toplanır. Bu sayı göz önünde bulundurularak ebeveynler her bir ödül için puan belirleyebilirler. Çocuğun bir günde topladığı puanlarla ufak ödüllerden (daha az puan ödemesi yapması gereken ödüller) alabiliyor olmalı ve yine de puan çizelgesine biriktirmek üzere puan ekleyebiliyor olmalıdır. Bir günde kazandığı puanın yaklaşık üçte ikisini harcıyıp üçte birini biriktirebileceği şekilde ayarlama yapmak uygun olacaktır.

Elimizde hem bir görev listesi hem de bir ödül listesi olduktan ve her bir madde için puanlara karar verilip yanlarına not edildikten sonra çocukla birlikte renkli kâğıt ya da kartonlara bu listeler aktarılabilir. Hem çocuk hem aile için sürekli göz önünde olacak bir yere asılabilir. Buzdolabı üzeri, mutfak dolabı, koridor duvarı gibi.

Yine çocukların yaşına ve motivasyonuna göre çocuğun kazandığı, ödediği ve biriktirdiği puanlar sadece not edilebileceği gibi daha görsel bir halede getirilebilir.

Bunun için farklı renkte kartonları para benzeri keserek, her bir rengin farklı bir puanı temsil etmesi sağlanabilir. Çocuk her ödül kazandığında, kazandığı puan elden verilir. Bu karton haricinde oyun fişleri ya da pulları ile de yapılabilir.

Bu yöntem tercih edildiğinde çocukla birlikte, biriktirdiği puanları saklayabilmesi için, bir kutu-kavanoz tasarımı yapılabilir.

Ayrıca listelenen görevler haricinde çocuk olumlu bir davranış sergilediğinde “prim” olarak çocuğa ek puan verilebilir. Bu sürekli olan bir şey olmamalıdır. Fakat özellikle uygulamanın başlarında çocuğun adaptasyonunu kolaylaştırmak için iyi bir yol olacaktır.

Genel olarak puan verme konusunda cimrilik yapılması çocuğu uygulamadan soğutur. Ve bu sistem uygulanırken, önceki seansta bahsedilen, çocukla bire bir ilgi zamanları, olumlu davranışlarının bolca taktir edilmesi unutulmamalıdır.

Görevler ve ödül listesi bir iki haftada bir güncellenmelidir. Hedeflenen bir olumsuz davranış azaldığında ya da bir olumlu davranış arttığında ve rutin haline geldiğinde farklı görevler ve davranışlar listeye eklenerek öncekiler çıkartılır.

Pekişen bir davranış bir süre listede olmadığında çocuk tarafından tekrar ihmal edilmeye başlanıyorsa, listeye bir kez daha dahil edilebilir.

Programa başlamak kadar onu sonlandırmakta önemlidir. Bu aşamada uygun olan, prosedürü aşamalı şekilde sonlandırmaktır. Bunu kolaylaştıracak en önemli faktör çocuğa uygulama boyunca yapıcı ve olumlu yorumlarla destek olmak, uygun davranışı yaptığı için ya da istenmeyen davranışları sergilemediği için onunla gurur duyulduğunu sıkça ifade etmektir. Uygulama sonlandırılmaya karar verildiğinde, çocuğa 1-2gün uygulamanın olmayacağı söylenebilir. Bu süreçte sorunlu davranışlar artarsa uygulamaya devam edilebilir. Uygulama sonlandırılırken çocuğun olumlu davranışlarının artmış olması adına bir parti verilebilir, bir aile yemeği yeneceği söylenebilir.

3. Puan Uygulamasının Ceza Olarak Kullanılması

Puan sisteminin ceza olarak kullanılması, gerekli görüldüğü durumlarda, çocuğun davranışlarında ek bir düzelme yoksa ve bir süre puan sistemi sadece ödül yöntemi olarak kullanıldıktan sonra uygulanabilir.

Sistem bu kez tersine işler ve çocuk uygunsuz davrandığında ya da yapması gereken görevi yerine getirmediğinde puanı kesilir.

Yapması gerekeni yapmadığında kesilen puan, o görevi yapmış olsaydı alacağı puanla aynı olur.

Çocuğun puan cezası alacak olduğu davranışlar listesinde küfretmek, yalan söylemek, vurmak gibi davranışlar olabilir. Burada, uygunsuz davranış ne kadar şiddetliyse kaybedeceği puan da o kadar çok olacak şekilde hesaplanır.

Bu sistem bir ceza yöntemi olarak kullanılırken dikkat edilmesi gereken bir nokta vardır. Öncesinde sadece ödül veren bir sistem, çocuktan, ödül alabilmesi için biriktirdiği puanlarının kesilmesine sebep olabildiğinde çocuk buna tepki verebilmektedir. Bu sebeple yapılması gereken iki şey vardır.

Birinci çocuğa bu sistemin puan verebildiği gibi artık puan kaybettirebileceğini de açıklamak gerekir. Ve bu açıklamanın yine uygun bir dille anlatılması önemlidir.

İkinci olarak dikkat edilmesi gereken, çocuk puan sistemi ile bir kez cezalandırıldıktan sonra, ceza alması sebebi ile gösterebileceği uygunsuz tepkilerin, tekrar puan sistemi ile cezalandırmasıdır.

Bu uygulanırsa, çocuk her kendinden puan kesildiğinde tepki verebilir ve her defasında puan kesmeye devam edilir. Bu şekilde çocuk biriktirdiğini bir seferde kaybedebilir ve bu uygulamaya karşı bir motivasyonu kalmaz.

Çocuk bir kez puan sistemi ile cezalandırıldıktan sonra, bunu kabul aşamasında sorun yaşar ve ağlama krizi ve benzeri tepkiler verirse, çocuğu molaya alarak durumu yönetmek gerekir.

4. Mola Yöntemi

Şu ana kadar aktarılmış olan bilgiler, bahsedilen ufak yöntemler daha hafif belirtileri olan çocuklar ve aileleri için, daha iyi bir iletişim geliştirme, ufak sorunları kolayca çözme anlamında bir yardım sağlamış olabilir.

Fakat daha ağır belirtilerin olduğu durumlar ya da nadirde olsa karşılaşılan dirençli öfke krizleri ve uygunsuz davranışlar için bir adım ileri gitmemiz ve daha etkin yöntemler kullanmamız gerekebilir.

İşte bu yöntemlerden biri mola uygulanmasıdır. Yani kısaca, çocuğun onaylanmayan davranışı sonrası ebeveynin onu hızlıca öncesinde belirlenmiş olan alana alması ve belli bir süre orada herhangi bir aktivite yapmadan, tek başına kalmasını sağlamasıdır.

Mola, çocuğun uygunsuz davranışı ile baş etmenin hızlı ve etkin bir yoludur.

Çocuk hoş karşılanmayacak bir davranışta bulunduğu anda, onunla tartışmaya girmek, bağırarak, davranışının uygunsuz olduğunu sinirle ya da yoğun üzüntü duyguları ile anlatmaya çalışmak zaman kaybına ve tartışmanın büyümesine sebep olur.

Oysaki mola yöntemi kullanıldığında ebeveyn ve çocuk arasında nahoş ve istenmeyen diyaloglar olmadan, uygunsuz davranışı azaltmaya yönelik müdahale uygulanmış olur. Çocuk örselenmeden davranışı için bir ceza almış olur, ebeveyn çocuğuna kızdığı bağırarak için kötü hissetmez ve çocuk ebeveyn arasındaki iletişim hızla normale döner.

Elbette bu yöntemi ilk kullanmaya başladıklarında aileleri belli zorluklar beklemektedir. Hem ebeveynler hem de çocuk için bu yönteme alışmak kolay olmayacaktır.

Prosedür ilk uygulanmaya başladığında çocuklar molaya gitmek istemeyerek buna direnç göstereceklerdir. Bu direnç gösterme sırasında öfke nöbetleri, ağlama krizleri açığa çıkabilir. Bu da aileleri zorlar ve başlamadan mola yönteminden vazgeçmelerine sebep olabilir.

Molayı başlatmaya yeltenip çocuk ağladığı için yöntemi uygulamamak, çocuğun uygunsuz davranışına boyun eğmek ise hatalı ödüllendirme yapmaktır. Ebeveynler bu tutumu sergilerse çocuğun ağlama davranışını ödüllendirmiş ve güçlendirmiş olurlar. Buna benzer zorlukların yaşanmaması adına ailelere mola yönteminin bütün detayları ile anlatılması gerekir.

Görüşme içerisinde mola yöntemini anlatmak için aşağıdaki noktalara tek tek değinmek önemlidir.

- *Çocuğa bakım verenler tarafından molanın hangi uygunsun davranışların sonucunda kullanılacağı, mola yeri, mola süresi belirlenmelidir. Molanın uygulanma sürecinin hiçbir noktasında ebeveynler arasında fark olmamalıdır.*
- *Mola birçok farklı davranış için uygulanabilir, fakat aynı anda birçok davranış için bu prosedürü kullanmaya başlarsak çocuğun bütün günü molada geçebilir. Bu yüzden molanın uygulanacağı davranışlar 1-2 tane ile sınırlandırılmalı ve belirlenmelidir. Seçilen ilk davranışları azalttıktan sonra farklı bir uygunsuz davranış için mola kullanılmaya devam edilebilir.*
- *Mola uygulanacağı zaman verilen komut net olmalıdır. Hangi hatalı davranış için mola verildiği ebeveynin aklında netleşmiş olmalı ve bu davranış gerçekleşikten hemen sonra çocuğa "... Bu yüzden hemen molaya gidiyorsun" komutu verilmelidir. Burada uzun bir açıklama yapılmaz. Bu yapılırken göz teması kurmak ve net, sert ama aşırı kızgın olmayan bir yüz ifadesine sahip olmak gerekir. Bu komut söylenirken tereddüt edilmemeli, çocuk bu cümle ile hemen mola alanına yönlendirilmelidir.*
- *Komut verildikten sonra çocuk özür diler, tekrarlamayacağını söyler ya da ağlamak gibi tepkiler verirse, yine de mola süresi başlatılmalı ve tamamlanmalıdır.*
- *Uygunsuz davranış gerçekleşir gerçekleşmez, en fazla 10 saniye içinde, mola uygulanmalıdır. Eğer araya zaman girerse etkinliği düşer. Çocuk hangi davranışın molaya sebep olduğunu net bir şekilde görmeli ve molanın ertelenmediğini, tereddütsüz uygulandığını görmelidir.*
- *Mola süresinin fazla kısa ya da fazla uzun olması, uygunsuz davranışı azaltma hedefinin gerçekleşmesini zorlaştırır. Molanın etkin olabilmesi ve bezdirici olmaması için çocuğun yaşına göre hesaplanması uygundur. Her yaş için 1 dakika etkin bir mola süresini oluşturabilir ya da*
- *Mola süresi için zamanlayıcı ayarlanması uygundur. Bu hem ebeveyn için hatırlatıcı hem de çocuk için işin ciddiyetini gösteren bir davranıştır. Zamanlayıcı ayarlanır ve çalan alarmin sesini çocuğunda duyması sağlanır. Bu şekilde çocuklar molada kalacakları süreyi sormayı bırakırlar.*
- *Mola yönteminin uygulandığı sırada, ebeveynler yöntemin amacına göre hareket etmeli ve çocukla diyaloga girmemeli, ihtiyaçlarına karşılık vermemelidirler. 6 yaş ve üzeri çocuklarda, mola ortamının uygunluğu da sağlandıktan sonra, ebeveynin*

çocuğun yanında durmaması beklenir. Diğer bir oda da zamanlayıcı kurup sürenin dolmasını sakinlikle beklemesi uygun olacaktır.

- *Süre dolduktan sonra çocuktan neden molaya gittiği sorusuna yanıt vermesi istenir. Çocuk neden molaya gönderildiğini anlamış olmalıdır. Bunu doğru bir şekilde aktardıktan sonra prosedür sona erer. Mola süresi bittikten sonra çocukla aynı konu üzerine tartışma, küskünlük yaşanmaması gerekir.*
- *Mola yeri seçimi önemli noktalardan biridir. Prosedür uygulanmaya başlanmadan önce ebeveynler tarafından bir mola noktası belirlenmelidir. Mola yerinin belirlenmesinde önemli birkaç nokta vardır. Çocuğun molaya alındığında bekleyeceği yer oyuncaklardan, kitaplardan, televizyon, bilgisayar gibi teknolojik eşyalardan, varsa evcil hayvanlardan, iletişim kurabileceği başka kişilerden uzak olmalıdır. Mola süresinin genel anlamda ilgi çekici bir yer olmaması gerekir.*
- *Ayrıca mola için belirlenen alan çocuk için güvenli hale getirilmiş olmalıdır. Genelde evin daha izole köşeleri, koridor gibi alanlar seçilebilir. Seçilen alanların temizlik malzemeleri, kesici delici alet, cam gibi zararlı madde ve eşyalardan arındırılmış olması gerekir.*
- *Bu süreçte çocuğun, evdeki olası etkinliklerden, yemek yenen sofralardan, oynan oyunlardan mahrum kalması gerekir. Aksi halde, çocuk molaya alındığı zaman bu etkinlikler durdurulursa, çocuk molaya alındığında kaybettiği bir şey olmaz.*
- *Mola uygulaması ebeveynler tarafından iyice anlaşıldıktan ve iki bakım veren molayı uygulama konusundaki her şartta anlaştıktan sonra, bu yöntem çocuğa açıklanmalıdır.*
- *Bunu yaparken her şeyin yolunda olduğu, sıkıntısız bir zaman dilimi seçilmeli, ebeveynler ve çocuk bir masada toplanmalıdır. Bu yöntemin uygulanacağı açıklanırken, onunla baş etmek için yeni bir ceza yöntemi gibi açıklanmamalıdır.*
- *Çocuğa ne kadar sevildiği, iyi ve doğru yaptığı davranışları için taktir edildiği anlatılmalı ve bazen belli davranış ve tepkilerinin uygunsuz olduğu, bu yüzden bu davranışlara yönelik olarak yeni bir yöntemin kullanılacağı anlatılmalıdır.*

Bu açıklamalara rağmen bazı çocuklar olumsuz tepkiler verebilir, ağlayarak bağırarak bu durumu protesto edebilirler. Süreçten vazgeçmemek ve çocuk alışana kadar uygulamaya devam etmek doğru olan olacaktır. Yönteme uyumsuz çocuklarda neler uygulanabileceği ailelere aktarılmalıdır.

5. Mola Yöntemine Uyum Sağlamayan Çocuklar için Öneriler

Bu bölümde molaya karşı koyan çocukla baş etme stratejilerinden ailelere bahsetmek hedeflenir.

Mola yöntemi kullanılmaya başladığında, bu çocukları açıkça üzebilir veya öfkeliendirebilir. Molanın uygulanmasına direnç koyan çocuklar olacaktır. Buradaki amaçları ebeveynleri mola uygulamasından vazgeçirmek, onlara böyle bir ceza verildiği için ebeveyni cezalandırmak olabilir.

Bu noktada ebeveynlerin yönetimi çocuklara devretmemesi, molayı başlatması ve sürdürmesi gerekir. Bunu sağlamak, karşılarında üzgün ve öfkeli bir çocuk varken zor olabilir.

Burada bilinmesi ve hatırlanması gereken, mola uygulamasının amacıdır. Mola anlık ve uzun vadeli olacak şekilde iki amaca hizmet etmektedir.

Kısa vadeli amacımız, acil müdahale edilmesi gereken davranış ve tepkileri durdurmaktır. Uzun vadede ki hedefimiz ise, çocuğun hatalı davranışları anlaması ve özdenetim kazanmasıdır. Yani molanın amacı çocuğa yardımcı olmaktır.

Çocukların molaya gitme konusunda çıkarabileceği bazı zorluklar ve ailelerin bu zorluklarla baş etme yöntemlerine örnekler verilmiştir.

- Çocuk mola kararını boykot ederek gitmemekte ya da molaya gitmeyi geciktirmekte direnebilir.

Bu durumla karşılaşıldığında çocuğa net bir direktifle hemen molaya gitmesi gerektiği, 10 saniye içinde gitmediği takdirde mola süresinin bir dakika uzayacağı söylenir.

Bu aşamada sesli bir şekilde 10'a kadar sayılır ve gecikme sebebi ile mola süresinin 1 dakika uzadığı söylenir.

Bu en fazla 5 kez tekrarlanabilir. Çocuk mola süresini 5 dakika uzatmışsa bu aşamada bir ayrıcalığının elinden alınacağı bilgisi kendisine verilir. Örneğin "molaya gitmeyi geciktirdiğin için mola süren 5 dakika uzadı ve eğer hemen molaya gitmezsen bugün günlük yarım saat bilgisayar oynama süreni kaybedeceksin."

Bu uyarı yapıldıktan sonraki 10 saniye içinde çocuk molaya gitmezse, ebeveyn konuyu daha fazla uzatmamalı, bilgisayar oyunu oynama ayrıcalığını kaybettiğini çocuğa tepkisiz net bir tavırla söylemeli ve kızmadan, bağırmadan, tartışmaya girmeden oradan ayrılmalıdır.

Çocuk günün devamında bilgisayar oyunu oynamak isterse, ona öncelikle mola süresini tamamlaması gerektiği söylenir. Mola süresini tamamlayan çocuğa ayrıcalığı geri verilir.

- Bir diğer yaşanabilecek zorluk molada olan çocuğun mola süresi bitmeden kalkması, odadan kaçmasıdır.

Bu duruma da benzer şekilde yaklaşılır. Çocuk bu konuda uyarılarak molaya geri dönmediği her 10 saniye için mola süresi 1 dakika uzatılır. Çocuk 5 dakikalık uzatma almadan önce molaya dönerse, molayı uzamış süresi ile tamamlar. Eğer molası 5 dakika uzamış olmasına rağmen geri dönmemişse, bir ayrıcalığını kaybedeceği kendisine bildirilir.

- Molaya giden bir çocuk, mola süresini gerçekleştirirken isyanlara devam edebilir ve ağlama, bağırma, yüksek sesle konuşma gibi davranışlar sergileyebilir.

Bu durumda yapılacak en iyi yöntem bu davranışı görmezden gelmektir. Çocuk mola odasında yanına gidilmez ve mola süresini bu şekilde de olsa bitirmesine izin verilir.

Görmezden gelmenin zor olduğu durumlar yaşanıyorsa ya da çocuk bu davranışı her mola da devam ettiriyorsa diğer bir yöntem olan her uygunsuz davranış için molayı 1 dakika uzatma

denenebilir. Her iki durumda da çocukla tartışmaya girilmemelidir. Mola uzatılıyorsa bu sakince zamanlayıcının süresini uzatarak yapılır.

- Mola sırasında çocuk bulunduğu odayı karıştırabilir ya da odadaki eşyalara zarar verebilir.

Bu durumda mola bittikten sonra çocuktan yarattığı dağınıklığı toplaması istenir. Ya da verdiği bir hasar varsa bunun tamir edilmesine yardımcı olacağı bildirilir.

- Mola süresi biten çocuk mola odasını terk etmek istemeyebilir.

Molayı sevdiğini belirten çocuklar bile olabilir. Bu söylemi ciddiye almayın. Mola bittikten sonra odadan çıkmayan çocuğa ise “mola süren bitti, istediğinde çıkabilirsen” demek ve oradan uzaklaşmak yeterli olacaktır.

- Mola bittikten sonra çocuklar kızgın ya da üzgün olabilir.

Bu durum için ek bir şey yapılmaması gerekir. Mola süresi için özellikle özür dilememek önemlidir. Mola bitimden sonra çocuğa normal davranmak, yine olumlu davranışlar için sıkça takdir etmek önemlidir. Kızgınlığını ya da üzüntüsünü ağlayarak, bağıarak ifade eden çocuklar olduğunda tekrardan mola kullanılabilir.

6. Mola Yönteminin Ev Dışında Uygulanması

Mola yönteminin ev içinde uygulanması ev dışı ortamlarda uygulanmasından çok daha kolaydır. Fakat elbette ki çocukların onaylanmayan davranışları her yerde olabilir. Bu ev dışındaki bir misafirlikte, alışveriş merkezinde, parkta uygunsuz davranışların olabileceği anlamında gelir.

Mola yönteminin ev içinde uygulanmaya başlanması, belli bir süre sonra ev dışındaki uygunsuz davranışlarında azalmasına katkı sağlar. Bu yüzden bu uygulama öncelikle sadece ev içinde denenmelidir. Ancak yeteri kadar tecrübe kazanıldıktan sonra, uygunsuz davranışlar ev dışında olmaya devam ediyorsa farklı ortamlarda da uygulanabilir.

Mola yöntemi istenmeyen davranışları azaltmanın hızlı ve etkin bir yoludur fakat kendi içinde hem aile hem de çocuk için zorlukları vardır ve sabır gerektirir.

Bu yöntem bir de ev dışında uygulanmak istenildiğinde zorlukları artar. Çocuk için mola alanı bulmak, komutu etkin şekilde vermek, bu süreçte yaşanabilecek ağlama krizleri ve benzeri çocuk tepkilerine karşı kayıtsız kalabilmek ve çocuk molada iken geçen sürede etraftaki insanların verebileceği tepkilerle baş etmek kolay olmamaktadır. Ebeveyn bu zorlukların farkında olarak mola uygulamasının kullanımına karar vermelidir.

Mola kullanılacağına karar verildiğinde evde de olduğu gibi çocuğa istenmeyen davranışları öncesinde bildirilir. Bu davranışları gerçekleştirdiği taktirde mola uygulanacağı açıklanır.

İstenmeyen davranış yine de gerçekleşirse bulunan ortamda uygun bir köşe, boş bir koridor seçilir. Etrafta ilgi çekici aktiviteler ve konuşabileceği kimse olmamasına dikkat edilir. Aynı

şekilde süre yaşına göre hesaplanır. Zamanlayıcı ayarlanır. Ve çocukla tartışmaya girmeden mola uygulanır.

Bulunulan ortam mola için uygunsuz ise ya da ebeveyn etraftaki insanların tepki verebileceğini ve rahatsız olacağını düşünüyorsa molanın uygulanması için arabaya geçilebilir. Çocuk arabanın içinde mola süresini tamamlarken ebeveyn dışarıda bekleyebilir.

Mola bittikten sonra çocuktan molaya gitme sebebinin açıklanması istenir ve küskünlük olmadan güne devam edilir.

7. Psikoeğitimin üçüncü görüşmesi tamamlandıktan sonra annelerin ek sorularının cevaplanması için zaman ayrılır.
8. Görüşmenin son kısmında terapist kısa bir özet eşliğinde üçüncü görüşmeden akılda kalması gereken bilgilerin kısa bir notunu annelere verir. Görüşmede edinilen bilgilerin evde babalarla paylaşılması, çocukların değerlendirilmesinin bu bilgiler eşliğinde yapılması ve görüşmede öğrenilen yöntemlerin gerekli görüldüğünde evde uygulanması istenir. Ek sorular ve geri bildirimlerin alınması için ailelerin kendileri ile paylaşılan telefon numarasından terapisti aramaları istenir.
9. Gruba görüşmelerden verimlilik alınıp alınmadığı, konuşulmasını istedikleri ek konuların olup olmadığı sorulur. Gereklik halinde ek bir görüşme yapılarak uygulamalar sırasında yaşanan zorluklar konusunda destek verilir.
10. Görüşmelere sağladıkları katılımları için teşekkür edilerek seans sonlandırılır.

Kaynakça

1. Mukaddes, N.M. ve Ercan, E.S. (2018). *Nörogelişimsel Bozukluklar*. İstanbul: Nobel Tıp
2. DSM-5 TR TANI ÖLÇÜTLERİ BAŞVURU ELKİTABI, ÇEVİREN ERTUĞRUL KÖROĞLU
HBY YAYIN
3. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatri
Derneği Yayınları. 3. Baskı.
4. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar.
Akademisyen Kitabevi
5. Lynn Clark, Ph.D. SOS! Help For Parents
6. Russell A. Barkley Defiant Children A Clinician's Manual for Assessment and
parent training. Third edition

Ek-8: DEHB’li Çocuk ve Gençlerde Dürtü Kontrol Sorunları için Dur ve Düşün Revize Versiyonu-Çalışma Kitabı

DEHB’Lİ ÇOCUK VE GENÇLERDE
DÜRTÜ KONTROL SORUNLARI İÇİN
DUR ve DÜŞÜN
REVİZE

ORJİNAL ÇALIŞMA KİTABI

Philip C. Kendall

Çeviri ve Uyarlama

Doç. Dr. Vahdet Görmez

Klinik Psk. Hülya Akkaya Yılmaz

Revize Eden

Dr. Burcu Hafız Ahmet

Prof. Dr. Vahdet Görmez

Doç. Dr. Alperen Bıkmazer

Dur ve Düşün Çalışma Kitabı

Bu Dur ve Düşün Kitabı senin için!
Boş satırlara adını, adresini ve telefon numaranı yaz.

Adı:

Adres:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Telefon:

İÇİNDEKİLER

SEANS 1	
DİKKATLİ OL, YÖNERGELERİ TAKİP ET	1
SEANS 2	
ODAKLAN, YAVAŞ İLERLE	17
SEANS 3	
DUYGULARI TANI	27
SEANS 4	
DUYGULAR NEREDEN GELİYOR?	37
SEANS 5	
ÖYLE OLURSA NE OLUR?	49
SEANS 6	
BAŞARDIN, UZMAN SENSİN	60

DİKKATLİ OL
YÖNERGELERİ TAKİP ET

Merhaba! Adım **Dedektif Can**.

Önümüzdeki birkaç hafta boyunca terapistinizle beraber sizinle çalışacağım. Her bir araya geldiğimizde birkaç farklı çalışma yapacağız. Bu kitap bitirmek için biraz uzun olabilir ancak hepsini yapmak için acele etmiyoruz. Her hafta buluşmamızda sadece birkaç tane alıştırma yapmış olsak bile en azından ne yapmamız gerektiğini öğrenmiş olacağız, yavaşça ilerleyeceğiz ve sonunda iyi bir iş ortaya koyacağız.

Bu çalışma kitabında birlikte bazı bilgiler edineceğiz ve bazı alıştırmalar yapacağız. Edindiğimiz bilgiler ve yapacağımız alıştırmalar sana zorluk yaşıyor olabileceğin pek çok alanda yardımcı olacak. Edineceğimiz bilgileri Yıldızlı Bilgi başlığı altında bulacaksın, kısaca YB diyebiliriz. Şimdi ilk seansın bilgilerini öğrenmeden önce sana alıştırmalarımızda uygulamamız gereken kuralları ve alıştırmaları yaparak nasıl puan ve ödül kazanacağımızı anlatmak istiyorum.

Bu çalışma kitabındaki alıştırmaları yaparken, **sesli düşüneceğiz**, yani başlangıçta yapacağımız her şeyi önce sesli olarak söyleyip sonra uygulayacağız. Birazdan daha çok bilgi vereceğim sana.

Her seansın başında 10 adet **Dur ve Düşün puanın** olacak ve bunları ödül kazanmak için harcayabileceksin. Kitabın sonunda ayrıca **Ödül Mağazası sayfasını** göreceksin ve terapistinle kazanacağın ödülleri planlayıp bu kâğıda yazacaksın.

Eğer güzel bir iş ortaya koyarsan, puan kazanırsın. Ama eğer dikkatli olmazsan bu puanları yani **Dur ve Düşün** puanlarını kaybedebilirsin. Puan kaybetmenin 3 yolu var. Bunlar;

1. Çok hızlı ilerlersen. Bu kitapla çalışırken yavaş ve dikkatli olmamız gerekiyor. Eğer çok hızlı gidersen bir puan kaybedersin. Unutma, zamanını iyi ve dikkatli kullanman gerekiyor. Acele etme.

2. Adımlardan birisini söylemeyi unutursan. Her bir soruyu çözebilmek için birkaç adım söyleyeceğiz. Eğer bu adımları doğru bir şekilde söylersen harika olur, çünkü puanlarını kaybetmemiş olursun. Ama adımları tam olarak sayamazsan bir puan kaybedersin.

3. Yanlış cevap verirsən. Puan kaybettirecek bu 3. yolu anlamak çok kolay. Eğer yanlış cevap verirsən, bir puan kaybedersin.

Tamam, öğrenilecek çok şey var ama bakalım temel kuralları hatırlıyor muyuz? Şimdi şu soruları cevaplamaya çalış. Zamanını iyi kullan, acele etme ve terapistinle çalış.

1. Her görüşmemizde kaç puanla başlıyorsun? _____

2. Nasıl puan kaybediyorsun? İlk yol aşağıda verilmiştir, diğerlerini yaz.

1. Çok hızlı gidersen.

2. _____

3. _____

Şimdi terapistinle konuş ve eğer bakmak istersen sorulara tekrar bak. Zamanını verimli kullanmayı unutma. Zamanını verimli kullandığında ve acele etmediğinde harika bir iş ortaya koyacaksın. Endişelenme, muhtemelen puanlarının hepsini veya çoğunu kaybetmeyeceksin. Zamanımızı verimli kullanacağız ve yavaşça ilerleyeceğiz ki böylelikle her seansın sonunda bir ödülü satın alabilmek için biraz puanın kalsın. Bu ödüllerin her birini satın almak için farklı miktarlarda puan harcaman gerekecek.

İşte sana bir de BONUS teklif edeyim. Hatırlarsan, temel amacın elindeki puanları kaybetmemek olacaktı; FAKAT sana bir de bonus puan kazanabilmek için yol söyleyeceğim.

Bu puan kazanma yöntemi “Bugün nasıldım?” diye adlandırdığımız, o günkü performansını değerlendireceğin puanlamadır. Bu puanlama kağıdını çalışma kitabında her seansın arkasında bulabilirsin. Bu seansın sonuna bak ve bir tane göreceksin. Seans için görevlerini yaptıktan sonra hem sen hem terapistin “Bugün nasıldım?” kağıdını yapacaksınız. Bu kâğıdı ayrı ayrı dolduracaksınız. Eğer senin o günkü performansına senin ve terapistinin verdiği puanlar aynı ise veya birbirine bir puan yakınsa bir puan daha kazanacaksın! Bu puanlama sana performansını doğru bir şekilde değerlendirme becerisi kazandıracaktır. İyi yaptığın veya kötü yaptığın bir günde davranışını doğru tartarak ekstra puanlar kazanabilirsin.

Ödüllerle ilgili bir kural var. Her buluşmamızın sonunda mutlaka puanın kalacaktır, fakat bu puanların hepsi bir kerede harcanmaz. Bir ödülü satın almak için puanlarını kullanabilirsin ancak ekstra her puanını kitabın arkasındaki banka hesabına yatırman gerekiyor. Böylece bunları bir sonraki gün başka bir ödül almak için biriktirebilesin. Örneğin, eğer başlangıç için 10 puanın varsa ve 5 puanını kullandıysan, seansın sonunda hesabında 5 puan kalır. Birkaç puanınla küçük bir hediye alıp kalanları veya hepsini bankada tutabilirsin. Biriktirmek veya bankaya koymak sonraki büyük ödülleri kazanmak için sana yardımcı olacaktır.

Seans İçin YB

Bugün sana dikkatin ve dürtüsellüğün ne olduğundan bahsetmek istiyorum.

Dikkat, zihnimizin belli bir düşünce ya da aktiviteye yoğunlaşabilme becerisidir. Bir şeyi öğrenmek, anlamak veya kavramak için dikkatimizi odaklayabilmemiz gerekir. Dikkat birçok sebepten etkilenecek dağılabilmektedir.



Bu sebepleri bilmek ve fark etmeye çalışmak dikkatinin kontrolünü daha iyi yapabilmeni sağlar.

Dürtüsellik ise sonunu düşünmeden hızla harekete geçmektir. Aşağıda dürtüselliğin sebep olabileceği belirtileri göreceksin. Dürtüselliğin ne olduğunu anladığından emin ol.

Sen bu belirtilerin hangilerini kendinden fark edebiliyorsun?



ADIMLAR

Bu kitaptaki problemleri çözerken sesli düşüneceğimizi ve bazı adımları izleyeceğimizi söylemiştik, hatırlıyorsun değil mi? Bir görevi yaptığımız veya problemi çözdüğümüzde, her defasında bu adımları sesli bir şekilde söyleyeceğiz. İlk başta hepsini hatırlamak zor olabilir ama sürekli tekrar edeceğiz ve yakında bunları ismin kadar rahat söyleyebilecek duruma geleceksin.

Tamam, hadi adımları öğrenelim. İlk duyduğunda hepsini hatırlayamayacaksın. Hatırlamanı da beklemiyoruz. Üzerinden çok kez geçeceğiz. Kendimize sesli olarak söyleyeceğimiz ilk adım **“Ne yapmam gerekiyor?”** Bunu söylüyoruz ki doğru problemi doğru şekilde yaptığımızdan emin olalım.

Söylenecek ikinci adım ise, **“Tüm ihtimalleri değerlendir.”** Bu en iyi cevabı bulabilmek için bütün farklı cevapları incelediğinden emin olmak anlamına gelir. Tüm seçeneklere baktığından emin olmanın bir diğer yolu ise kendine **“Odaklan”** demektir. Bu yolla konsantre olmayı veya şu an çalıştığımız problem hakkında yoğun bir şekilde düşünmeyi hatırlarız. Başka bir şey düşünmemize gerek yoktur.

Üçüncü adım ise, bütün ihtimalleri ve seçenekleri değerlendirdikten sonra **“Bir cevap sec”** olacaktır.

Bir sonraki, yani dördüncü adım ise **“Cevaplarını kontrol et”**

Ve nihayet beşinci ve en son adım olarak da eğer doğru cevabı bulduysan kendine **“İyi bir iş çıkardım”** demen gerekecek. Eğer cevap yanlışsa üzölmek, vazgeçmek veya modumuzu düşörmek yok. Bunun yerine kendimize “Bir dahaki sefere daha dikkatli ve yavaş olmalıyım” demeyi hatırlatırız.

Hadi şimdi adımları özetleyelim. Hazır mısın? Bak, neredeyse unutuyordum. Tamamıyla aynı kelimeleri söylemek zorunda değölsin, kelimeleri kendi ifadelerinle aklında tutabilirsin. Şimdi terapistinle kendi cümlelerini kullanarak konuş ve çalışma kitabındaki görev ve soruları çözerken takip etmen gereken adımları özetle.

1.

2.

3.

4.

5.

Sadece hazırlık olması için bu sayfada ve sonraki sayfadaki örnekleri çözmeye çalış ama adımları uygulayarak yapmayı unutma. Aşağıdaki ‘Bundan sonra hangisi gelir?’ örneklerinde, devamında hangisinin geleceğini bulmaya çalış. Cevabı çabucak bulmuş olabilirsin ama hemen sonuca atlamak yok. Bunun yerine adımları sırası ile doğru bir şekilde söylemeyi ve yavaşça ilerlemeyi dene. Puan kaybedebileceğini unutma, bu yüzden zamanını iyi kullan. Bol şans.

BUNDAN SONRA HANGİSİ GELİR?

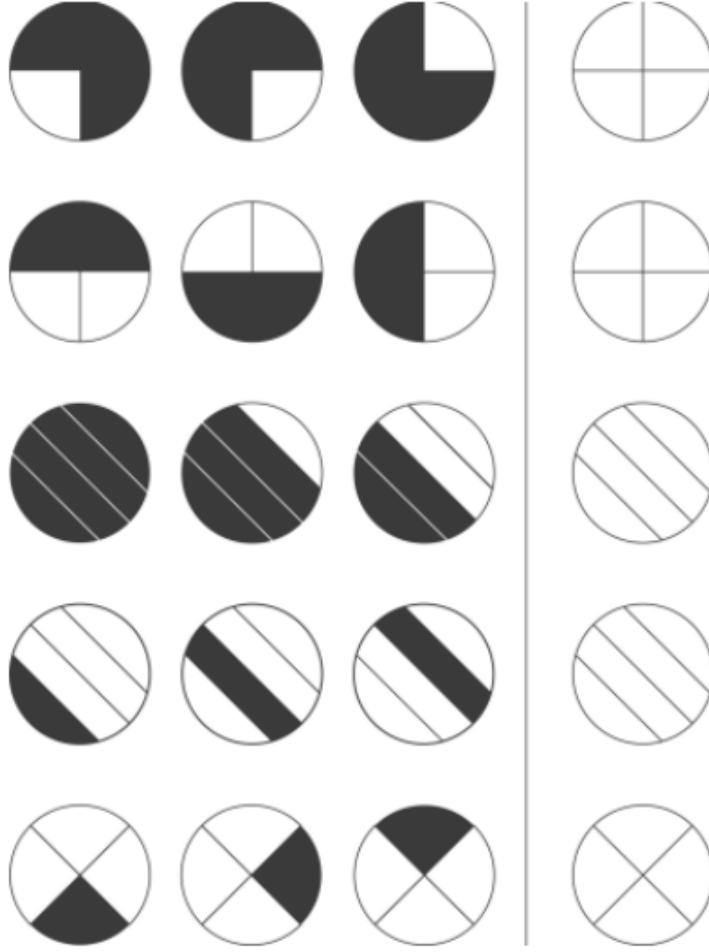
A B C Ç ____ G D E F

Şimdi, ilk adım “Problem nedir?” diye sormaktı. Yani ‘ne yapmam gerekiyor’ diye sormak, değil mi? Tamam, problem bu dizide sonra gelecek olan harfi bulmaktır. Sonraki adım “Seçeneklere bak” olacaktı ve seçeneklerde G D E F olduğunu görüyorum. D’yi cevap olarak seçiyorum. D doğru cevap olduğu için kendime “İyi bir iş çıkardın” diyorum.

Terapistinle sonrakileri çalış. Adımları kullanırken sesli düşün. Sırayla yap.

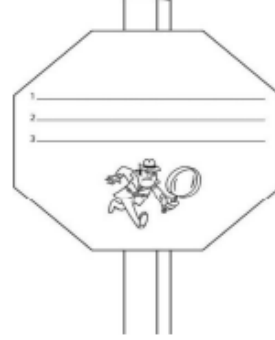
D E F	____	G D E F
M N O	____	Ö R P S
1 2 3	____	5 3 4 6
3 3 3 2 2 2	____	1 2 2 1 1 2 3
9 8 7	____	8 6 5 3

Farklı zorluk seviyelerinde birçok çalışma olacak. Bazıları senin için çok zor olabilir. Sorun yok. Sana ve terapistine yardımcı olsun diye sorular ilk başta kolay ama seans sonuna doğru zor sorular gelecek şekilde organize edildi.



Kitabın arkasında sana yardımcı olabilecek büyük bir “Dur” işareti göreceksin. Bu “Dur” işaretini “Dur ve Düşün” parolamızı hatırlamak için kullanacağız. Dur işaretinin arkasında adımları kendi cümlelerinle yazabileceğin bir yer var. Bu kitaptaki çalışmaları yaparken veya çok hızlı ilerlediğini fark ettiğinde dur işaretini önüne koyarak hatırlatıcı olarak kullanabilirsin. Eğer bir adımı unutursan seni yönlendirmesi için dur işaretini kullan.

Şimdi DUR İşaretini hazırla. Şimdi bir dakikanı ayırıp üzerine yazdığın adımları oku. Yönergeler üzerinde çalışırken farklı zamanlarda dur işaretini kullanıp adımları tekrar edebilirsin.



Şimdi yönergelerle devam edelim. Yönergeleri takip etmenin ve anlamının en önemli yolu zamanını iyi kullanmak ve acele etmemek. Unutma, bir şey yapmadan önce Dur ve Düşün.

Sen ve terapistin bu çalışmaları yaparken sıra ile gideceksiniz. Dinle, terapistin problemleri çözerken adımları kullandığını duyacaksın.

Çalışmaların için yönergeleri kendin oku, adımları kullan ve soruları cevapla. Her bir çalışmayı yaparken adımları oku. İlk birkaçı için problemi çözerken adımları sesli okuyup tekrar et.

Unutma ki acele ettiğin veya adımları kullanmayı unuttuğun her seferde puan kaybedeceksin bu yüzden zamanının hepsini kullan!

Hadi şimdi zamanımızı kullanarak iyi bir iş ortaya çıkaralım. Hadi başlayalım.

1. X'i yuvarlak içine al.

C V B T X D H U R T G

2. R'i yuvarlak içine al.

E T R Y H F R G M F

3. Eğer harf sesli ise üzerine bir X işareti koy.

Z D A S C E Y H U I O

4. Eğer şekil bir yuvarlak ise içine bir X işareti koy.

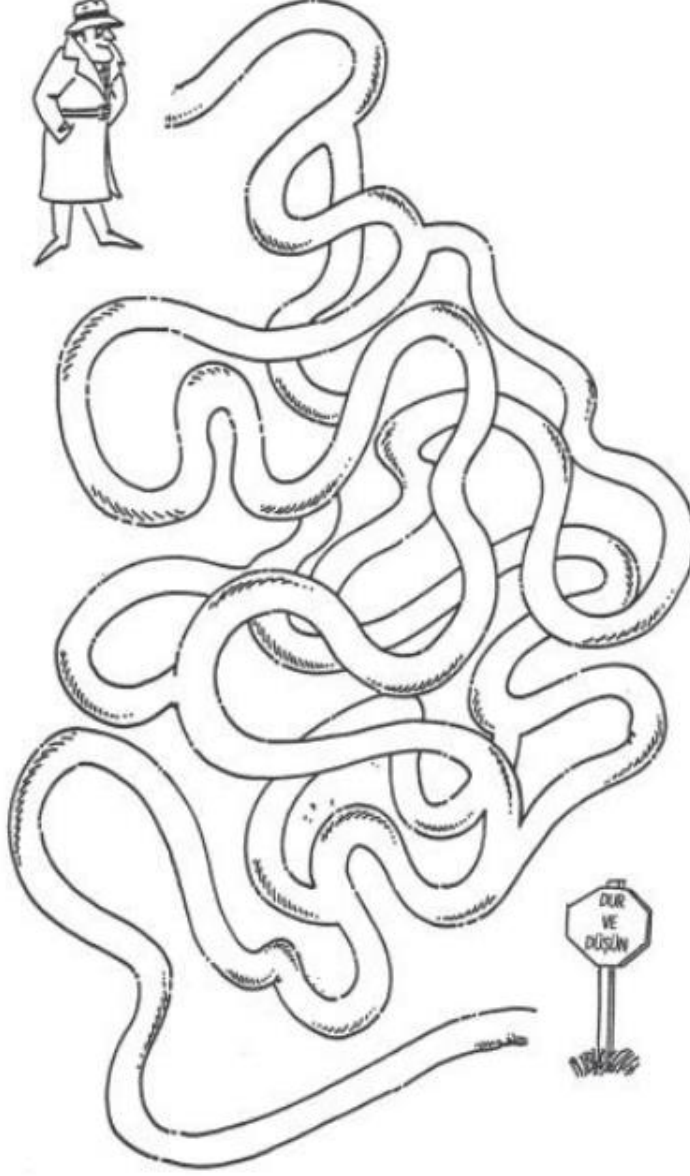


5. Birbirine değecek şekilde yan yana 2 tane daire iz.

6. Biri diğerinin üzerinde ancak birbirine değmeyecek şekilde 2 daire iz.

7. Bir kare iz ve içine bir yuvarlak iz. şimdi de dairenin içerisine bir üçgen iz.

8. Dedektif Can'a Dur ve Düşün işaretini bulması için yardım et. Onun için yolu çiz. Dikkatli ol...Çizmeden önce ileri bak. Adımları seni yönlendirmesi için kullan.



Buraya kadar gelebildiğini görmek sevindirici. Kendine “iyi iş çıkardım!” demeyi unutma.

Şimdi kelimelerle ilgili birkaç soru deneyebiliriz. Aynı satırdaki her kelimeyi oku. Diğer üç kelime ile benzer olan bir kelime yaz. Eğer bunlar senin için çok zor veya çok kolaysa terapistin senin için uygun örnekler oluşturabilir.

9. Muz elma armut _____

10. Mavi sarı turuncu _____

11. Bozuk para dolar çek _____

12. Yukarıdaki beş çalışmayı düşün. Ne yapman istendi? Doğru cevap şikkını yuvarlak içine al.

- a) Benzer olmayan kelimeleri düşünmen,
- b) Benzer olan kelimeleri düşünmen,
- c) Benzer olan veya olman kelimeleri düşünmen

13. Nasıl cevap vermek istendi? Doğru cevap şikkını yuvarlak içine al.

- a) Cevabını sesli söylemen
- b) Cevabı yazman
- c) Sadece bir cevap düşünmen



14. Aşağıdaki kelimeleri oku ve kelimenin karşısına zıt olan kelimeyi yaz. İlk örnek olsun diye yapılmış.

Gece: Gündüz

Kirli:

Yeni:

Kolay:

15. Aşağıdaki kelimeleri oku ve her birinin karşısına benzer anlamdaki başka bir kelime yaz. İlk başlamana yardımcı olmak için yapıldı.

Büyük: Devasa

Zor:

Islak:

Doğru:

Varlıklı:

16. Aşağıdaki kelimeleri oku. İlk sütundaki her bir kelimedden sonra benzer bir anlamı olan başka bir kelime yaz. İkinci sütundaki her kelimenin karşısına kelimenin zıt anlamlısını yaz.

Küçük:

Cesur:

Zayıf:

Onarmak :

17. Aşağıdaki kelimeleri oku. Alfabenin ilk yarısında bulunan bir harf ile başlayan kelimeler için zıt anlama gelecek bir kelime yaz. Alfabenin ikinci yarısındaki harflerle başlayan kelimeler için benzer anlama gelecek bir kelime yaz. Bu çalışmada sana yardımcı olabilecek bir şey geliyor mu aklına? Kendin bir tane düşünmeye çalış. (Bir fikir için sayfa 42'nin sonuna gitmen gerekebilir.)

Enerjik:

İçeride:

Başlamak:

Sevinç :

18. Aşağıdaki tabloda yer alan şekillere bak. Sütunun başındaki bilginin doğru olup olmadığına karar ver ve eğer doğruysa “doğru” yaz. Eğer bilgi doğru değilse boşluğa “yanlış” yaz. İlki senin için yapılmış.



DAİRE	ÜÇGEN
Yanlış	Doğru
Doğru	Yanlış

19. Şimdi diğerini yapalım. Bu biraz daha zor. İlk satır başlamanı kolaylaştırmak için yapıldı.

	Beyaz Değil	Çizgili	Daire	Dört Kenarlı Değil	Yuvarlak ve Çizgili Değil
	Doğru	Yanlış	Yanlış	Doğru	Doğru

Harika. Hadi şimdi başka bir şeyler deneyelim. Her bir çalışmayı yaparken adımları söylemeyi unutma. Sonraki için adımları fısıldayabilirsin.

20. Aşağıdaki 3 kelime grubu bir şekilde benzerdir. Benzer olduklarını düşündüğün özelliklerini aşağıya yaz.

Örneğin: maytap, dinamit, volkan "Hepsi patlayabilir."

Sirk, hayvanat bahçesi, müze: _____

Yürümek, koşmak, dört nala gitmek: _____

Açık, güneşli, bulutlu: _____

Polis, postacı, hemşire: _____

SONRAKİ SEANS İÇİN:

"YG", Yapabileceğini Göster ifadesinin kısaltılmışı. Yapabileceğini gösterdiğin, bir sonraki görüşmeye kadar evde tamamlaman gereken çalışmalar için kullanacağız. Her bir seans bir YG görevi/çalışması ile bitecektir ve her bir seans bir önceki seansın YG'sini gözden geçirerek başlar. Yapabileceğini göstermek istediğini unutma!

İşte sana ilk YG çalışması.

Bir sonraki hafta buluştuğumuzda adımları dur işaretinin arkasına bakmadan sayıp sayamayacağına bakacağız. Şimdi bir deneme yap bakalım.

Hadi şimdi bir kez daha.

Tamam o zaman yapabiliyorsun. Eğer gelecek hafta sayabilirsen o zaman bonus puanlarını kazanacaksın.

Bugün yaptığımız şey aslında yavaşça ilerlemek ve dikkatlice okumaktı, böylece yönergeleri takip edebildik. Eğer sonraki görüşmemizde bunu hatırlarsan YG çalışması için puanlar kazanabilirsin. Bugün ne yaptığımızı unutma, haftaya bunu sana soracağım ve eğer söyleyebilirsen ekstra puanlar kazanabilirsin, tamam mı?



Hadi Şimdi puanlarını biriktirmek için Banka'yı kullanalım. Her seanstan sonra Banka Zamanın olacak.

BUGÜN NASILDIM?

Senin Puanın	1	2	3	4	5
	İyi değil	Eh işte	İyi	çok iyi	Harika
Terapistinin Puanı	1	2	3	4	5

Puanlamalar birbirini tutuyor mu? (Aynı veya bir puan farkla)

Eğer öyleyse 1 puan kazanırsın! +_____

YG görevini yapmayı hatırladın mı?

Eğer öyleyse 1 puan kazanırsın! +_____

Bugün kaç puanın kaldı? +_____

Bankadaki puanlarının toplamı: +_____

Toplam _____

BANKA ZAMANI!

Terapistin bugünkü çaban için sana 10 puana kadar puan verebilir. Puanlarını kullanabilir veya biriktirebilirsin.

Bugün için toplam puan

Eğer seçersen, ödülün değeri

- _____

Hesabında kalan toplam

Kalan tutarını bankaya kaydettiğinden emin ol. Puanlarını biriktirmeye çalış. Bu puanları sonrası için kullanabilirsin.



ODAKLAN, YAVAŞ İLERLE

Tekrar merhaba. Hatırlıyorsan geçen seansta puan kaybetmene sebep olacak bazı yollar olduğundan bahsetmiştik. Ayrıca puan kazanmana yarayacak bazı yollar olduğunu da konuşmuştuk.

Puan kazanma yöntemlerinden biri YG çalışmasıydı. Geçen seansın sonunda bir tane YG çalışman vardı. Her seansın başında terapistine YG çalışmanı yaptığını gösterip fazladan bir puan kazanabilirsin.

Bu seferki YG çalışman, adımları saymaktı. Adımları sayabilirsen puan kazanacaksın. Hadi dene bakalım.

HEDEFE ODAKLANMAYA DEVAM ET!



Seans İçin YB

Seansa başlamadan önce bugün seninle paylaşma istediğim bazı bilgiler var.

Geçen seans dürtüselliğin ne olduğundan bahsetmiş ve sonrasında az önce saydığımız adımları öğrenmiştik. Bugün bu adımları kullanmanı kolaylaştıracak ve drtselliğini azaltacak bir yöntemden bahsedeceğiz. Durup düşünmeyi öğrenmek, aklımıza ilk gelen şeyi gerçekleştirerek başımızı belaya sokmamızı engeller. Bunun için bugün, trafik ışığı kurallarını öğreneceğiz ve adımlarımıza bu kuralları uyarlayacağız.

Hadi birlikte bakalım!

KIRMIZI: Hiçbir şey yapmadan önce kırmızı trafik ışığını düşün ve DUR.

Problemin ne olduğunu, ihtimallerini ve insanların duygularını düşün.

SARI: PLANLA ve ne yapmak ya da ne söylemek istediğin üzerine düşün.

YEşİL: YAP ve her şey yolunda gitmişse kendini dllendir.



Alıştırılmalar

Bugün ev çalışmasını yani YG görevini/çalışmasını yaparken yazdığın adımları uygulayacağız. Bana nasıl yapabildiğini göstereceksin.

Yönerge: Bu çalışma için dur işaretine ve kalemine ihtiyacın var.

Şimdi aşağıdaki problemlerin hepsine bak. Ne kadar da çok var değil mi? Tamam, acele etme. Amaç problemleri doğru yapmayı öğrenmek, acele edip bitirmek değil. Hepsini bitirmen gerekmiyor. Yavaş ve doğru bir şekilde yapacağız. Hızın burada bir önemi yok.

Her bir problem için karttaki adımları oku (dur işaretinin arkasındaki) ve her bir problemi adım adım yap. İlk başta her bir adımı sesli bir şekilde söyle ki terapistine bunu bildiğini gösterebilesin.

Terapistin adımları sayabildiğini gördüğünde problemlerin her basamağını yaparken adımları kendine fısıldayabilirsin. Terapistin ne zaman fısıldayarak söyleyebileceğini sana söyleyecek.

Bazen problemin cevabını kolaylıkla bulabilirsin. Bunu yapabildiğinde cevabı problemin yanındaki boşluğa yaz. Terapistine cevabı kontrol ettir. Doğru cevabı bulduğunda kendinle gurur duymayı unutma. Bazen problemler senin için çok zor olabilir çünkü senden daha önce aşına olmadığın şeyleri isteyebilirler. Problemler çok zor olduğunda, daha önce okulda işlemediğin veya bilmediğin bir konu ile ilgili ise yanına Çok Zor anlamına gelecek “ÇZ” diye yaz. Kendini övmeyi unutma.

Unutma! Zamanını iyi kullan, elinden gelenin en iyisini yap. Ve her zaman olduğu gibi; DUR VE DÜŞÜN!

$$4 + 5 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$5 - 4 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$6 + 4 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$6 - 4 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$18 + 4 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$11 - 8 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$11 + 8 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$12 - 6 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$\begin{array}{r} 26 \\ + 31 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 52 \\ + 17 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 36 \\ + 18 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 31 \\ - 26 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 55 \\ - 30 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 77 \\ - 18 \\ \hline \end{array}$$

$$2 \times 1 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$2/1 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$3 \times 2 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$4/2 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$4 \times 5 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$9/3 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$6 \times 4 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$3/3 = \underline{\hspace{2cm}}$$

$$\begin{array}{r} 12 \\ \times 6 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 11 \\ \times 8 \\ \hline \end{array}$$

$$\begin{array}{r} 18 \\ \times 4 \\ \hline \end{array}$$

1 hafta _____ gün.

1/2 gün _____ saat.

1/2 saat _____ dakika.

1 Türk lirasının 1/2'si _____ kuruş.



Şimdi, iki şeyden hangisinin daha büyük ya da hangisinin daha küçük olduğunu görmek için karşılaştırmalar yapacağız. Devam et ve problemlere bak. Hepsi başlangıçta sana bir soru sorar: “Hangisi daha az?” ya da “Hangisi daha çok?”. Sonra, ‘ya da’ ile ayrılmış iki opsiyon sunulacak. Senin yapman gereken ise ‘ya da’ nın bir tarafındaki her şeyi diğer taraftakilerle karşılaştırmak, daha sonra da “Hangisi daha az?” ya da “Hangisi daha çok?” sorusunu cevaplamak. Bunu çözdüğünde, doğru seçeneği işaretle.

Unutma, kaç tanesini yaptığının bir önemi yok. Aceleye gerek yok! Bitirmemen sorun değil, yeter ki problemleri adım adım ve doğru yap.

O zaman, kaleminin ucunu aç, dur işaretini üzerindeki adımlarla birlikte yaz ve çalışmaya başlayalım. Yavaş git, elinden gelenin en iyisini yap ve unutma...

DUR VE _____

Eğer bazı sorular kolay ya da çok zorsa, terapistinle konuş ve senin için doğru seviyede olan çalışmaya geç.

Hangisi daha çok:	8	Ya da	6
Az:	8	Ya da	6
Çok:	3	Ya da	9
Hangisi daha çok:	16	Ya da	20
Az:	31	Ya da	38
Az:	20	Ya da	17
Hangisi daha çok:	316	Ya da	198
Az:	418	Ya da	611
Az:	940	Ya da	265

Hangisi daha az:	1 tane elma ya da 1 deste elma
Hangisi daha fazla:	1 deste top ya da 1 düzine top
Hangisi daha fazla:	1 düzine kalem ya da 1 deste kalem
Hangisi daha az:	3 tane çiçek ya da 1 düzine çiçek
Hangisi daha az:	6 tane armut ya da yarım deste armut
Hangisi daha fazla:	4 deste kitap ya da 3 düzine kitap
Hangisi daha fazla:	7 tane lale ya da yarım düzine lale
Hangisi daha az:	25 tane kuş ya da 2 düzine kuş

Aşağıdaki sayıları büyükten küçüğe sıralayalım.

36, 47, 33, 16

26, 11, 15, 22, 28

Aşağıdaki sayıları küçükten büyüğe sıralayalım.

97, 67, 81, 86

35, 37, 40, 31

İlk sütundaki her bir sayı sırasında en büyük olan sayıyı işaretle. İkinci sütundaki her bir sayı sırasından en küçük olan sayıyı işaretle.

6, 34, 28, 15, 46, 37

55, 61, 37, 98, 54

Problem 1: Ali'nin yaşı Ömer'den büyük, Ahmet'ten küçük ise en küçük kimdir?

Cevap: Ali Ömer Ahmet

Problem 2: A aracı İstanbul'dan Ankara'ya 5 saatte, B aracı aynı yolu 6 saatte, C aracı ise aynı yolu 7 saatte gidiyor. Buna göre en hızlı araç hangisidir?

Cevap: A aracı B aracı C aracı



Şimdi biraz kelime bulmacası yapacağız. Dur işaretini çıkar. Unutma bazen yavaşlamamız gerekebilir, o zamanlarda dur işaretinin arkasındaki adımları kullan.

Daha önce kelime bulmacası yaptın mı? Eğer yapmadıysan endişelenme. Eğer yavaş yaparsan ve zamanını iyi kullanırsan çalışma kolay. Tek yapman gereken harflerden oluşan kelimeleri bulmak.

Odaklanman gereken yer harfler ve sıralar. Her defasında tek bir sıraya odaklan. Şimdi bir düşün bakalım, kelimeyi araştırıp bulmak için hangi yöntemi kullanacaksın? Terapistinle bunu konuş. Bulduğun kelimelerin kaydını nasıl tutacaksın?

Eğlenceli Kelimeler

X	B	A	B	R	Q	B	O	S	E
V	K	R	A	K	E	R	M	K	P
H	K	W	J	K	S	J	Ö	L	E
Z	C	E	F	Z	O	T	O	G	T
C	Q	T	A	Q	S	C	J	E	A
X	X	I	Y	Ç	İ	V	P	V	V
E	V	G	C	U	S	G	İ	R	U
L	S	P	O	B	L	N	Z	E	K
M	F	J	B	U	İ	Z	Z	K	V
A	E	L	O	K	U	M	A	U	R

PİZZA
SOSİSLİ
TAVUK

KRAKER
ELMA

LOKUM
GEVREK

SONRAKİ SEANS İÇİN

Sonraki hafta için YG çalışman, bu adımları yeri geldiğinde sınıfta, evde veya oyun oynadığın sırada kullanabileceğin bir durum düşünmen ve problemi çözmek için problem çözme basamaklarını kullanman. Diğer seansta, nasıl yaptığını terapistine anlat.

İşte sana bir ipucu, okuldaki muhtemel problemler şunlar olabilir; paranı düşürüp kaybetme, sınıfta söz aldıktan sonra yanlış cevap verme, yanlışlıkla arkadaşının ayağına basma. Oyunlardaki muhtemel problemler şunlar olabilir; oyunda sıranı bekleme, kazara oyun tahtasına çarpıp her şeyi mahvetme veya oyunda birisini hile yapması gibi.

Senin görevin bu durumlar esnasında DURUP DÜŞÜNMEYİ hatırlaman ve sonraki görüşmede bunu terapistine söylemen.

BUGÜN NASILDIM?

Senin Puanın	1	2	3	4	5
	İyi değil	Eh işte	İyi	Çok iyi	Harika
Terapistinin Puanı	1	2	3	4	5

Puanlamalar birbirini tutuyor mu? (Aynı veya bir puan farkla)

Eğer öyleyse 1 puan kazanırsın! +____

YG görevini yapmayı hatırladın mı?

Eğer öyleyse 1 puan kazanırsın! +____

Bugün kaç puanın kaldı? +____

Bankadaki puanlarının toplamı: +____

Toplam _____

BANKA ZAMANI!

Terapistin bugünkü çaban için sana 10 puana kadar puan verebilir. Puanlarını kullanabilir veya biriktirebilirsin.

Bugün için toplam puan

Eğer seçersen, ödülün değeri

- _____

Hesabında kalan toplam

Kalan tutarını bankaya kaydettiğinden emin ol. Puanlarını biriktirmeye çalış. Bu puanları sonrası için kullanabilirsin.



SEANS

3

DUYGULARI TANI

Başlamadan önce YG çalışmanı terapistinle tartıştığınan emin ol. Terapistine okuldaki ya da evdeki bir problemi çözmek için veya daha önce bir oyun oynarken oluşan bir problemi çözmek için adımları kullandığın zamanı anlat. İyi bir iş ortaya çıkardın mı? Eğer yapabildiysen harika. Eğer denediysen ve işe yaramadıysa sorun yok. Terapistin ile her durumda bir alternatif planının olmasının önemi üzerine konuş.

YG çalışman bitmişse alıştırmlarla devam edelim.

Bugünün YB'si seans sonunda gelecek.

Alıştırımlar

Bugün insanların hissedebileceği farklı duyguları öğrenerek biraz eğleneceğiz.

Eminim ki hepimizin ara sıra yaşayabileceği 4 farklı duyguyu söyleyebilirsin. Aşağıdaki boşluklara bunları yaz.

1.

2.

3.

4.

Bazı duygular iyi hissettirir. Bunlara “iyi hissettiren” duygular diyelim. Bazı duygular seni kötü hissettirir ve bu duygulara da “kötü hissettiren” duygular diyelim. Bazı duygular ise iyi ve kötü arasında bir yerdedirler ne tam olarak kötü ne de tam olarak iyi. Bunlara da “arada duygular diyelim. Şimdi yazdığın 4 duyguya bak. Bunlar ne tür duygulardır? Bunları aşağıdaki kutucuklarından birine koy.

İyi Hissettiren	Arada Hissettiren	Kötü Hissettiren

Bu kutucuklara birkaç duygu daha ekleyebilir misin? Aşağıdaki listeye bak ve bunları kutucuklara ekle.

Heyecanlı	Utanmış	Neşeli
Şaşırmış	Memnun	Sakin
Korkmuş	Öfkeli	Kıskanç
Sıkılmış	Hoşnut	Üzgün
Gururlu	Endişeli	Değersiz

Tamam, mademki duyguları düşünüyoruz, işte sana bir soru:

İnsanlar duygularını nasıl gösterirler? Duyguları göstermenin iki yolunu düşünebilir misin? Bunları aşağı yaz.

1. _____

2. _____

İnsanlar duygularını yüzlerinde ve bedenlerinde gösterirler. Hadi şimdi insanların duygularını yüzlerinde nasıl gösterdiklerini düşünelim. Dedektif Can gibi aşağıdaki duyguların ne gösterdiklerini bulmaya çalışalım. Bazı fikirler için duyguların listesi yap.





Şimdi yüz şekilleriyle gösterilen farklı duyguları isimlendirmeyi bitirdin.

İnsanlar duyguları, hikayelerde ne olup bittiğini anlatan bağlamdan ve aynı zamanda yüz ifadelerinden anlayabilirler. Aşağıdaki hikayeleri oku ve sende uyandırabileceği duyguları yaz.

1. Arkadaşın oyun alanında sana doğru koşup “haydi, yeni aldığım basketbol topuyla oynayalım!” diyor.

Nasıl bir duygu hissederdin? _____

Bu duyguyu göstermek için bir yüz çiz. Duyguları adlandırdığın sayfalara bakarak bu yüz ifadesi varsa bunu çizebilirsin.

2. Bu hafta sen ve sınıfın gerçekten iyi davranışlar sergilediniz ve öğretmenleriniz sizi okul gezisi olarak hayvanat bahçesine götürmeye karar verdi. Ama gezi günü hava yağmurluydu ve hayvanat bahçesine gezi iptal edildi.

Nasıl bir duygu hissederdin? _____

Bu duyguyu göstermek için bir yüz çiz.

3. Evde yalnızsın ve diğer odadan gelen bir ses duydun.

Nasıl bir duygu hissederdin? _____

Bu duyguyu göstermek için bir yüz çiz.

Tamam, şimdi insanların duygularını vücutlarında nasıl gösterdiklerini konuşalım. Bazen duygularını oturarak, ayakta, ellerini nereye koyduğunla veya başını nasıl tuttuğunla da gösterebilirsin.

Aşağıdaki resimlerdeki insanlara bak. Her bir resimden bir kişi seçip bu kişinin nasıl hissettiğini düşün. Birinin nasıl hissettiğini anlamak için adımları kullan.

Bu kişiye ait duyguların bazılarını aşağıda listeleyebilir misin?

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 1. _____ |
| 2. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 3. _____ |
| 4. _____ | 4. _____ |



Tamam, şimdi de başka bir tane deneyelim. Hayal dünyamızda bir resim çizelim. Hazır mısın?

Arkadaşın ve sen bugün okuldan sonra birlikte oyun oynamayı planladınız. Şimdi, okuldan eve geldiğinde arkadaşının seni aradığını ve gelemeyeceğini söylediğini düşün. Şu an birlikte oynayacak kimsen yok. Bunu hayal dünyanda resmedebilir misin? Tamam, bunu yaptığını varsayalım.

Nasıl hissederdin? _____

Hissedebileceğin bir duygu düşün:

İyi iş çıkardın mı? Kendine söyle.

Seans İçin YB

Hepimizin yönetmekte en zorlandığı duygulardan biri öfke duygusudur. Senin de bazen çok öfkeli olduğun ve bu öfkeyi nasıl kontrol altına alacağın bilemediğin oluyor mu?

Aşağıdaki şemada öfkenin bedenimizde yol açabileceği bazı etkileri göreceksin.

Herkeste farklı olsa bile benzer etkiler oluşmaktadır.



Kendini gergin ya da sinirli hissettiğinde yapabileceğin bazı egzersizler var.

Sana bunlardan iki tanesinin nasıl uygulandığını anlatmak istiyorum. Böylece ihtiyaç duyduğunda yapabilir ve rahatlamış hissedebilirsin. Öfkenden kurtulduğundan yaşanabilecek tartışmalarında önüne geçmiş olacaksın.

Hazırsan başlayalım.

Öncelikle ortamını seçmeli ve uygun hale getirmelisin. Bunun için aşağıdaki önerileri uygula.

- ✓ Sessiz, sakın ve ılık bir ortama geç.
- ✓ Bir sandalyeye otur ya da uzan.
- ✓ Gözlerini kapat, kendini rahat hissettiğinden emin ol.
- ✓ Dikkatini bedenine ver.

Nefes Egzersizi

- ✓ Burnundan derin bir nefes al
- ✓ 3 saniye nefesini tut
- ✓ Ve görünmez bir balon üfler gibi nefesini ver ve balonun büyüdüğünü hayal et.

Gevşeme Egzersizi

Bu egzersiz sırasında bazı kas gruplarını tek tek 3-5 saniye kasıp daha sonra gevşeterek yapmalısın.

- ✓ Kollar ve eller: kollarını öne uzat ve yumruğunu sık
- ✓ Bacaklar ve ayaklar: ayak parmaklarını yere bas ve kendini yukarı doğru çekmek için bacaklarını kullan
- ✓ Karın: derin bir nefes al ve karın kaslarını sertleştir.
- ✓ Omuzlar: omuzlarını kulaklarına doğru it
- ✓ Boyun: başını arkaya at ve boynunu ger
- ✓ Yüz: alnını, burnunu kırıştır, gözlerini sıkıca yum ve dudaklarını birbirine bastır.

SONRAKİ SEANS İÇİN

Sonraki hafta için YG çalışman, insanları izleyip nasıl hissettiklerini ve neden böyle hissettiklerini tahmin etmek. Bunu TV'deki herhangi bir programda, bir filmde veya alışveriş merkezindeki insanları izleyerek yapabilirsin.

Haftaya görüşürüz!



BUGÜN NASILDIM?

Senin Puanın	1	2	3	4	5
	İyi değil	El işte	İyi	Çok iyi	Harika
Terapistinin Puanı	1	2	3	4	5

Puanlamalar birbirini tutuyor mu? (Aynı veya bir puan farkla)

Eğer öyleyse 1 puan kazanırsın! + _____

YG görevini yapmayı hatırladın mı?

Eğer öyleyse 1 puan kazanırsın! + _____

Bugün kaç puanın kaldı? + _____

Bankadaki puanlarının toplamı: + _____

Toplam _____

BANKA ZAMANI!

Terapistin bugünkü çaban için sana 10 puana kadar puan verebilir. Puanlarını kullanabilir veya biriktirebilirsin.

Bugün için toplam puan

Eğer seçersen, ödülün değeri

- _____

Hesabında kalan toplam



DUYGULAR NEREDEN GELİYOR?
BEN NASIL HİSSEDİYORUM?
DİĞERLERİ NASIL HİSSEDİYOR?

Tekrar merhaba!

Bugün başlamadan önce, geçen seanstan YG çalışmana bir göz atalım. YG çalışman, kişilerin neden böyle hissettiğini anlamaktı. Terapistine neler yaptığını anlat. İyi iş çıkardıysan, 1 puan kazanacaksın.

Hadi neler gözlemlediğini terapistine anlat.

Pekala, bugünde alıştırma ile başlıyoruz. Eğer hazırsan hemen başlayalım.

Tamam, birinin nasıl hissettiğini anlamak için basamakları kullan. Şimdi aşağıdaki resme bak:



Erkek çocuk nasıl hissediyor?

Başka nasıl hissediyor olabilir?

Anne-babasının hissedebileceği bir duygu düşün:

Nasıldın? Terapistine sor.



Şimdi, aynı şeyi başka bir resimle deneyelim. Resimdeki çocuklar nasıl hissediyor?



Erkek çocuk _____ hissediyor olabilir.
Kız çocuk _____ hissediyor olabilir.

Tamam, şimdi de başka bir tane deneyelim. Hayal dünyamızda bir resim çizelim. Hazır mısın?

Arkadaşın ve sen bugün okuldan sonra birlikte oyun oynamayı planladınız. Şimdi, okuldan eve geldiğinde arkadaşının seni aradığını ve gelemeyeceğini söylediğini düşün. Şu an birlikte oynayacak kimsen yok. Bunu hayal dünyanda resmedebilir misin? Tamam, bunu yaptığını varsayalım.

Nasıl hissederdin?

Hissedebileceğin bir duygu daha düşün

İyi iş çıkardın mı? Kendine söyle.

Şimdi bir durum söyleme sırası sende. Senaryoyu tamamen kendin oluştur. Bir olay oluştur ve terapistinden olaydaki kişinin 2 ya da 3 hissini söylemesini iste. Terapistinden o hisleri aşağıdaki boşluğa yazmasını iste.

1. _____

2. _____

3. _____

Ne düşünüyorsun? Terapistin iyi iş çıkardı mı?

Şimdi bir durum hayal etme sırası bizde. 3 kişinin ya da masal karakterinin ismini söyle ve her biri için bir duygu seç. İsimlerini ve duygularını aşağıya yaz. Terapistinden bu 3 kişiyi ve duygularını içeren bir hikaye uydurmasını iste.

İSİM	Duygu

Şimdi bir dedektif çalışmamız olacak. İnsanların ne hissettiklerini ve neden böyle hissettiklerini anlamaya çalışacağız. Yani, diğer insanların nasıl hissettiği ve neden böyle hissettiğini anlamaya çalışacağız.

Hadi bakalım şimdi işe koyulalım. Aşağıdaki yüz ifadesine bak.



Bu yüz ifadesi hangi duyguyu gösteriyor?

İnsanları neler böyle hissettirir. Resimdeki kişinin neden böyle hissedebileceği ile ilgili iki tane olası sebep söyleyebilir misin?

1. _____
2. _____

Tamam, şimdi bir yüz çiz. Bir duygu seç ve bu duyguyu hisseden birinin yüzünün nasıl olabileceğini çiz.

Şimdi, birinin neden böyle hissedebileceği ile ilgili olası 3 tane sebep söyleyebilir misin? Bunları aşağıya yaz.

1. _____
2. _____
3. _____

Üç farklı sebep düşünmek zor muydu? Pratik yaptıkça kolaylaşacaktır.

Adımlarını hatırla. Problemi ifade et, odaklan, olasılıkları düşün. Bu kadar, işte başardın.

Aşağıdaki resme bak. Biraz yakından bak.



Bu resimdeki çocuk ne hissediyor?

Neden böyle hissediyor olabilir?

Bu duygu için 2 farklı sebep daha bulabilir misin? Eğer bir problemin varsa zamanını kullan ve cevapları danışmanınla kontrol et.

1. _____

2. _____

Aşağıdaki çizime bak:



En yakınında ayakta duran kişiye bak. Bu kişi nasıl hissediyor?

Bu kişi neden böyle hissediyor? İki olası sebep düşün. Düşünceli bir dedektif ol ve ipuçları için resmin bütününe bak.

1. _____
2. _____

Nasıl gidiyor? Terapistine sor, tamam hadi bunu biraz daha düşünelim. En iyi cevap olabileceğini düşündüğün bir cevap var mı? Hangisinin resimdeki kişinin böyle hissetmesi için olası bir sebep olduğunu düşünüyorsun? En iyi cevap olduğunu düşündüğün rakamı yuvarlak içine al.

1. _____

2. _____

3. _____

Neden böyle düşündüklerini açıklayan iki sebep düşünebilir misin?

1. _____

2. _____

Şimdi aşağıdaki hikâyeyi oku ve hikayedeki her bir kişinin nasıl hissettiğini ve neden böyle hissettiğini düşün.

Ahmet ve Anıl arkadaşlar ama Ahmet basketbolda Anıl'dan daha iyi.

İki çocuk da basketbol takımına seçilmeye çalışıyor. Ahmet A takımına girebildi, ki bu takım da en iyisi. Anıl ise B takımına girdi ve tabii ki B takımında çok iyi oyuncular yok.

Her biri nasıl hissediyor olabilir? Ahmet'in duyguları için 2 sebep düşün.

Bu sebeplerden hangisi Ahmet'in duyguları için daha iyi bir açıklama olabilir? Şimdi aynı şeyi Anıl için de yap.

Anıl'ın Duygularının Sebepleri	Ahmet'in Duygularının Sebepleri

Seans İçin YB

Düşünce şeklimizin birçok farklı duyguya yol açtığını biliyor muydun?

Kişilerin benzer durumlarla ilgili düşünceleri farklı olabilir ve bunun sonucunda birbirlerinden farklı duygular hissederler.

Aşağıdaki tabloda aynı durumu yaşayan iki farklı kişinin düşünce ve duygularını görebilirsin.

DURUM	DÜŞÜNCE	DUYGU
Tamamlanması gereken önemli bir ödevin varlığı	Ödev zor ama biraz zaman ayırırsam yapabilirim	Sakinlik, mutluluk
Tamamlanması gereken önemli bir ödevin varlığı	Ödev çok zor ve asla doğru yapamam	Öfke, üzüntü, kaygı

Aslında bu durum insanların neden benzer olaylar karşısında farklı davranabildiğini de açıklar.

Aynı örneğe yaşanan durum sonucunda yapılan davranışı da ekleyerek bakalım.

DURUM	DÜŞÜNCE	DUYGU	DAVRANIŞ
Tamamlanması gereken önemli bir ödevin varlığı	Ödev zor ama biraz zaman ayırırsam yapabilirim	Sakinlik, mutluluk	Ödevi yapmaya başlamak
Tamamlanması gereken önemli bir ödevin varlığı	Ödev çok zor ve asla doğru yapamam	Öfke, üzüntü	Ödevi yapmamak

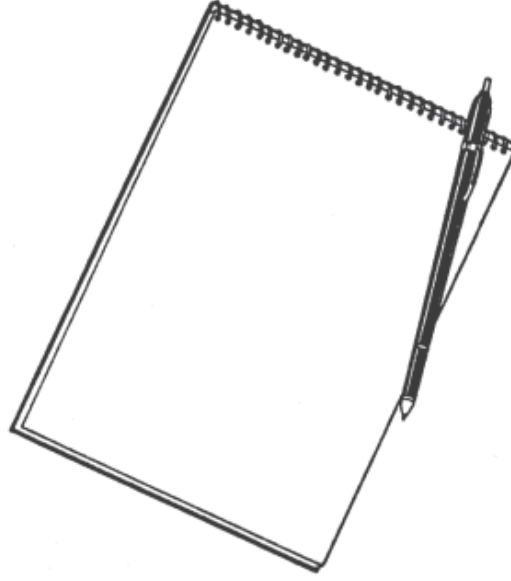
Gördüğün gibi düşüncelerimiz ve duygularımız ne yaptığımızı etkiler.

SONRAKİ SEANS İÇİN YG ÇALIŞMAN:

Sonraki görüşme için iki kişi ve bir durum düşünmeni istiyorum. İlk karakter içinde bulunduğu durumu çözmek için yavaş ilerleyecek ve sonunda çok mutlu olacak. İkinci karakter ise dikkatli davranmayı başaramayacak ve çok utanacak.

Hatırlamak için bunu yazmak ister misin? Yazmak istiyorsan terapistinden kalem ve kâğıt iste.

Sonraki seansta görüşürüz!



BUGÜN NASILDIM?

Senin Puanın	1	2	3	4	5
	İyi değil	Eh işte	İyi	Çok iyi	Harika
Terapistinin Puanı	1	2	3	4	5

Puanlamalar birbirini tutuyor mu? (Aynı veya bir puan farkla)

Eğer öyleyse 1 puan kazanırsın! + ____

YG görevini yapmayı hatırladın mı?

Eğer öyleyse 1 puan kazanırsın! + ____

Bugün kaç puanın kaldı? + ____

Bankadaki puanlarının toplamı: + ____

Toplam _____

BANKA ZAMANI!

Terapistin bugünkü çaban için sana 10 puana kadar puan verebilir. Puanlarını kullanabilir veya biriktirebilirsin.

Bugün için toplam puan

Eğer seçersen, ödülün değeri

- _____

Hesabında kalan toplam

Kalan tutarını bankaya kaydettiğinden emin ol. Puanlarını biriktirmeye çalış. Bu puanları sonrası için kullanabilirsin.



ÖYLE OLURSA NE OLUR?

Bugün “Olsaydı, ne olurdu?” durumu ile ilgili dedektiflik yapacağız. Dedektif olarak problemin ne olduğunu ve ne yapılması gerektiğini çözen gerekiyor. Adımları kullanarak yapacağız yine.

Ama öncelikle YG çalışmasını düşünmen gerekiyor. Hikayelerini ve nasıl sonuçlandığını anlat. Eğer iyi bir iş çıkarırsan kendini bir puanla ödüllendir.

Seans İçin YB

Önce bugünkü seansta sana yardımcı olabilecek bazı bilgiler edinelim.

Bugün seninle okul, ders, oyun ve ev ortamında karşına çıkabilecek problemlerden bahsedeceğiz ve problemlerin farklı kararlar vererek sonuçlarının nasıl değişebileceğine bakacağız.

Bunu yapmadan önce problemi tanımlayalım ve en başında problemi oluşturan 3 önemli nedene bir bakalım.

Problem birçok farklı şekilde tanımlanabilir.

En basit hali ile “belli bir zihinsel uğraş sonucu çözülmesi istenen, zorlayıcı durum ve mesele” diyebiliriz.

Problemlerin oluşmalarının da bir sürü farklı nedeni olabilir.

Fakat en sık ve herkesin başına gelen 3 nedeni bilmek, problemlerle baş edebilmemiz kolaylaştıracaktır.

- Düşünmeden hareket etmek.
- Duyguların mantığımız yerine karar vermesi
- Alternatif çözümler üretememek

Artık dedektif Can’ın problem çözme adımlarını kullanabilir ve aşağıdaki pano sayesinde adımları kolayca hatırlayabilirsiniz.

- Problemi tanımla
- Birkaç seçenek düşün
- Senin ve diğer insanların nasıl hissedeceğini düşün
- Bir plan yap ve uygula
- Kendini ödüllendir

Alıştırmalar

Hadi bakalım şimdi işe koyulalım.

İlk olarak aşağıdaki durumları oku ve sonrasında bir tanesini seç. Acele etme. Bir tanesini seçmeden hepsini oku.

1. Çalışmanı yaparken arkadaşın yanına geliyor ve seninle konuşmaya başlıyor.
2. Televizyon izlerken aileden biri kanalı değiştiriyor.
3. Okulda ders arasında pantolonunu yırtıyorsun ve biri seninle dalga geçiyor.
4. Arkadaşın sıranın yanından geçerken senin kitabına çarpıp düşürüyor.
5. Dama oynuyorsun ve oynadığın arkadaşın hile yapıyor.

Hangi numarayı seçtin? Buraya yaz. _____

Problemi çözmek için adımları kullanalım.

BİRİNCİ ADIM: Durup bir dakika düşünmelisin: Buradaki problem ne?

Kendi cümlelerinle yaz.

İKİNCİ ADIM: Problemi çözmek için neler yapabilirsin?

Birincisi;

2.Diğeri; _____

3.Başka; _____

ÜÇÜNCÜ ADIM: Her bir ihtimale odaklan. Kendine sor:

“Eğer birinci çözümümü seçsem ne olur?”

“Nasıl hissederim?”

“Diğeri kişi nasıl hisseder?”

“Diğeri kişi ne yapar?”

Kendine sor:

“İkinci çözümümü seçsem ne olur?”

“Nasıl hissederim?”

“Diğer kişi nasıl hisseder?”

“Diğer kişi ne yapar?”

Kendine sor:

“Üçüncü çözümümü seçsem ne olur?”

“Nasıl hissederim?”

“Diğer kişi nasıl hisseder?”

“Diğer kişi ne yapar?”

DÖRDÜNCÜ ADIM: Bütün ihtimalleri gözden geçirdin, peki şimdi

Hangisini yapmayı istersin? Hangisi senin için en iyi çözüm? Kendi

Cümlelerinle kısaca yaz.

BEŞİNCİ ADIM: Sence nasıldın?

Eğer çok iyiye, kendine söyle.

Çok iyi değilse, kendine zaman ver, problemi tekrar düşünebilirsin.

Her durumda, bütün bu adımları düşünmeye çalışarak çok iyi iş çıkardın.

Şimdi aynı görevi tekrarlayalım. Yeni durumlardan birini seç ve başla.

İşte yeni durumlar:

1. Bir çalışma kâğıdında sorun yaşıyorsun ve arkadaşın çoktan bitirmiş.
2. Bir şey için arkadaşına söz verdin fakat sonra o şeyi ona veremedin.
3. Sınıfta yanlış cevap verdin ve arkandaki sırada oturan çocuk gülmeye başladı.
4. Sen ve arkadaşın kütüphanedeki aynı kitabı okumak istediniz ve kitabı rafta ilk arkadaşın buldu.
5. Parkta oyun oynuyorsun ve arkadaşınla konuşmak için arkamı döndüğünde, biri arkadan sırtına top atıyor.

BİRİNCİ ADIM: Durup bir dakika düşünmelisin: Buradaki problem ne?

Kendi cümlelerinle yaz.

İKİNCİ ADIM: Problemi çözmek için neler yapabilirsin?

1. Birincisi _____
2. Diğer _____
3. Başka; _____

ÜÇÜNCÜ ADIM: Her bir ihtimale odaklan. Kendine sor:

“Eğer birinci çözümümü seçsem ne olur?”

“Nasıl hissederdim?”

“Diğer kişi nasıl hisseder?”

“Diğer kişi ne yapar?”

Kendine sor:

“İkinci çözümümü seçsem ne olur?”

“Nasıl hissederim?”

“Diğer kişi nasıl hisseder?”

“Diğer kişi ne yapar?”

Kendine sor:

“Üçüncü çözümümü seçsem ne olur?”

“Nasıl hissederim?”

“Diğer kişi nasıl hisseder?”

“Diğer kişi ne yapar?”

DÖRDÜNCÜ ADIM: Bütün ihtimalleri düşündükten sonra, hangisini
Yapmayı istersin? Hangisi senin için en iyi çözüm? Kendi cümlelerinle
Kısaca yaz.

BEŞİNCİ ADIM: Sence nasıldın?

Şimdi farklı ve çok eğlenceli bir şey deneyelim. Aynı adımları
kullanarak problemler çözeceğiz ama bunun için kez Hollywood’a
gideceğiz.

Bu şu demek, durumları canlandıracağız ve problemleri çözmek için
adımları sesli bir şekilde söyleyeceğiz. Adımları kullandığında kendine ne
söylediğini unutma. Geçen sefer her bir durum için nasıl farklı çözümler
bulabildiğimizi unutma.

Şimdi durumu düşünüp bazı çözümler getireceğiz ve her bir seçimin
sonuçlarının ne olabileceğini düşüneceğiz. Sonra her bir olası durumu
canlandıracağız. Sonrasında da en iyisi olduğunu düşündüğümüz birini
seçeceğiz. Her bir durum için bir karakter veya kişiymiş gibi davranacaksın
ve terapistin de diğer kişi olacak. Unutma eğer çok hızlı yaparsan veya bir
adımı unutursan puan kaybedersin.

Tamam, bu canlandırmada kullanacağımız kartları terapistin senin için hazırladı. Şimdi önündeki kartlardan birini seç. Canlandırmadan önce bunu terapistinle konuştuğundan emin ol. Hazır olduğunda, ne söyleyeceğini ve yapacağını düşündüğünde bunu canlandır.

Işık...kamera...başla!



Denedikten sonra canlandırma hakkında terapistinle konuş.

“Nasıl hissettin?” “Denediğin çözüm etkili miydi?”

Sen ve terapistin bir süredir problem durumu oluşturup, bunları irdeleyip ve bu durumlarda olası tepki durumlarını canlandırıyorsunuz ve ayrıca bu durumlarda en iyi tepki yöntemine karar veriyorsunuz. 6. Seansa ulaştığında uzman olacaksın!

Bir uzman olarak, problem çözme adımlarını en iyi şekilde kullanabilecek ve bunu bir başkasına öğretebileceksin. Bunu öğretebilmek için yaratıcı bir fikir düşünmeye ne dersin?

Nasıl iyi problem çözüleceği hakkında bir reklam filmi çekebilirsin. Diğer kişilere DUR VE Düşünü anlatabildiğin bir şiir, rap şarkısı veya denemek istediğin herhangi bir şey olabilir. Eğer istersen kendi çizgi film karakterini oluşturabilirsin ve düşünce baloncuklarıyla karakterin problemi çözerken neler düşündüğünü gösterebilirsin. Ya da sunumun radyo, televizyon veya gazete reklamı olabilir.

10 dakikanı ayır ve terapistinle beraber reklamın için fikir üret.

Şimdi birçok fikir oluşturdun ve hatta yapmak istediğin şeye karar verdin, o zaman sonraki seans için planını yap. Materyale ihtiyacın olacaksa bunları belirle. Böylece sonraki seans reklamını oluşturman için her şey hazır olacak.

SONRAKİ SEANS İÇİN YG ÇALIŞMAN:

Bir sonraki seans için 2 YG çalışman var.

1. Seni ve başka birini (örneğin; anne-baba, öğretmen) içeren bir problem tanımla. Problemi tanımla, 3 alternatif çözüm düşün ve her bir çözümle ilgili senin ve diğer kişinin nasıl hissedebileceğini düşün.
2. Reklam için terapistinle oluşturduğun fikrinin içine sindiğinden emin ol.

Terapistinle bir sonraki buluşmanda, problem üzerine nasıl düşündüğünü anlatarak puan kazanabilir ve kesinleştirdiğin reklam filmini oluşturabilirsin.

Bir dahaki sefere görüşürüz!



BUGÜN NASILDIM?

Senin Puanın	1	2	3	4	5
	İyi değil	Eh işte	İyi	Çok iyi	Harika
Terapistinin Puanı	1	2	3	4	5

Puanlamalar birbirini tutuyor mu? (Aynı veya bir puan farkla)

Eğer öyleyse 1 puan kazanırsın! +_____

YG görevini yapmayı hatırladın mı?

Eğer öyleyse 1 puan kazanırsın! +_____

Bugün kaç puanın kaldı? +_____

Bankadaki puanlarının toplamı: +_____

Toplam _____

BANKA ZAMANI!

Terapistin bugünkü çaban için sana 10 puana kadar puan verebilir. Puanlarını kullanabilir veya biriktirebilirsin.

Bugün için toplam puan

Eğer seçersen, ödülün değeri

- _____

Hesabında kalan toplam

Kalan tutarını bankaya kaydettiğinden emin ol. Puanlarını biriktirmeye çalış. Bu puanları sonrası için kullanabilirsin.



BAŞARDIN
UZMAN SENSİN

Tekrar merhaba! Geçen haftanın YG çalışmasını hatırlıyor musun? Terapistine ne yaptığını ve problem çözmeyi nasıl değerlendirdiğini anlat.

Bugün son bir rol canlandırma yapacağız. YG çalışmada tanımladığına benzer problemin benzerleri eminim ki günlük hayatında oluyordur. Birlikte bir problem daha tanımlayıp adımları içimizden sayarak ve canlandırma yaparak problemi değerlendirelim. Alternatif çözümlerimizi belirleyip en uygun olanını seçelim.

Hazır mısın?

Pekâlâ, birlikte çalıştığımız bu süre boyunca çok şey öğrendin. İyi bir problem çözücü dedektif oldun.

Adımları sayarken kendi kelimelerini kullandın. Ve böyle de olması gerekiyor ama eminim ki Dedektif Can'ın nasıl ifade ettiğini de hatırlıyorsundur. Bu adımları kullanarak karşılaştığın problemleri çözmeye devam edebilirsin.

Bugün en eğlenceli seans olacak.

Bugünün yıldızı sensin. Terapistine reklamın için son kararının ne olduğunu söyle. Yaptığın hazırlıkları göster. Neye karar verdin? Yazılı bir reklam mı? Bir şarkı mı? Bir poster mi yoksa? Yoksa bir karikatür mü?

Şimdi bu özel projeni terapistinle paylaşabilirsin. Tamamlanmamış ise terapistinle birlikte tamamla ve sonrasında ihtiyacı olan herkese öğrendiklerini anlat. İyi eğlenceler diliyorum.

Her şey hazır mı? Harika bir iş çıkardığından eminim.

Tebrikler!

Puanlarından yararlanmayı ve ödülllerinin keyfini çıkarmayı unutma!

Onları sen kazandın!

Şimdi bu çalışma kitabının sonundaki sertifikayı almaya hak kazandın.

Danışmanın sertifikaya senin ismini yazarak onu senin için imzalayacak!

TEBRİKLER! KENDİNLE GERÇEKTEN GURUR DUYMALISIN!



ÖDÜL MARKETİM

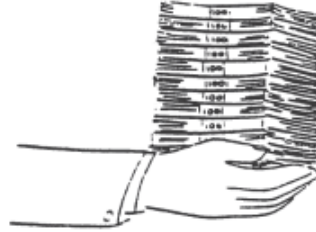
İşte sana istediğin şeyleri alman için kendi marketini açma şansı. Şimdi birkaç dakikanı ayır ve terapistinle hazırda olmasını düşündüğün eşyaları düşünün, bu eşyaları seanslarda kazandığın Dur ve Düşün banknotlarınla alacaksın. Terapistin ödül marketinde olmasını düşündüğü eşyalarla ilgili sana öneriler verebilir ve bu eşyalardan her biri için kaç puan harcaman konusunda yardımcı olacaktır. İlgini çeken ve çok pahalı olmayan eşyalar veya hediyeler düşünmeye çalış. Dünya turu gibi imkânsız veya pahalı şeyler olmasın ama.

Terapistinle Ödül Marketinde olacak eşyaları düşündükten sonra eşyaları aşağıya listele. Bu eşyaları almak için kaç puan gerektiğini yazmayı unutmayın.

Alabileceğim Eşyalar:	Fiyat:
1. _____	Puan
2. _____	Puan
3. _____	Puan
4. _____	Puan
5. _____	Puan
6. _____	Puan
7. Renkli kalem	_____ Puan
8. Atıştırmalık	_____ Puan

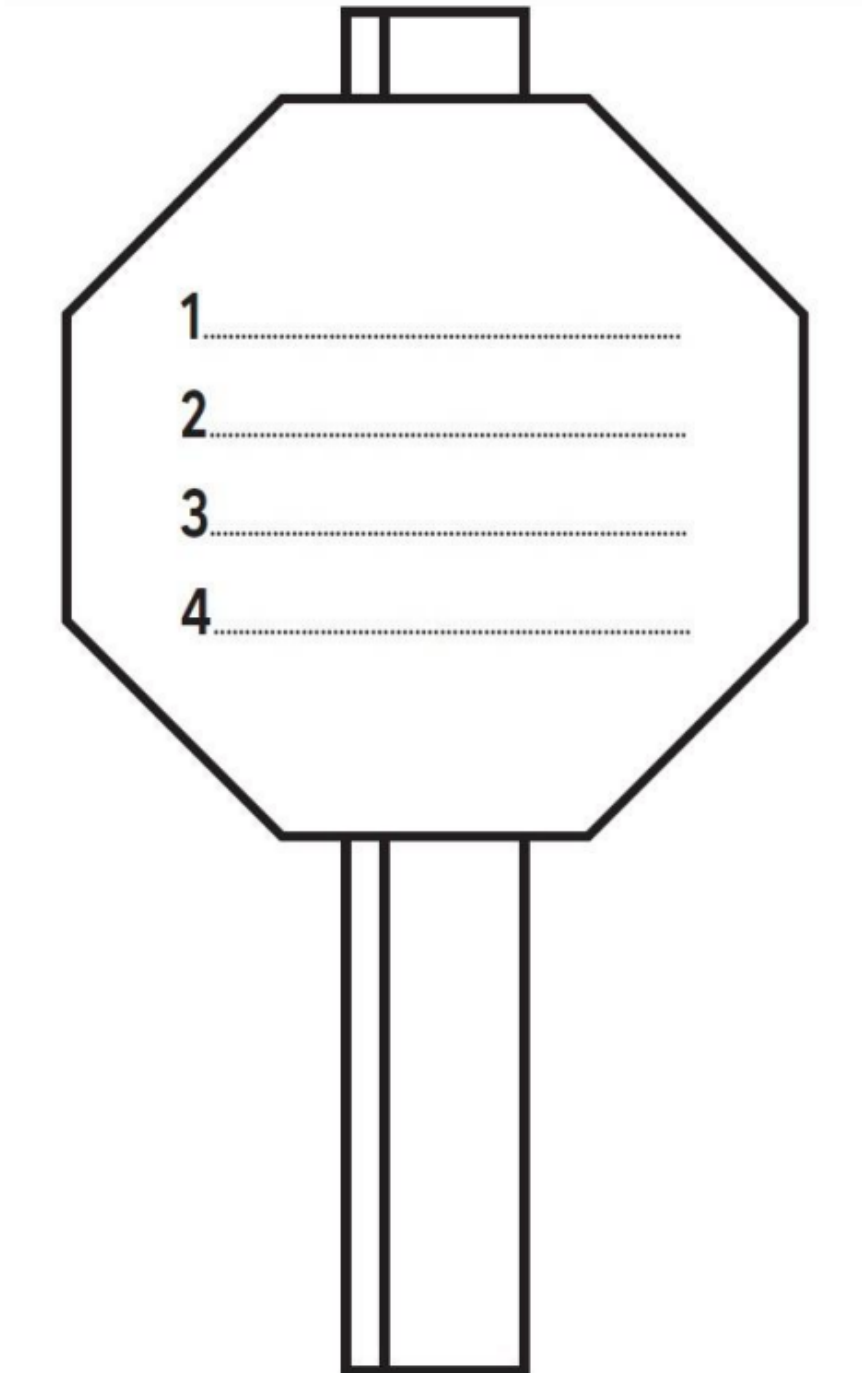
HER SEANSTAN KALAN PUANINI KAYDET
TOPLAMINI AŞAĞIDAKİ BOŞLUKLARA YAZ:

SEANS 1	SEANS 2	SEANS 3
SEANS 4	SEANS 5	SEANS 6











DURUM KARTLARI

Çalışman bitti, şimdi yapacak bir şeyin yok.	Yanındaki çocuk seninle dalga geçmeye başladı.
Bir grupla konuşuyorsun biri senin sözünü kesiyor.	Birisi kaza ile sana çarptı.
Bazı çocuklar oyun oynuyor sende katılmak istiyorsun.	Sen ve diğer çocuklar farklı oyun oynamak istiyorsunuz.
Annen / baban evdeki bazı işlere yardım etmeni istedi ve bir arkadaşın gelip senden oyun oynamanızı istedi.	Okuldan sonra yapman gereken ev çalışman, izlemek istediğin favori bir televizyon programın var ve bir arkadaşın seninle oynamak istiyor.
Bir ev çalışman üzerinde çalışıyorsun ve çözemeyeceğin bir sorunla karşılaşıyorsun.	Okuldasın ve sessizce çalışıyorsun, ama bir arkadaşın seni rahatsız etmeye çalışıyor.
Sen ve erkek veya kız kardeşin bir oyun için kavga ediyorsunuz.	Oyun alanında bir çocuk seninle kavga etmeye çalışıyor.
Bir grupta fikir öneriyorsun kimse bu fikirden hoşlanmıyor.	Öğretmen soru soruyor sen cevabı bilmiyorsun.
Birinin konuşmasını dinliyorsun ve yanlış olduğunu bildiğin bir şey söylüyor.	Biri masandan bir şey aldı ve bunu kimin yaptığını tahmin ediyorsun.

BOŞ DURUM KARTLARI

NE DÜŞÜNÜYORSUN?

Adın soyadın: _____ Yaş: _____
(Dilersen yalnızca ilk ismini kullanabilirsin.)

Adres: _____

Terapistinin adı: _____
(Ne düşündüğünü bana söyle. Ekstra kâğıt kullanabilirsin.)

Dedektif Can, çocukların kendisiyle paylaştığı fikirlerden çok etkileniyor ve sizin fikirlerinizi diğer çocuklara da anlatmak istiyor. Eğer bunu yaparsa, senin ismini söyleyecektir. Ona izin verir misin? Lütfen aşağıdakileri tamamlayın.

Ben, _____, Dur ve Düşün kitabının gelecekteki baskısında,
Dedektif Can'a, fikirlerimi diğer çocuklarla paylaşması için izin veriyorum.

(Adınıza buraya imza atın)



Ek-9: DEHB’li Çocuk ve Gençlerde Dürtü Kontrol Sorunları için Dur ve Düşün Revize Versiyonu-Terapist Uygulama Kılavuzu

DEHB’Lİ ÇOCUK VE GENÇLERDE
DÜRTÜ KONTROL SORUNLARI İÇİN
DUR ve DÜŞÜN
REVİZE

TERAPİST UYGULAMA KILAVUZU

ORJİNAL KİTAP

Philip C. Kendall

Çeviri ve Uyarlama

Doç. Dr. Vahdet Görmez

Klinik Psk. Hülya Akkaya Yılmaz

Revize Eden

Dr. Burcu Hafız Ahmet

Prof. Dr. Vahdet Görmez

Doç. Dr. Alperen Bıkmazer

İÇİNDEKİLER

SEANS 1	
DİKKATLİ OL, YÖNERGELERİ TAKİP ET	
SEANS 2	
ODAKLAN, YAVAŞ İLERLE	21
SEANS 3 – 4	
DUYGULARLA BAŞ ETME.....	37
SEANS 5	
ÖYLE OLURSA NE OLUR?	53
SEANS 6	
BAŞARDIN, UZMAN SENSİN	61

DÜRTÜ SORUNU

Terapistler için el kitabı, seans bazlı müdahalenin gerekliliklerini sunmak için hazırlanmıştır. Mevcut uygulama kılavuzu, orijinalinden farklı olarak 6 seanslık formata sahip bir eğitim programı sunar.

Seanslar yaklaşık 50 dk. sürecek şekilde hazırlanmıştır. İlk seans çocuklara programın anlatılmasını hedefler ve dikkat becerilerine odaklanır. Sınıflarda yapılan çalışmalara benzer içerikte alıştırmalar sunar. Bu araştırmalar ikinci seansta da devam eder fakat daha çok yönerge takibi gerektirir. İlk uygulamaların esas amacı, problem-çözme adımlarının ve kendini yönlendirme yönergelerinin öğrenilmesi ve Dur-Düşün Puanlarının nasıl kazanılacağı ve kullanılacağını belirlenmesidir. Kademeli olarak, seans çalışmaları duyguların tanınmasına, kişilerarası sorunların tanımlanmasına ve bu durumlarda problem çözme adımlarının uygun kullanımına dönüşecektir.

Son seanslarda çocukların özgül davranış problemleri ele alınacak ve bu problem durumlarında alternatif çözüm yollarının rol-canlandırma ile çözülmesi hedeflenecektir. Zorlayıcı etkileşimlerdeki rol canlandırmalara bu kademeli yaklaşımdaki amaç, çocukların problem çözme adımlarını öncelikle iyi öğrenmeleri, sonra da bunları gerçek hayatın duygusal olarak zorlayıcı durumlarında eyleme geçirmeden önce seanslarda başarı ile uygulamalarıdır.

Her seansta önceden belirlenmiş kurallara uymamanın tepki maliyet (yapılan hataların karşılığında puan kaybetme) anlamında sonuçları olacaktır. Buna ek olarak, sosyal pekiştirme ve başarılı performans ve uygun davranışlar için kendini ödüllendirme davranışı aktif bir şekilde teşvik edilecektir. “Ödül Marketim”, terapist ve çocuğun birlikte oluşturacakları ve çocuğun kazanılabileceği ödülleri içerecek şekilde düzenlenecektir.

Çocukların Dur ve Düşün Puanlarını biriktirerek “Ödül Marketim”’den ödülleri seçmelerine izin verilir. Çocuk her bir seans sonunda bir ödül seçebilir veya ileride daha pahalı ödülleri almak için bu puanları ‘bankada’ biriktirebilir. Uygun bir ödül programı çocukta çocuğa değişebilir bu yüzden farklı ödüllerin bulundurulması tavsiye edilir. Farklı ödülleri için farklı fiyatlar olması, sadece birkaç puanla alınabilen ödülleri de olması ayrıca tavsiye edilir. Bu her çocuğun bir tür ödül kazanabileceğini garanti eder ve ayrıca daha pahalı ödülleri için puan biriktirmek yerine daha ucuz ödülleri satın almasını sağlar. Ödülleri ev veya gerekirse okul tarafından kabul edilebilir ödülleri olması önceden kontrol edilmelidir. Bu kararlar terapistin elindedir ve dahil olan yetişkinler ve çocuğun ilgisine göre değişmektedir.

Olası ödülleri listesi aşağıda verilmiştir;

Ödül Menü Örneği

Ödül	Maliyet Dur ve Düşün Puanı
Güzel bir kurşun kalem	3
Anahtarlık	5
Renkli kalem	10
Bardak	12
Okuma kitabı	15
Resim defteri	20
Aile ile oyun saati	25
Basketbol topu	30

Hâlihazırda ki bu kılavuz her bir seansın amacını açıklayarak içeriğini sunar, görevleri tanımlar, prosedürlerin uygulanışını gösterir ve birkaç bölümde de örnek dersler gösterir.

DİKKATLİ OL YÖNERGELERİ TAKİP ET

Amaç

Bu seansın ilk amacı dikkatin ve dürtüselliğin tanımlanması ve kısa bir psikoeğitim yapılmasıdır. Böylece çocuğun kendi yaşadığı sorunları daha iyi ifade edebilmesi ve seans boyunca yapılacak olan alıştırmalardan daha fazla fayda görebilmesi sağlanır. İlk seansta çocuk stres altında hissetmeden problem çözme adımlarına maruz kalmalı ve bu adımlarla tanışmalıdır. Çocuğa problem çözme adımlarının ilk tanıtımını yapmak ve bunu yaparken de (a) bir problemi çözmeye koyulmadan önce “Dur ve Düşün” adımlarının nasıl kullanılacağını görmesi (b) herkesin yapabileceği gibi hata yaptığında bunlarla baş edebilmesi

ve (c) aktif bir problem çözücü olarak düşünme ve yansıtma ile kazanımlarını pekiştirmesini sağlamaktır. Seans alıştırmaları çocuğun özellikle dikkatli olmasının beklendiği ve çoğunlukla sözel olan çalışmalardan oluşur. İlk seans ayrıca çocuğa Dur Düşün Puanları, ödül listesi ve yükümlülükleriyle ilgili bilgi vermek içindir.

Görev Tanımı

Görevler dikkat ve yönerge takibi gerektirir. Belirli bir sırayla yerleştirilen harfler, sayılar ve resimlerden oluşan diziyi çocuğun incelemesi ve sırayla gelecek olanı dört seçenek arasından en uygun olanını seçmesi, birbirlerine benzer gibi gözüken fakat yine de doğru bir şekilde tamamlayabilmek için çocuğun dikkatlice okuyup takip etmesini gerektiren bir dizi görevler, kelime listelerinden “eş ve zıt anlamlı” olan kelimeleri bulma ve “benzer ve farklı” olan kelimelere karar vermeyi gerektiren çalışmaları içerir. Kolay olanlardan başlayıp daha zor olan çok sayıda görev vardır.

Prosedürlerin Uygulanması

Aşağıdaki ilk bölüm, üç konunun ayrıntılı taslağını sunmaktadır; (1) Terapinin çocuğa tanıtılması (2) yeni bilginin çocuğa aktarılması ve (3) modelleme prosedürlerinin genel örneğinin tanıtılması ve ortaya çıkabilecek diyaloglar. Biraz uzun da olsa başlardaki bir diyalog örneği, ilk örneklerin önemini vurgulaması ve bu, öz-kontrol terapisinin temelini oluşturması anlamında ayrıca önemlidir. Bu kılavuzda yer alan diğer örnekler, seans süresince ortaya çıkabilecek sorun alanlarını ve terapistin bu durumlarla başa çıkma yollarını gösterir.

İlk seansta çocuğa çok fazla materyal sunulduğu için, terapist her bir çocuk için bilgileri sıklıkla çocuğa tekrar etmelidir.

Terapinin Çocuğa Tanıtılması

Tedaviyi çocuğa tanıtma yöntemleri çalışma kitabında ele alınmıştır. Aşağıdaki diyalog terapist ve çocuğun ilk tanışma örneğidir.

T: “Benim adım _____, ve birkaç hafta boyunca birlikte çalışacağız. Düzenli aralıklarla bir araya gelip birlikte farklı çalışmalar yapacağız (Terapist görev listesini gösteriyor). Şimdi gördüklerini bitirmek çok zor görünüyor olabilir ama önemli olan ne kadar yaptığımız veya görevi tamamlamamız değil. Sadece birkaç çalışmayı bitirsek bile yavaş gidip iyi bir iş çıkarmaya çalışacağız.

Her bir çalışmayı yaparken yüksek sesle konuşarak yapacağız ve her bir görevi tamamlarken 5 adımı (elinizle beş parmak gösterin) söyleyeceğiz. Şimdi sizinle beş adımı beraber söyleyeceğim.

T: “Dur ve Düşün Puanlarından” bahsetmiştik. Her seansa 10 puan ile başlayacaksınız. Ama bir hata yaptığınızda bir puanı kaybedeceksin. Üç tür hata veya üç çeşit puan kaybetme yöntemi vardır.

T: “Hadi bakalım, eğer “çok hızlı gidersen” puan kaybedersin. Yavaş ve dikkatli çalışalım ki puan kaybetmeyelim. Her bir aktiviteye başlamadan önce adımları sayacağız. Eğer adımları söylemeyi unutursan, bir puan kaybedeceksin. Son olarak, eğer yanlış bir cevap verersen yine bir puan kaybedeceksin.

Başlamadan önce çocuğa kuralları hatırlatmak ve sormak için sohbet ortamı oluşturulabilir. Ya da çocuk sık sık kuralları tekrarlayabilir.

T: “Peki, unutmamız gereken şeyler var, hatırla bakalım bize puan kaybettiren 3 durum vardı? Birincisi “çok hızlı gitmek”. Diğer ikisi neydi?

Terapist, çocuğun kuralları hatırlamasına yardımcı olabilir. Çocuk, kuralları kendi cümleleriyle söyleyebilir ve kendisine hatırlatıcı kartlar yapabilir. Ders sonunda ise puan kazanabileceğini terapist hatırlatabilir.

T: “Sakin ol, bütün puanları kaybetmeyeceksin. Her bir seansın sonunda bir ödül satın alabilmek için puanların olacak. Aslında birden fazla ödül olacak ve bunları düzenlemek için beraber çalışacağız. Dur ve Düşün kitabında, “Ödül Marketim” var ve orada bazı şeyleri bulundurmak için birlikte çalışacağız. Ayrıca, puan kazanmak için iki farklı yol var bunları daha sonra sizinle paylaşacağım.

Çocuk için ödül önemlidir. Her seansta çocuğun elinde puanı kalmalı ve bu puanları bankada biriktirmesi için cesaretlendirilmelidir. Çocuk, puanlarının bir kısmını harcayıp kalan kısmını sonraki günlerde daha büyük ödüller için saklayabilir.

Yeni Bilginin Çocuğa Aktarılması

Çocukla yapılan görüşmeler boyunca, kimi zaman seans başında kimi zaman ise seans sonunda olacak şekilde, çocuğa seans içeriği ile ilintili bir psikoeğitim verilecektir. Aşağıdaki diyalog ilk seansta dikkat ve dürtüsellik anlatılması örneğidir.

T: “Yapacak olduğumuz seansların her birinde, zorluk yaşıyor olabileceğin alanları fark etmen ve kitap içerisinde yer alan alıştırmaları daha iyi anlamak için bazı bilgiler vereceğim. Bu bilgilere Yıldızlı Bilgi diyoruz. Kendi aramızda buna kısaca YB diyebiliriz.

T: “İlk seansının YB’si dikkat ve dürtüsellığı tanımlamak olacak. Dikkatin ne olduğunu daha iyi anlayabilmek için onu tanımlayalım. Dikkat, beynimizin bir olay ya da düşünce üzerine odaklanabilmesidir Dikkatimizi belli bir noktada sabit tutabilmek, yani odaklanabilmek için, beynimiz ciddi bir emek harcar. Çünkü dikkatimizi dağıtabilecek çokça dış etken her zaman mevcuttur. Aşağıdaki resimde dikkatimizi dağıtabilecek etkenleri görebiliriz. Bunları birlikte okuyalım ve dikkatimizi dağıtan etkenler varsa bunları belirleyelim.”

Burada terapist kendinden örnek verebilir.

T: “Uzun süre uykusuz kalmak yerine getirmem gereken sorumluluklara odaklanabilmemi ve bir iş ile ilgilenirken ki dikkatimi ciddi oranda azaltır. Senin başına buna benzer bir şey gelir mi?”

T: “Dürtüsellığın ne olabileceği ile ilgili bir örnek verelim. Sınıfta öğretmen parmak kaldırarak ve söz hakkı isteyerek konuşulmasını ister öyle değil mi? Söz hakkı istemeden sınıf içinde direkt söze girmek ya da öğretmenin sözünü keserek konuşmaya başlamak dürtüsel bir harekettir. Senin sıkça yaptığın dürtüsel davranışlar mı? Bana örnek verebilir misin?”

Kendine Yönerge Verme ve Problem Çözme Adımlarına Giriş

Çoklu görevlerde, çocuğun problem çözerken kullanacağı adımları alışkanlık haline getirmesi önemlidir.

T: “Şimdi, sesli bir şekilde, bir problemi çözerken söylemen gereken adımları konuşalım. Başta hepsini hatırlamak zor olabilir ama beraber tekrar edeceğiz ve ne söyleyeceğini öğreneceksin. Şimdi şunu bir deneyelim. Kendine söylemen gereken ilk şey “Ne yapmam gerekiyor?” Problemin ne olduğunu anlamadan problemi çözemezsin. Kendine ‘ne yapmam gerekiyor’ dediğinde problemi doğru çözebilmek için ilk adımı atmış olacaksın. Bu adım, bütün cevapları düşünüp en doğru cevabı bulabilmen için sana yardımcı olacak. Sonrasında da odaklanmaya çalıştığın probleminden başka hiçbir şey düşünmemelisin.

Sonra bir cevap seçeceğim; farklı alternatifleri ve olasılıkları gözden geçirip bir cevap vereceğim ve son adımda kendime iyi bir iş çıkardığımı söyleyeceğim. Bir problemi iyice düşündükten sonra kendine iyi bir iş çıkardığımı söylemek motivasyonunu arttıracaktır. Eğer doğru cevabı veremezsem üzülmemeliyim, sadece sonrasında daha dikkatli ve daha yavaş olmayı unutmamalıyım.

Adımları saymayı pratikleştirmek için birkaç şey deneyelim. Dikkatli dinle ki çalışmalarını yaparken adımları atlama. İlk adımı söyledikten hemen sonra diğer adıma geçiyorsun. Adımları atlayarak yaparsan sana bir faydası olmaz.

Terapist hazırlığını yapar, göreve odaklanır, bir model olarak “kendine yönerge vererek problem çözme adımlarını uygulamaya başlar” bunu yaparken de hangi adımda ise onu parmağı ile gösterir. Adımları parmakla göstermek çocuğa görsel olarak ipucu verir. Aynı zamanda çocuk problemleri çözerken hangi hızda gittiğini görür.

Örneğin;

“İlk adım ne yapacağımı bulmaktır.”

(Terapist çalışma kitabındaki ilgili yere parmağı ile işaret eder)

İkinci adım ise bütün olasılıklara ve tüm farklı cevaplara bakman gerektiğidir.

Sonrasında odaklanman ve sadece yaptığın şeyi düşünmen gerekiyor.

Terapist problemi çözerken sesli düşünerek anlatır.

T: “İyi bir iş çıkardım. Hadi şimdi ikinci adımı yapalım. İlk adımı hatırlıyor musun? Hayır. Peki, hadi şimdi beraber tekrarlayalım. Ne yapacağımı bulmam gerekiyor. (Kalan adımları da aynı şekilde yapın.)”

T: “Adımları hatırlamak için bunları yazmaya ne dersin? Adımları kendi cümlelerimizle yazmayı deneyelim. Dur ve düşün kitabının arka sayfasındaki dur ve düşün kağıdının arkasına yazalım. Sonra da bunu bir kitap ayracı olarak kullanabiliriz ve bu bize daha sonra adımları hatırlamak için yardımcı olacaktır. İlk adım; ne yapacağımızı düşünmek. Başka ne şekilde söyleyebilirsin? (Kalan adımlar için çocuğun bu cümleleri kendi cümleleri ile söylemesine izin verin. Kendi cümleleriyle söylemeyin, bırakın çocuk söylesin). Şimdi diğerini yapalım o zaman birini kendin yapabilirsin. Hadi bakalım;

Başa Çıkma Cümleleri

Terapist yanlış cevabı bilerek seçer ve başa çıkma cümlelerini bir ödül olarak çocuğa modeller.

T: “Sanırım bir hata yaptım. Dur bir dakika. Bu problemleri çözebilirim ama önce yavaş gitmeliyim ve sonraki seferde daha fazla düşünmeliyim. Bir daha deneyeyim. Düşünüyorum... Düşünüyorum... Odaklanıyorum... Sanırım bu. (Doğru cevabı seçer). İşte bu sefer daha iyi bir iş ortaya koydum. Şimdi senin sıran. Benim kullandığım cümleleri kullanmak zorunda değilsin. Ama adımları söylemeni istiyorum. Bu sefer puan kaybedeceğin için endişelenme, çünkü bu sadece bir pratik. Bir hata yapsan bile senin puanını almayacağım. Sadece kendine yavaş gitmeyi hatırlat ve problem çözme adımlarını söyle. Tamam hadi bunu yaptığını bir görelim (Çocuğun puan kaybetmeden birkaç deneme yapmasına izin verilir).

Birkaç denemeden sonra yaptığı hataların karşılığında puan kaybetmesi (tepki-maliyet) aşağıdaki şekilde tekrardan hatırlatılır;

T: Her ne kadar bazen hata yapmış olsan da şu ana kadar adımları öğrendiğini düşünüyorum. Şimdi dur ve düşün puanlarını kullanmaya başlayacağız. Eğer bir hata yaparsan bir tanesini kaybedeceksin. 3 farklı şekilde puan kaybedebileceğini unutma. Hızlı gidersen, adımları unutursan ve yanlış bir cevap verirsən puan kaybedeceksin. Bir kez ben deneyeceğim sonra sıra senin olacak.

Tepki Maliyet (Yapılan hata karşılığında puan kaybetme)

Çocuk bir hata yaptığında tepki maliyeti aşağıdaki şekilde uygulanacaktır;

T: “Hayır bu doğru cevap değil. Doğru cevabı seçmediğin için 1 puan kaybediyorsun. (Veya) Tamam doğru cevabı seçtin ancak tüm adımları söylemediğin için 1 puan kaybediyorsun. Tüm ihtimallere bakmamız gerektiği kısmını atladığın için 1 puan kaybediyorsun. (Burada kullanılan motamot /somut etiketlemeye dikkat edin. İlerleyen seanslarda daha çok kavramsal etiketleme yapılacaktır)

Öz-Değerlendirmeye (Çocuğun kendi performansını değerlendirme) Giriş

T: “Bitirmeden önce bugün sana nasıl bonus puan kazanabileceğini göstereceğim (Terapist çocuğa ‘Bugün nasıldım’ kağıdını gösterir ve her bir değerlendirme arasındaki farkı anlatır). Sana bugünkü performansını değerlendireceğim bir puan vereceğim. Hadi bakalım, burada 5 ihtimalim var. Sanırım sana 3 puan vereceğim. 3 demek ‘iyi’ performans demek. Adımları unuttuğun için ve yanlış cevabı seçtiğin için 5 puan kaybettin ama diğer çalışmalarda iyi iş çıkardın ve çoğu zaman adımların çoğunu hatırladın. Sonra senden kendi performansına bir puan vermeni isteyeceğim. İkimiz de senin performansına aynı puanı vermişsek veya senin verdiği puan benimkine 1 puan yakınsa bonus puanlar kazanacaksın. Sonraki seansın sonunda kendini nasıl puanlayacağının pratiğini yapabilirsin.”

ODAKLAN, YAVAŞ İLERLE

Amaç

İkinci seansta çocuğun, aritmetik problemlerde kendi kendine yönerge vererek problem çözme adımlarını kullanabilmesi, problem çözmeye yaklaşım ve soyut bulmacaları çözme gibi bilişsel davranışçı stratejiler kullanabilmesi amaçlanır. Çocuğun deneme yanılma ile problem çözme yaklaşımı yerine, dikkatini yoğunlaştırıp problem üzerinde düşünerek, planlayarak sistematik yaklaşımla çözme deneyimi kazanması hedeflenmektedir. Bu sebeple burada ek bir öneri olarak trafik ışığı modeli anlatılır. Bu şekilde adımları kullanmayı hatırlaması ve adımları saymasının kolaylaşması amaçlanır. Terapist, çocuğun yaş ve sınıf seviyesine uygun olarak problemlerin seviyesini seçer.

Çalışmanın Tanımı

Bu seansta farklı seviyelerde matematik soruları ve kelime bulmacaları üzerinde çalışılır. Uygun seviyeyi seçmek terapistin kalmıştır. *Dur ve Düşün Çalışma Kitabı*, bir dizi soru örnekleri içerir ancak çocuğun yeteneklerine uygun ve sınıfta uyguladıklarına benzer örnekler de oluşturulabilir veya bulunup eklene yapılabilir. İlave sorular oluşturmak için terapistin çocuk ile çalışması bir adım sonrasını düşünmeyi öğrenme açısından ayrıca değerlidir.

Prosedürlerin Uygulanması

Terapist bu seansta YG çalışmasını kontrol ettikten sonra günün Yıldızlı Bilgisini aktarmalıdır.

Bilgiyi aktarmadan önce trafik ışığı renklerinin ne anlam ifade ettiğini bilip bilmediği çocuğa sorulabilir.

Örnek bir diyalog aşağıdaki gibi olabilir.

T: “Her yerde olduğu gibi sokakta da uymamız gereken bazı kurallar var. Bu kuralların en önemlilerinden biri hem yayalar (yürüten insanlar) hem de taşıt kullananlar (araba, bisiklet gibi) için geçerli. Karşıdan karşıya geçerken hangi kurala uymamız gerekiyor biliyor musun?”

Ç: “Yolun boş olup olmadığına bakmamız gerekiyor”

T: “Çok doğru her zaman yolu kontrol etmemiz gerekir. Peki ama yoldan geçme sırasının kimde olduğunu bize gösteren işaretler var mıdır?”

Ç: “Trafik ışıkları bize sıranın kimde olduğunu gösterir.”

T: “Harika! Trafik ışığının kaç rengi olduğunu ve bu renklerin ne anlama geldiğini biliyor musun?”

Ç: “Evet. Üç rengi vardır. Kırmızı yanıyorsa beklememiz gerekir. Yeşil yandığında ise geçebiliriz demektir.

T: “Evet bu doğru. Kırmızı ışıktaki durmalıyız. Yeşil yandığında ise harekete geçebiliriz. Bir de sarı ışık vardır. Sarı ışık ise geçmek için hazırlanmamız gerektiğini söyler. Henüz karşıya geçin demek değildir bu, ancak birazdan geçebileceğimiz için hazırlanmamız gerekir. Trafik ışığının bu üç renk kuralını normal hayatımızda acele kararlar vermemek için de kullanabiliriz. Bir sorun oluştuğunda ya da bir karar vermemiz gerektiğinde adımlarımızı aklımıza

getirirken trafik ışığından yardım alalım. Gözünde ışıkları canlandır. Önce kırmızı ışıkta durmalıyız. Hareket etmeden önce durmamız gerek. Daha sonra sarı ışıkta düşünüp plan yapmalıyız. Sorunun ne olduğunu, bizden ne beklendiğini ve aklımıza gelen çözüm önerilerini düşünmeliyiz. Yeşil ışıkta ise artık verdiğimiz kararı uygulayabiliriz.”

Ardından terapist her seansın başında yapabileceği gibi, ısınma egzersizi olarak çocukla beraber problem çözme adımlarını gözden geçirebilir. Önceki seansın YG çalışması adımları ezbere saymak olduğundan bu seansta adımlar YG çalışmasının kontrolü sırasında hatırlatılmış olacaktır. Bunu unutulmamalıdır ki bazı çocuklar adımların hepsini hatırlamayabilir, bu bir sorun değildir. Adımları hatırlamada “Dur ve Düşün” işaretini bir yardımcı olarak kullanabilirler. Eğer çocuk adımları dur ve düşün işaretine baktıktan sonra dahi hatırlamıyorsa seansta yapılan çalışmalar daha yavaş yapılabilir. Bazen problem çözme adımlarının daha dikkatli uygulanması için tepki-maliyet (hata karşılığında puan kaybetme) yaptırımının uygulanması gerekebilir.

Sözlü olarak çocuğun kendisine yönerge vermesi bu seansın çoğunluğunu oluşturur. Sonraki çalışmalarda terapist sesli yönergeden sessiz yönerge vermeye geçer.

T: “Bir süredir adımları sesli bir şekilde söylüyoruz ve bunları iyi anladığımı düşünüyorum. Burada kullandığımız adımlar daha sonra hayatımızın başka alanlarında bize yardımcı olacaktır. Ancak eğer adımları sınıfta iken kullanmak istiyorsan sesli bir şekilde söyleyemeyeceksin. Diğer çocuklar ve öğretmen bu durumdan rahatsız olabilir. Eğer fısıldarsan veya bu adımları sessizce kendine söylersen bunları sınıf içerisinde de kullanabilirsin. Şimdi çalışmalarımızı yaparken adımları fısıldayarak söylemeye çalışacağım tamam mı? Bir sonraki çalışmayı ben yapacağım. Fısıldayarak da olsa bütün adımları söylediğinden emin olmalıyım.”

Terapist, sesli yönergeden sessiz yönergeye geçişi çocuğun bütün adımları öğrenmesinden hemen sonra yapmalıdır. Çocuğun adımları tam anlamıyla öğrenmesi bir seans kadar kısa veya birkaç seans kadar uzun sürebilir. Çocuk puan kaybedeceği bir hata yaptığında terapist uygun bir baş etme ifadesini model olarak çocuğa göstermelidir. Çocuk nadiren hata yapıyor veya hiç yapmıyorsa, terapist yine de ara sıra kasıtlı olarak hata yapar ve bunun sonrasında uygun bir baş-etme ifadesi ile rol yaparak çocuğa model olur. Çünkü çocuklar yapmacık da olsa hatalardan daha faydalı sonuçlar çıkarabilirler.

Çocuğun problemi çözerken adımları kullanmasının ona yardımcı olduğunu görmesi önemli. Bu konuda terapist çocuğu cesaretlendirmeli ve ‘yapabileceğini göster’ çalışması (ev çalışması/görevi) hakkında bilgi vermelidir.

İkinci seanstan itibaren terapist tepki-maliyet durumları için farklı bir dil kullanmaya başlar. Terapist biraz daha kavramsal etiketlemeye doğru geçiş yapar. Eğer çocuk yeterince sayıda hata yapmışsa, en son bir-iki hatası şu şekilde daha kavramsal bir ifade ile etiketlenir: (1) “Acele ettiğin ve dolayısıyla doğru cevabı vermediğin için bir puan kaybettin” veya (2) “tüm adımları kullanmadığın için bir puan kaybettin”.

Çocuğun verdiği her hatalı cevap sonrasında “... için puanımı alacağım” gibi cezalandırıcı görünen bir cümle yerine “... için puan kaybettin” şeklinde bir ifadenin tercih edildiğine dikkat edin. İlk ifadede çocuğa yaptıklarının sonuçlarını tecrübe etmesini teşvik etmesi açısından (‘... için puan kaybedersin’ ifadesi, çocuğun hatasını sahiplenmesi ve dolayısıyla eğer acele etmez ve hata yapmazsam puanlarımı koruyabilirim sonucunu çıkarmasını sağlar) ayrıca değerlidir.

Yeni seansla birlikte yeni bir çalışmanın tanıtılması, (1) kendi kendine sözlü yönerge verme ifadelerinin başka bir şekilde ifade edilmesi ve (2) yeni bir görev için gerekli olan problem çözme yaklaşımına yeni adımların eklenmesi için ideal bir ortam sunar. Adımların başka kelimelerle ifade edilmesi önemlidir çünkü çocuklar bazen cümleleri mekanik olarak söyleme alışkanlığı geliştirirler. Başka kelimelerle ifade etme çocuğun verilen sözlü yönergelerin anlamını dikkatli bir şekilde düşünmesini sağlar. Problem çözme adımları aşağıdaki şekilde tekrardan ifade edilebilir;

T: “İlk olarak ne yapacağımı bulmam gerekiyor. Hadi bakalım; problemi çözmek için adımları kullanmam gerekiyor. Sonra, bütün olasılıklara bakmam gerekiyor. Hımm, olasılıklar nelerdi? Sanırım olasılıklar toplama, çıkarma, çarpma ve bölme olacak, dolayısıyla işlemin işaretine bakmam gerekiyor. Şimdi iyice konsantre olmalıyım. Tamam sanırım cevap _____. Tamam! Gayet iyi gidiyorum. Bu çalışma için şunu unutmamalıyım; olasılıkları düşündürken matematik işleminin işaretini kontrol etmeliyim. Bütün olasılıkları düşündüğümde işaretime bakmalıyım.

Elbette yeniden söylemenin ve farklı şekilde söylemenin birçok yolu vardır. Bir diğer adım aşağıdaki gibi eklenebilir;

T: “Sanırım cevabı biliyorum tamam doğru yaptığımdan emin olmak için işlemimi kontrol etmem gerekiyor.”

Bu seansta, çocuğun fısıltı şeklinde kendisine sözlü yönerge vermesi ve kavramsal etiketleme yapması devam eder. Unutmayalım ki; yapılan hataların kavramsal etiketlenmesi geri kalan seansların hepsinde aynı şekilde uygulanacaktır.

DUYGULARLA BAŞ ETME

3- DUYGULARI TANI

4- DUYGULAR NEREDEN GELİYOR

Amaç

Bu seanslar kişilerarası etkileşimlerdeki davranış alanlarında duygu veya hisleri tanımayı ele alacaktır. Bir çocuğun davranışlarını modifiye ederek kişilerarası alanlardaki problemleri yeterli düzeyde çözebilmesi için bu etkileşimlerde ortaya çıkacak duygularını tanımlayabilmesi gerekir. Çocuk ancak duygularını tanımladıktan sonra bu duygusal tepkilerin neden meydana geldiğini anlayabilir. Bu seansların amacı belirli bir durumda var olan duyguların tanınması, kişisel hislerin tanımlanması ve bu duyguların nereden geldiğiyle ilgili açıklamalar oluşturulabilmesidir. Terapist bu seanslarda duygu durum eğitimi yapar.

Görev Tanımı

Bu seanslarda kullanılacak olan görevler duyguları tartışmayı ve farklı insanlardaki farklı duygu türlerini tanımlamayı kapsamaktadır. 3. Seansın bir parçası olarak, çocuğun bilişsel ve sosyal gelişim düzeyine bağlı olarak bir “Duygu Sözlüğü” oluşturmak yararlı olabilir; böylelikle çocuk kendisinin ve başkalarının nasıl hissettiğini tanımlarken kullanabileceği değişik duygu tanımlamalarına sahip olacaktır. Terapist, “Bizi iyi hissettirdikleri için kendinizde olmasını istediğimiz duygu ve hisler nelerdir?” diye sorarak çocuğun “duygu kelimeleri” oluşturmaya yardımcı olabilir. Terapist daha sonra olumsuz duygular listesi oluşturmaya ister ve son olarak da daha nötr olan veya arada kalan duyguları sorar. Terapist çocuğun durumuna özgü alternatif senaryolar üzerinden, çocuk ile birlikte farklı duyguları ifade eden başka kelimeler bulmaya çalışarak seansın içeriğini genişletebilir. Terapist kendi listesini oluşturabilse de aşağıdaki alternatiflerden de faydalanılabilir:

1. Eve geldiğimde Bora aradı ve bize gelemeyeceğini söyledi. Oynayacak kimsen yok.
2. Bu hafta okulun orkestrasına girmeye çalıştım ve başardım!
3. Tatillerde Sevgi teyze bizi ziyarete gelir. Bu tatilde kardeşime büyük bir oyuncak bana ise küçük bir oyuncak getirdi.
4. Cuma öğleden sonra hiç okul ödevim yok. Birazdan çok keyifli bir çocuk olan Canla dışarı çıkacağım ve bisiklet süreceğiz.
5. Öğretmen beni seçti ve verdiğim cevap yanlıştı. Bütün çocuklar güldü.
6. Bu sabah anneler günü için anneme bir hediye almak istedim. Marketçi amcadan yardım istemekten çekindim. Arkadaşlarım onun çocukları sevmediğini söylediler. Ama ondan yardım istediğimde çok arkadaş canlısı davrandı. “Annene bir kutu çikolata almaya ne dersin? Eminim annen bunu sevecektir” dedi. Eğer marketçi amcaya arkadaşlarımın onun için söylediklerini söylesem nasıl hisseder?

Prosedürlerin Uygulanması

Çocuğun görevi, özellikleri verilen duyguları tanımlamaya çalışırken problem çözme adımlarından yardım alması ve sonrasında bu karakterlerin neden böyle hissettiğini ifade eden birkaç makul açıklama oluşturmaktır. Duyguları açıklayamaması durumunda veya duyguları doğru tanımla-yamadığı zaman her zaman olduğu gibi “tepki maliyeti” devreye girer, yani puan kaybeder. Tepki

maliyeti uygulandıktan sonra terapistin çocukla beraber hatasını tartışması önemlidir. Aşağıdaki durumdan biri oluşabilir: (1) çocuk geriye dönüp baktığında aslında doğru duygunun ne olduğunu anlamış ancak düşünmeden, dürtüsel bir şekilde yanlış cevap vermiştir ya da (2) çocuk, resimdeki duygunun ne olduğunu anlayamamıştır. İkinci durumun genç çocuklarda görülmesi daha olasıdır ve böylesi bir durumda eğer çocuk duygu sözlüğünü kullanarak dahi doğru cevapları veremiyorsa, istenilen duyguların çocuğun anlayabileceği belli duygularla sınırlandırılması gerekebilir. Her bir görev için terapist yeni bir duyguyu bütün ayrıntılarıyla çocuğa ifade ettikten sonra ikinci aşamada çocuktan resimdeki karakterin neden öyle hissettiğini açıklayacak alternatifleri açıklaması istenir. Tabii ki bu durumda tepki-maliyet uygulaması yine devrededir. Eğer gerek duyulursa, terapist çocuğun en az üç alternatif durum oluşturmaları/açıklama yapması gibi bir kural koyabilir.

Çoğu çocuk hangi duygu olduğunu söylerken bir zorluk yaşamaz fakat başlarda duyguyu ortaya çıkaran alternatif durumlar oluşturmada zorlanabilir. Eğer böyle bir durum oluşursa terapist çocuğu olası açıklamalara yönlendirebilmek için sorular sorabilir. Bu durumu açıklamak için aşağıdaki terapist-çocuk kayıtlarını dikkate alalım:

Ç: “Önce ne yapmam gerektiğini bilmeliyim. Önce cümleyi okumam ve sonra resimlere bakıp nasıl hissettiklerini söylemem gerekiyor. ‘Eve geldiğimde Bora aradı ve gelemeyeceğini söyledi. Oynayacak kimsem yok.’ Şimdi de bu durumda nasıl hissederdim, onu bulmalıyım...Evet üzgün hissederdim”

T: (Başıyla onaylayarak) “Mutsuz hissedersin. Başka şekilde hisseder miydin?”

Ç: (Sessizlik)

T: “Oynayacak kimsen olmadığında ve tamamıyla yalnız kaldığında nasıl hissedersin?”

Ç: “Üzgün ve...yalnız, sanırım.”

T: “Hı-hı. Oynayacak kimsemiz olmadığında üzgün ve yalnız hissedersin. Başka ne zaman biri üzgün ve yalnız hissedersin?”

Ç: “Hmmm. Tamamıyla yalnız kaldığında.”

T: “Tamam. Yalnız kaldığında veya üzücü bir şey olduğunda...Ne gibi mesela?”

Ç: “Köpeği hasta olduğu zaman gibi mi?”

T: “Kesinlikle öyle. Peki ne olduğunda yalnız hissedersin?”

Ç: “Köpeği hastanede olduğunda ve babası iş seyahatinde olduğunda.”

T: “Veya okuldan biri onları alaya aldığıda mutsuz hissedebilirler veya teneffüste onlarla oynayacak biri olmadığında yalnız hissedebilirler.”

Ç: Hı-hı. Sanırım iyi bir iş çıkardım.”

Çocuğun her duygu için iki veya üç alternatif durum/açıklama sunması beklenir. Eğer çocuk üç veya daha fazla alternatif üretmezse “bir alternatif düşün yoksa bir puan kaybedeceksin” ikazı yapılmalıdır.

Bu seanslarla birlikte terapist kademeli olarak fısıldama ve problem çözme adımlarını zihninde sessizce tasarlayarak uygulamaya geçiş yapacaktır. Bu geçişin hızı çocuğun öz yönergelerindeki yetkinliği tarafından belirlenecektir.

Öz-kontrol oluşturmaya hedefleyen terapilerin nihai amacı problem çözme adımlarının içselleştirilmesi olduğu için, sessiz öz-yönergelerden sessiz geçiş ne zaman yapılacağını belirlemek çok önemlidir. Çocuk sessiz olarak öz-yönergelerden kullanma aşamasındayken gözlemleyebileceğimiz tek şey çocuğun problemi ne kadar sürede çözdüğü olacaktır. Bu yüzden problem çözme adımlarının kullanımında çocuğun eksik veya hatalı yaptığı şeyleri değerlendirme fırsatımız kısıtlı olacaktır. Sessiz evreye geçişin çok erken olması çocuğun adımları kullanımındaki yeterliliğini azaltabilir. Öte yandan terapide zaman sınırlı olduğundan sessiz aşamaya geçişin çok geç olması, çocuğun problemleri sessiz bir şekilde zihninden tasarlayarak çözme deneyimini yeterince kazanamaması anlamına gelecektir. Bizim deneyimimiz eğer bir tercih yapılacaksa sesli bir şekilde konuşarak uygulama seanslarına ağırlık verilmesi olacaktır. Kendi kendine konuşmaya çok hızlı geçiş önermiyoruz.

Genel bir kural olarak, çocuk problem çözme adımlarını kullanmada zorluk yaşamıyorsa, adımları akıcı bir şekilde kullanabiliyorsa o zaman problem çözmeye direkt geçiş yapılabilir. Çocuğun problem çözme adımlarını kendi ifadelerini kullanarak rahatlıkla söyleyebilmesi, akıcı bir şekilde uygulayabilmesi ve acelecilik riskinin minimuma inmesi koşulları sağlanmışsa terapide bir sonraki aşamaya geçebiliriz. Takip eden diyalog doğrudan problem çözmeye geçişin bir örneğidir.

T: “Tamamdır. Problem çözmede iyi iş çıkardın. Şimdi benim sıram ama önce problem ile ilgili ne yapacağım hakkında dur ve düşün adımlarını uygulamam gerekiyor. Bu adımlarla ne yapacağız? (Bekliyor)

Ç: “Çalışmaları yaparken yavaşlıyoruz.”

T: “Doğru adımları farklı şekillerde söyleyebiliyoruz. Adımları kullanmaya başladığımızda sesli bir şekilde söylüyorduk. Sonrasında adımları fısıltıyla, sessizce söyleyerek uygulamaya geçtik. Peki bu adımları farklı bir şekilde yapmanın başka bir yöntemi olabilir mi?”

Ç: “Hmmm.”

T: “Bakalım... Sesli söylemek... Fısıldamak... Sonra ne geliyor?”

Ç: “Sesli söylememek veya fısıldamamak mı?”

T: “Yani, adımları sessizce yapmaktan bahsediyorsun. Bu iyi bir fikir. Adımları sesli konuşmadan veya fısıldamadan kendi kendimize söyleyip yapabiliriz, insanlar adımları söylediğini duymasalar bile bunları kendine söylüyor olacaksın ve adımları tıpkı her zaman yaptığım gibi uygulayacaksın.”

Ç: “Yani onları içinden söylemekten bahsediyorsunuz. Böylece kimseyi rahatsız etmeyeceğim.”

T: “Harika! Adımları kendi kendine içinden söyleyerek sınıftaki diğer çocukları veya öğretmeni rahatsız etmemiş olacaksın.”

Ç: “Sizde bunları bu şekilde mi söyleyeceksiniz?”

T: “Kesinlikle öyle yapacağım. Hatta bir sonraki çalışmayı ben yapacağım ama bu sefer adımları kendime sessizce söyleyeceğim.”

Terapist ve çocuk çalışmaları sıra ile yapmaya devam ederler. Burada terapist çalışmayı bütün basamakları kullanarak uygular. Yani ilk önce sesli, sonra fısıldayarak, sonra da içinden sessizce yapar ki çocuk bu geçişin nasıl yapıldığını içselleştirmiş olsun. Terapist ara sıra çocuktan da öntündeki çalışmayı üç kademeli şekilde yapmasını isteyebilir. Çocuk böylece programa daha hakim olur. Modelleme yaparken terapist dikkatli ve reflektif düşünmeyi vurgulayan birçok sözsüz ipucu kullanabilir. Çocuğun sessiz problem çözme adımlarını uygularken, “uyguladığı adımı parmaklarıyla göstermesi” daha önceden de belirtildiği gibi çok önemlidir. Böylece çocuğun düşündüğünü ve hızını kontrol ettiğini takip edebilirsiniz.

Bu 2 seansın her birinde çocuğa aktarılacak üzere YB bulunmaktadır. Üçüncü seansta çocuk iyi, kötü ve nötr olan duyguları tanımlamayı başardıktan sonra, oldukça yoğun yaşanan öfke duygusu ve bu duygunun sebep olabileceği fiziksel belirtiler çocuğa anlatılır. Terapist burada kendinden örnek verebilir.

T: “Çok öfkелendiğimde bedenimde değişiklikler fark ederim. Mesela kalbim normale göre daha hızlı atmaya başlar ve avuçlarım terler. Sen öfkелendiğin zaman vücudunda değişiklik fark eder misin?”

Duyguların bedenimiz üzerindeki etkileri çocuğa anlatıldıktan sonra öfke duyguları ile baş edebilmeleri ve harekete geçmeden önce sakinleşebilmeleri için nefes ve gevşeme egzersizlerinin kullanımını anlatılır.

T: “Egzersizlere başlamadan önce tek olabileceğin ve sessiz bir oda seç. Burada uzanabilir ya da oturabilirsin. Gözlerini kapat ve dikkatini bedenine ver. Şimdi nefes egzersizine başlayabilirsin. Bunun için görünmez bir balonu şişireceğini hayal et. Önce burnundan 3 saniyede yavaş ve derin bir nefes al. Nefesini 3 saniye tut ve üflemeğe hazır ol. Son olarak 3 saniye içinde yavaşça nefesini ağzından ver ve bir balonunun şiştiğini hayal et.”

T: “Şimdi gevşeme egzersizini nasıl yapabileceğini öğrenelim. Buradaki amacımız her kasımızı rahatlatmak. Bunun için kaslarımızı 2-3 saniye kasıp sonra bırakacağız. Şimdi kollarını öne uzat önce ellerini yumruk yapıp sık ve bırak. Daha sonra kollarını kas ve serbest bırak. Şimdi sıra bacaklarında. Ayaklarının iyice yere bastığından emin ol ve sonra kendini yukarı doğru çekmek için bacaklarını kullan. Sıra karnında. Bir fil hortumu ile karnına bir darbe vuracaktım gibi karnını kas ve sonra gevşet. Omuzlarını kulaklarına değecek gibi yukarı kaldır ve hemen arkasından başını arkaya doğru at. Ve son olarak yüzünde önce alnını sonra burnunu kırıştır. Gözlerini sıkıca yum ve aç. Şimdi de dudaklarına birbirine iyice bastır ve serbest bırak.”

Bu komutlar söylenirken çocuk ve terapist egzersizleri birlikte uygulamalıdır.

Dördüncü seans boyunca çocuk aynı durumlar karşısında farklı kişilerin duygularının değişebileceğini görür. Bir sonraki seansla birlikte, farklı düşünce ve duygular sonucunda olaylara verilen davranışsal tepkilerinde değişeceğini görecektir. Bu seansın YB’si çocuğa Durum-Düşünce-Duygu-Davranış döngüsünün anlatılmasıdır. Buna yönelik bir örnek aşağıda verilmiştir.

T: “Herkes bazen zor durumlarda kalabilir ve sıkıntılar yaşayabilir. Bu sıkıntıların sebebi bazen durumun kendisiyken bazen de bizim olay karşısındaki yoğun olumsuz düşüncelerimiz ve duygularımız sıkıntımızın oluşmasını ya da büyümesini sağlar. Üstelik olumsuz duygu ve düşünceler sıkıntımızı düzeltmemizi sağlayacak uygun çözümler bulmamızı engelleyerek, içinde bulunduğumuz durumun daha da zorlaşmasına sebep olabilir.

T: “Buna bir örnek vererek daha net anlamaya çalışabiliriz. Ev ödevleri herkes için yorucu olabilir. Ama kişilerin ev ödevlerine yüklediği anlamlar duygularını belirler. Mesela Pınar önemli bir ödevi olduğunda zorlanabileceğini ancak bunun normal olduğunu ve ödevini zamanında bitirebileceğini bilir. Böylece sakinliğini koruyabilir ve ödevini tamamlamak üzere çalışır. Ancak Ali’nin ev ödevi hakkındaki düşüncesi bu değildir. Ali ev ödevinin kendisini çok zorlayacağını ve asla zamanında bitiremeyeceğini düşünür. Bunun sonucunda kaygı ve öfke gibi duygular açığa çıkar. Ve Ali ev ödevini tamamlayamaz.”

ÖYLE OLURSA NE OLUR?

Amaç

Bu seansta çocuk problemin ne olduğunu, nasıl gelişebildiğini anlar ve sadece kurgusal sosyal durumlar ile baş etmek için alternatif yollar düşünmeyi değil, her bir alternatifin ne gibi sonuçlara yol açacağını öngörebilmeyi de öğrenir. Bu durumların çoğu hemen çözülebilen problemleri kapsamayabilir. Seans çocuğun dürtülerini kontrol etmesi gereken durumlar ile baş etmeyi, sosyal durumlarda davranışlarını modifiye etmeyi, davranışlarının sonuçlarını öngörebilmeyi ve sosyal durumlardaki kişilerarası etkileşimlere ölçütlü ve kendini denetleyebilen bir üslup ile yaklaşmayı öğrenmesine yardım edecektir.

Seans sırasında verilen örneklerle yapılan çalışmalara ek olarak canlandırılan bir sosyal problem içinde en iyi çözüm yolunu bulmaya çalışır. Canlandırma uygulamalı olarak yapılmalı ki çocuk o gerçek sosyal durumda olsaydı ne yapardı tepkisini gösterebilsin. Canlandırmadaki amaç problem çözme

adımlarını giderek daha fazla şekilde gerçekçi kişilerarası problem durumlarına uygulamaktır.

Seans sonunda çocuğa, sonraki seansta, öğrendiklerini aktarabileceği bir reklam oluşturması gerekeceği söylenir. Amaç kendi fikirlerini oluşturması ve kendine özgü şekilde öğrendiklerini ifade ederek pekiştirmesidir.

Görev Tanımı

Bu seansta uygulanacak olan görevler çocuğun gelişimsel ve bilişsel seviyesine uygun olmalıdır. Terapist durumları ve tartışmaları buna göre düzenleyebilir. Seanslardaki egzersizler, çocuğun baş edebilme sürecini iyi yönetmesi ve nihayetinde problemleri çözebilmesi için ihtiyaç duyacağı “Dur ve Düşün” yaklaşımını uygulayabileceği kurgusal sosyal senaryoları içermektedir.

“Durum kartları” üzerinde yazılı olarak sunulan kurgusal problem senaryoları ve terapist tarafından oluşturulan ve boş bir durum kâğıdına yazılan gerçek problem durumları da çocuğun bilişsel seviyesine uygun seçilir ve hazırlanır. Terapist tarafından veya çocuk ile birlikte oluşturulan problem senaryolarının rol canlandırmaya uygun olmasına da dikkat edilmelidir. “Kolaylıkla canlandırılabilir” rol canlandırma örnekleri; beklemek, eşit güçte takımlar seçmek veya okula yürürken karşılaşılan problemleri kapsayabilir.

Seans sonunda çocuktan oluşturması gereken reklam filmi fikrini yorumlaması ve reklamı için özgürce önerilerde bulunması, nasıl bir reklam oluşturabileceğini hayal etmesi istenir. Nelere ihtiyaç duyacağı hakkında ön hazırlık yapılır. Sorumluluk çocukta olacaktır, fakat terapist çocuğun fikirlerini mevcut kaynakların el verdiği imkanlara göre yönlendirmesini sağlar.

Prosedürlerin Uygulanması

Seansın alıştırmalarına geçmeden önce Yıldızlı Bilgi aktarılmalıdır.

Seans boyunca günlük hayatında karşısına çıkabilecek türden problemleri çözmeği hedefleyeceğimiz için seansa problemin tanımı yapılarak başlanır.

Problemin ne olduğunu tanımlarken çocuğun yaşı göz önüne alınır ve örneklerde verilebilir. Arından problemlerin meydana gelmesine katkı sağlayan sebeplerden bahsedilir ve problem çözme adımları çocuğa hatırlatılır.

T: “Problem çözmek istediğimiz, bize zorluk çıkaran durumdur. Örneğin iş arkadaşım ile yaşadığım tartışma bir problemdir. Sende bana bir örnek verebilir misin?”

T: “Peki problemin ne olduğunu anladık sanırım. Birçok sebepten dolayı hayatımızda problemler olabilir. Hepsini kontrol etmemiz de mümkün değildir. Ama problem oluşumuna katkı sağlayan ve bizim değiştirebileceğimiz üç neden sayabiliriz. Bunlar; sonunu düşünmeden hareket etmek, duygularımızın kararlarımızda çok rol alması ve çözüm ararken alternatif fikirler oluşturamamaktır.”

T: “Az sonra problem çözme adımlarını bir sürü farklı durumda kullanmayı öğreneceğiz. Önce adımlarımızı hatırlayalım. Bir yapmamız gereken problemi tanımlamaktır. Ardından problemi çözebilmek adına birkaç fikir düşünmeliyiz. Fikirlerden her birini ayrı ayrı değerlendirmeli, bize ve başkalarına nasıl hissettireceğini düşünmemiz gerek. Şimdi aklımıza gelen fikirler arasından en uygun gördüğümüzü seçip uygulayabiliriz. İyi iş çıkardığımızda kendimizi tebrik etmeyi unutmamalıyız.

Bu seansların odak noktası bir davranışın olası sonucunu düşünmek üzerinedir. Sonuçlar çocuğun ve başkalarının mevcut durumlara davranışsal ve duygusal tepkilerini içerecektir.

Durumlar üzerine konuşulur ve alternatif tepkiler geliştirilir. Sonra, olası her çözüm için her bir kişinin nasıl hissedebileceği ve nasıl tepki vereceği üzerine birlikte düşünülür. Her senaryoda sosyal olarak “en uygun” çözümü buldurmaya çalışmaya gerek yoktur. Biliyoruz ki normalde çocukların sosyal olarak uygunsuz görünen çözümler önermesi gayet olasıdır. Problem-çözme sürecinin amaçlarından biri de çocukların bu istenmeyen/uygun olmayan çözüm yolları üzerinde düşünmeleri ve o yolun davranışsal ve duygusal sonuçlarının tercih edecekleri sonuçlar sunmadığını fark etmeleridir. Dolayısıyla, çocuk farklı alternatif çözümlerin farklı sonuçları olduğunu görmelidir. Terapist çocuktan sadece “uygun” cevapları beklemesiz fakat çocuğun sunduğu çözüm yolunun beklenenden farklı bir öneri olduğunu da çocuk ile konuşmalıdır. Aşağıdaki örneğe bakın;

T: “Yani, eğer kardeşin senin eldivenlerini alırsa ona vurursun, öyle mi?”

Ç: “Evet.”

T: “Tamam, bunun üzerine düşündün, dolayısıyla o durumda nasıl hissedeceğini... ve sonuçta ne olabileceğini biliyorsun sanırım.”

Ç: “Evet.”

T: “Ben bunu seçmezdim. Başka bir çözüm yolu denerdim. Durumu daha da kötüleştirme riskini göze almazdım. Problemi etraflica düşünmen hoşuma gitti ama ben farklı bir çözüm denerdim.”

Kişilerarası problemler düşündürüldüğünde her bir alternatifin duygusal ve davranışsal sonuçlarını düşünmek önemlidir: “Verilen bir tepki başkalarını nasıl hissettirir? Seni nasıl hissettirir? Başkalarının ne yapmasına neden olur? Bu sonuçları düşünmek en iyi cevabı almak için gerekli bilgiyi sağlayacaktır. Uygun bir cevap seçildikten sonra çocuk kendini durumu detaylıca düşündüğü için tebrik edebilir.

Örneğin, terapist aşağıdaki modeli sunabilir;

T: “İlk olarak hatırlamam gereken şey; problemimin ne olduğunu bulmalıyım. (Karttan okuyarak) “Çimleri biçeceğine söz verdin, en azından bir saat sürecek bir iş. Ya tam işe koyulacakken arkadaşların gelir de birkaç saatliğine parka gitmeyi teklif ederse?” Tamam, şimdi bu problemi çözmek için farklı yollar düşünmem gerekiyor. Tamam, bu biraz zor, bir dakika düşünmem gerekiyor, arkadaşımın parka gidebilirim veya sadece “Hayır asla gelemem” diyebilirim. Bir düşüneyim. En az üç farklı şey düşünmem gerekiyor. Önce işimi bitirip sonra onlara katılabileceğimi söyleyebilirim. Belki beni bekleyebilirler. Eğer arkadaşlarımla gidersem, mutlu olacağım ve onlar da mutlu olacaklar ama çimler biçilmemiş olacak ve anneme bunu yapacağım konusunda söz vermiştim. Eğer parka gitmezsem birazcık mutsuz olabilirim ama eğer çimleri biçtikten sonra gidersem hem kendimi çok kötü hissetmem ve annem de bana kızmaz. Bu son ihtimali sevdim. Sanırım problemi böyle çözerek gayet iyi bir iş çıkardım.

Seanslar ilerledikçe çocuğun kişilerarası problemleri çözmeye çalışırken problem çözme adımlarını kullanmaya itiraz etmesi mümkündür (Örneğin; “bugün bu adımları kullanmak zorunda mıyız? Bu problemleri çözmek için basamakları nasıl kullanacağımı bilmiyorum. Bu durumu da basamakları kullanmadan yapacağım” ...gibi). Bu ikilem şu iki yola başvurulabilir: (1) Terapinin önceki seanslarında problem çözme adımlarını uygularken sık sık “bu basamakların ileride başka insanlarla yaşayacağımız problemleri veya buna benzer birçok karmaşık sorunu çözmek için de kullanacağız” diyerek hazır tutmak; (2) seansta problem çözme adımlarını YG (Yapabileceğini Göster) çalışması olarak (yani ev çalışması) vermek ve sonraki seansta bunu konuşarak çocuğun adımları kullanmasını sürekli hale getirmek.

Bazen çocuk mevcut problem için ‘en iyi’ çözüm yolunu sunar. Bu durumda terapist çocuğun verdiği cevabı tasdik ve takdir eder fakat yine de en iyi olmasalar da diğer alternatif çözümler üzerine de zihin yormaya çocuğu teşvik eder. Terapist, eğer doğru bir şekilde değerlendirilirse diğer çözümlere bakmanın bir zararının olmayacağını söyler. Hatta, çoğu zaman uygunsuz gibi görünen çözümlerin sonradan, yani durup üzerinde düşünerek biraz değiştirdiğimizde “iyi” bir çözüm yolu haline gelebileceği anlatılır.

Psikoeğitim içerikli aktiviteler yerine kişilerarası problem durumlarıyla çalıştığımız seanslarda tepki-maliyet kullanımında bazı değişiklikler yapılması

gerekir. Tedavinin bu aşamasında hala çocuğun ya çok hızlı gittiği için ya da her adımı kullanmadığı için puan kaybetmesi mümkün ise de, puan kaybetmenin son yolu olan ‘yanlış cevabı seçmek’ cezasını kişilerarası problemlere uygulamamak daha doğru olacaktır. Nihayetinde, eğitimin odağı çocuklara nasıl düşüneceklerini göstermektir, ne düşüncelerini göstermek değil. Diğer bir deyişle, diğer tüm alternatifleri ve tercihinin duygusal, davranışsal sonuçlarını etraflıca düşündükten sonra Can’ın kalemını çaldığı için Bilal’e vurmayı tercih etmesi onun kendi seçimidir. Bu durum ideal olan çözüm olmasa dahi.

Seans içinde canlandırmaya geçtiğimizde her durum/senaryo olası senaryolar arasından gelişigüzel bir şekilde seçilmelidir. Böylece seansa biraz “sürpriz” veya “eğlence” katmış oluruz.

Aşağıda rol-canlandırmada kullanılabilmesi için bazı olası kurgusal durum önerilerini sunmaktadı.

1. Sınıfta öğretmenin verdiği ödev üzerinde çalışıyorsun ve bir arkadaşın seninle konuşmaya başlıyor
2. Televizyon izliyorsun ve kardeşin kanalı değiştiriyor.
3. Pantolonun yırtıldı ve biri senle dalga geçiyor.
4. Dama oynuyorsun ve karşıdaki kişi hile yapmaya çalışıyor.
5. Çalışmanı bitirmekte zorlanırken yanındaki arkadaşının çoktan bitirdiğini fark ediyorsun.
6. Arkadaşına bir şey için söz verdin ama sonradan sözünü yerine getiremeyeceğini fark ettin.
7. Sınıfta yanlış cevap verdin ve arkandaki kişi gülmeye başladı.

Canlandırma yapılacağı aşağıdaki şekilde tanıtılabilir.

T: “şimdi az önce çalıştıklarımıza benzeyen bazı çalışmalar yapacağız ama farklı olarak o durumları birlikte canlandıracağız. Yine adımları kullanarak ilerleyeceğiz; bazen onları sesli bir şekilde söyleyeceğiz, bazen fısıltılı şekilde söyleyerek bazen de sadece sessizce zihnimizden düşünerek yapacağız. Adımları uygularken kendimize söylediğimiz adımı yapmayı unutmayacağız. Az önce her durum için farklı çözümler bulduk, şimdi de durumları düşünerek yapacağız, alternatif çözüm yolları oluşturacağız ve seçeceğimiz her bir yolun sonuçlarını düşüneceğiz. Sonra her birini canlandırıp en iyi olduğunu düşündüğümüz bir tanesini seçeceğiz. Her bir durum için, sen senaryodaki bir karaktermiş gibi davranacaksın ve ben de diğer kişiymişim gibi davranacağım. Eğer çok hızlı ilerlersen veya bir adımı unutursan puan kaybedebilirsin.”

Bu alıştırmanın diğerlerinden tek farkı adımların söylenmesinden ziyade canlandırılmasıdır. Çocuğun her canlandırmada oynayacağı rolün detaylarını

belirlemede aktif bir rol olmasına özen gösterin. Böylece, çocuğun terapide uyguladığı rol gerçek hayattaki tepkilerine daha fazla benzeyecektir. Klasik BDT'nin burada yapılan şeye benzeyen tekniği eğitim videolarıdır.

Bazen, çocuğun terapi seansında sosyal olarak en uygun cevapları verdiğini fakat muhtemelen gerçek hayatta bunları uygulamayacağını fark edersiniz. Bu durumda çocuk ile gerçek hayatta tepkilerinin nasıl farklı olabileceğini, düşünmeden fevri bir şekilde hareket edebileceğini söylemek ve bazen "itibarı kurtarma" isteğinin "beladan uzak durmak" opsiyonuna göre daha çekici gelebileceğini anlatmak faydalı olabilir ve çocuğun farkındalığını artırabilir.

Bu alıştırmalar çocuğun okulda veya evde başka kişilerle yaşayabileceği gerçek durumlarda problem çözme adımlarını uygulamasını içerir. Terapist model olarak, çocuğun iç-sesini kullanarak problem çözme adımlarını "gerçek" olaylara genelleştirmesine yardım eder. Eğer çocuğun problemleri okulla ilgiliyse, okuldaki problemler vurgulanabilir. Eğer çocuğun problemleri diğer yaşam alanlarını ilgilendiriyorsa o zaman diğer problemlere daha çok vurgu yapılır. Öyle ki görevler, çocukla ilgili hedef davranışlarına ve durumlarına göre düzenlenebilir. Bu gerçek yaşam durumları/senaryoları, tedavi sürecinde doğrudan çocuğa sorularak veya ebeveynlerinden ve öğretmenlerinden alınan bilgiler ışığında elde edilir. Çocuğun anne-babasından veya öğretmenlerinin şahit oldukları zorlukları yazılı bir şekilde liste halinde iletmelerini de isteyebilirsiniz.

Terapist kendi yaşamış olduğu bir gerçek durum üzerinden giderek kendine yönerge vermeyi modelleyerek seansa başlayabilir. Terapist kendi sorunu için alternatif çözüm yollarını paylaşır ve her bir çözümün olası sonuçlarını detaylı olarak değerlendirir. İdeal anlamda, terapist en aktif şekilde rol-canlandırma ile problemi çözmeyi modeller.

T: "İşte durum şu; "Sınıfa girerken sınıf arkadaşım Ayşe'nin (gerçek ismini söyleyin) yerde duran defterinin üzerine kazara düştün. Sevmediğin bir çocuk olan Demir (gerçek ismi her ne ise) sana beceriksiz ve aptal olduğunu söyledi. Düştüğün için çok utandın ve sana beceriksiz, aptal dediği için Demir'e de çok kızdın." Şimdi ben Demir olacağım sen de kendin olacaksın. Durumu elimizden geldiğince gerçekmiş gibi yapacağız. Şimdi sınıfa giriyormuş ve defterin üzerine düşüyormuş gibi yap, ama dikkatli ol, kendine zarar verme. Problemleri en iyi şekilde çözmek için problem-çözme adımlarını kullanmaya çalış. Bu senin ilk denemen, çok iyi olmak zorunda değil ama elinden geleni yap."

Ç: "Bunu yapmak için basamakları kullanabileceğimden emin değilim."

T: "Tamam bir deneyip görelim. Sanırım düşündüğünden daha kolay olacak. Hazır mısın?"

Ç: "Evet." (Çocuk odaya girip yere düşüyormuş gibi yapar.)

T: “Hey, şuna bakın. Neredeyse düşüyordu. Ne kadar da beceriksiz. Sürekli bir şeylere takılıyorsun. Ne kadar da aptalsın.”

Ç: “Şimdi ne yapacağım? İlk adımım ne? Ne yapacağımı bildiğimden emin olmalıyım.”

T: Veya “Bir şey yapmadan önce bu problemi durup bir düşünmem gerekiyor.”

Ç: “Sonra, tüm olasılıkları değerlendirmeliyim.”

T: “Olasılıklar neler?”

Ç: “Ona bir tane yumruk atabilirim. (Çocuk güler)”

T: “Tamam, sonra ne olabilir?”

Ç: “Ona vurduğum için başım belaya girer. O da bana vurabilir.”

T: “Başka ne yapabilirsin?”

Ç: “Öğretmene söyleyebilirim.”

T: “Bu problemi çözmenin bir başka yolu. Eğer öğretmene söylersen ne olabilir?”

Ç: “Diğer çocuklar bana ispiyoncu derler.”

T: “Eğer öğretmenine söylersen sana aptal diyen arkadaşına ne olur?”

Ç: “Başı belaya girebilir ama bana geri gelir. Ve diğer çocuklar bana ispiyoncu derler.”

T: “Demek ki bu çözümler senin için en iyi olanlar değil.”

Ç: “Sanırım ona vururdum.”

T: “İleriye dönük düşün bakalım, eğer Demir’e vurmazsan ve öğretmene söylemezsen ne olur? Demir’i görmezden gelsen ne olur?”

Ç: “Hala çok kızgın olurdum.”

T: “Kendine şöyle diyebilirsin, ‘Sırf biri bana beceriksiz ve aptal dedi diye öyle olmuyorum. Beden dersinde ve futbolda gayet iyiyim. Ayrıca Ayşe’ye defterini daha uygun bir yere koymasını söyleyebilirsin. Kavgaya bulaşmamak iyi bir fikir.”

Zamanla, terapistin adımları düzenlemedeki öncü rolü ve çocuk için alternatifler oluşturmaları azalır. Bazı durumlar içinden düşünerek, sessizce çözülür ama terapinin ve seansın çoğunda yukarıdakine benzer terapist-çocuk etkileşimini içeren diyaloglar olur ve böylelikle problem çözme adımları konuşmaların doğal bir parçası haline gelir.

Seans sonunda çocuğun uzman olması için gerek reklam hakkında konuşulur. Belli bir plana karar vermeden önce, terapist ve çocuk birçok fikir ortaya koyarlar. Örneğin rap şarkısı, poster, araç etiketi, tv reklamı, gülünç bir şarkı ve

şiiir ihtimal olarak düşünöülebilecek alternatiflerdendir. Bu opsiyonlar, her bir opsiyonun duygusal ve davranışsal sonuçlarının ne olacağı, diğerlerinin nasıl tepki vereceğı ve elde ne gibi imkan ve materyallerin bulunduğına göre ayrı ayrı değeriendirilir. Özetle, terapist ve çocuk ortaklaşa çalışmalı, bütöünlöüklöü düşünmek için adımları kullanmalı ve reklam filmi için bir fikir belirlemelidir.

BAŞARDIN UZMAN SENSİN

Amaç

Terapist bu seansı mümkün olduğunca çocuğa özel hale getirmek için çaba sarf etmelidir. Belirlenmiş olan alanlarda rol canlandırma ile pratik yapılarak çocuğun uzman olmasına ve bugüne kadar kazandığı becerileri göstermesine izin verilir. “Dur ve Düşün” durumunu uygulayabileceği reklamı için birlikte çalışılır. Bu seansı çocuk kontrol eder.

Görev Tanımı

Zorlanmaya devam ettiği alanların rol canlandırma ile pratiği yapılır. Sonrasında diğer çocuklara nasıl bir problem çözücü olunacağını göstermesi için reklam hazırlanır. Bu aşamada görevin tam içeriği fikirlere ve terapist-çocuk işbirliğinden doğan planlara göre şekillenebilir.

Prosedürlerin Uygulanması

Programın bu aşamasında yeni veya farklı stratejiler yoktur. Genel olarak, terapist çocuğun yaşına, gelişimsel düzeyine, özel ihtiyaçlarına, okul çevresinde ve/ya aile durumuna bağlı olarak düşünme becerilerini değişime açık bir şekilde kullanır.

Problem-çözme adımlarını bazı durumlara bire-bir uygulamak kolay olmayabilir. Terapistin problem çözme adımlarını değişik olaylara uygularken olabildiğince esnek bir rol model olması çok önemlidir.

Terapist ve çocuk, önceki seansta planladıkları reklam fikrini oluşturmak için birlikte çalışır.

Sonucu ebeveyn ile paylaşılır ve çocuğun hazırlamış olduğu reklamı diğer kişilerle de paylaşması için teşvik edilir.

Makul beklentiler oluşturabilmek için çocuk ve anne-babalar çocuğun ilerleme kat ettiği ile ilgili bilgilendirilmelidir ama programın tamamlanmasının bütün sorunların ortadan kalktığı anlamına gelmeyeceği de vurgulanmalıdır. Dahası, problemler devam edecektir ama şimdi çocuğun elinde problemleri çözebileceği yollar vardır. Yaşanabilecek küçük sorunlar, her şeyin kaybedildiği anlamına gelmez ve bazı gerilemeler olsa da bu tamamıyla bir çöküş değildir. Çocuk problemlerin süreceğini ama sonsuza kadar gitmeyeceğini ve şimdi baş etmek için daha farklı bir noktada durduğunu unutmamalıdır.

Son seanstan sonra çocuk kalan puanlarını harcayabilir. Çocuğa ayrıca ‘Başarı Sertifikası’ verilecektir. Çocuğa yeni ve önemli beceriler kazandığı mesajı verilir fakat bu kazanımların gerçek karşılığını almasının biraz daha zaman alabileceği anlatılır. Bu sertifika onun ortaya koyduğu çaba ve başarının karşılığı olarak verilmiştir.

Seans çocuğun ihtiyaçlarına göre daha uzatılabilir. Bireysel durumlarda ihtiyaç duyulduğu gibi canlandırma çalışmalarının uzatılması çalışmanın ana fikrini anlayan fakat bunu sosyal durumlarda henüz yeterince uygulamamış olan çocuklar için rol-canlandırma seanslarının uzatılması özellikle gerekli ve faydalı olabilir.

ÖZET: ÖNEMLİ NOTLAR

Aşağıda belirtilen liste bir seans içerisinde ve terapi sürecinde takip edilmesi gereken süreç ve aktiviteler ile ilgili bir hatırlatmadır. Her seansta terapistin yapması gerekenleri gösteren bir 'yapılacak işler' listesidir.

Terapi Kontrol Listesi

1. Her bir seansa çocuğun YG çalışmasının üzerinden geçerek başlayın. Başlangıçta problem çözme adımlarını sıklıkla gözden geçirin.
2. Seans süresince ve tedavi boyunca, açık olandan (sesli şekilde söyleyip yapmak) gizli olana (tamamen içinden sessizce yapmak) yavaşça geçiş yapın.
3. Tepki-maliyeti analizini aşağıdaki durumlarda kullanın;
a) Herhangi bir problem çözme adımını unutursa,
b) Yanlış çözerse/yanlış cevap verirse,
c) Çok hızlı giderse.
4. Her bir tepki maliyetini etiketleyin. En başta açık olun ama sonraki seanslarda kavramsal etiketlemeleri vurgulayın ("Hata yaptığım için puan kaybettim")
5. Her seansın sonunda kendi performansını puanlama formunu kullanın/öğretin ve doğru bir öz değerlendirmeye ekstra puan verin.
6. Her bir seansa çocuğun YG çalışmasının üzerinden geçerek aktif bir baş-etme modeli olun ve çalışmaların çoğunda çocukla birlikte rolleri/sorumlulukları değiştirin. Her tepki-maliyet uygulamasından (çocuk puan kaybettiğinde) sonra olumlu bir baş-etme ifadesi ile problemin çözümünü model olarak çocuğa gösterin.
7. Öz yönergelenendirme (problem-çözme adımlarını uygularken kendi kendine komut verme) adımlarının mekanik kullanımına müdahale edin. Çocuğu kendi cümlelerini kullanmasına ve adımları uygularken sesli olarak söyleme alışkanlığı kazanmaya teşvik edin.
8. Destekleyici ve yardımcı olun; çocuğun öneriler sunmasına ve sürece aktif olarak dahil olmasına izin verin.

Çocukla Yapılan Çalışmaların Değişimli Olarak Yapılması

Etkili bir başa çıkma modeli olmak için, terapist her bir terapi seansında yapılan çalışmaları değişimli olarak yapmalıdır. Bu ortaklaşa çalışma ilişkisinin sürmesi için önemlidir. Çocuk becerilerde geliştikçe seans için gerekli olan görevin çoğunluğunu kendisi yapacak seviyeye gelir. Çocuk bir puan

kaybettiğinde sonraki görevi ona uygulamalı olarak siz gösterin, uygun olan yerlerde baş-etme ifadelerini dahil ettiğinizden emin olun.

Açık Konuşmadan Örtülü Konuşmaya Geçiş

Terapi prosedürlerine başlarken problem çözme basamaklarını kendinize sesli bir şekilde söyleyerek yapın. Sıkça yapılacak tekrarlar ve bazı kelimelerin biraz değiştirilerek söylenmesi çocuğun problem çözme adımlarını içselleştirmesi için gereklidir. Yavaş yavaş öz yönergeler modellemenizi fısıltı şeklinde konuşarak yapmaya çevirin ve sonra da örtülü (sessizce içinizden) konuşmaya geçin. Öz yönergeleri sessizce modellediğinizde dikkatlice düşündüğünüzü göstermek için mimik ve yüz ifadelerinize odaklanın.

Tepki Maliyetinin Somut Etiketlemeden Kavramsal Etiketlemesine Geçiş

Çocuk terapi seanslarının başında puan kaybederse, neden kaybettiğini açıkça belirtin. Sonraki seanslarda açıklamanızı daha kavramsal veya genel olarak yapın. Terapinin seans tanımlamalarında verilen bazı örnekleri tekrar okuyup somut veya tepki maliyetinin kavramsal isimlendirmesi arasındaki farkı görün.

Seansın Başlaması ve Bitirilmesi

Her seansın başında YG çalışmasının (ev çalışması/görevi) üzerinden geçin ve çocuğun basamakları anladığını görmek için basamakları ezberden okumasını isteyin. Tamı tamına orada olan kelimelerle söylemesi önemli değildir ve kendi ifadeleriyle söyleyebilir. Her bir seansın sonunda çocuğun performansını puanlamasını (öz-değerlendirme) söyleyin ve puanlamayı terapistinize uygun şekilde yapmışsa bonus puanlarını verin. Banka formunu mutlaka dikkatli bir şekilde birlikte doldurun. Sonraki seans için gerekli olan YG çalışmasının üzerinden geçin. Çocuğun bu çalışmayı hatırlaması için gerekirse hatırlatma kağıdı veya bunun gibi bir şey kullanın.

Genel Olarak

Siz de terapist olarak kağıtları karıştırırken sesli bir şekilde düşünün, yönergelere bakın veya işinizle ilgili herhangi bir aktiviteyi uygulayın. Bu sayede, çocuk terapi dışında öz yönergeler örneklerine şahit olur. Terapi sonunda çocuğun bankada kaç puanı kaldığını görmesi, kaç puan harcadığını hesaplaması için temel matematik işlemlerini yaptırın. Basamakları kullanırken sesli düşünmesi için onu cesaretlendirin. “Burada çok fazla çalışma olmasına rağmen hepsini yapmak zorunda değiliz ve aslında kaç tanesini yaptığımızın bir önemi yok. Amaç yavaş gitmek ve dikkatli olmak ayrıca iyi bir iş ortaya koymak” şeklinde açıklama yapmayı unutmayın. Esas olan şey çocuğun terapiye aktif

olarak dahil olmasıdır: çocuğun rol-canlandırma senaryoları veya uygulamalarına aktif katılımını teşvik etme için katkılarını ödüllendirin. Aktif, canlı ve hareketli bir terapist olmak terapi süresi boyunca çocuğun dahil olmasını kolaylaştırır.

Ek-10: Benzerlik Raporu

P.C.KENDALL'IN DÜRTÜ SORUNU VE DEHB İÇİN YAPILANDIRILMIŞ OTURUMLARININ REVİZE FORMU, DEHB'Lİ ÇOCUKLARIN AİLELERİNE YÖNELİK EĞİTİM PROGRAMI VE BUNLARIN KOMBİNASYONU: DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

ORIGINALITY REPORT

10%

SIMILARITY INDEX

PRIMARY SOURCES

1	acikbilim.yok.gov.tr Internet	717 words — 3%
2	www.motto.tc Internet	186 words — 1%
3	acikerisim.uludag.edu.tr Internet	173 words — 1%
4	dspace.ankara.edu.tr Internet	154 words — 1%
5	"3rd International Congress on ADHD From Childhood to Adult Disease", ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2011 Crossref	120 words — < 1%
6	cms.galenos.com.tr Internet	84 words — < 1%
7	toad.halileksi.net Internet	77 words — < 1%
8	Ergünay, Volkan. "Kolon Poliplerinin Demografik, Klinik ve Histopatolojik Özelliklerinin Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2023 ProQuest	76 words — < 1%

9	docplayer.biz.tr Internet	74 words — < 1%
10	dergipark.org.tr Internet	73 words — < 1%
11	www.researchgate.net Internet	51 words — < 1%
12	Azaklı, Tuğba Kontaş. "Gezici Mevsimlik Tarım İşçilerinin 36-72 Aylık Çocuklarına Yönelik Geliştirilen Aile Eğitim Programının ve Okul Öncesi Eğitim Etkinliklerinin Etkilerinin İncelenmesi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2022 ProQuest	34 words — < 1%
13	doaj.org Internet	33 words — < 1%
14	9lib.net Internet	24 words — < 1%
15	acikerisim.gelisim.edu.tr Internet	24 words — < 1%
16	abis-files.istanbul.edu.tr Internet	22 words — < 1%
17	divanpsikoloji.com Internet	22 words — < 1%
18	acikerisim.pau.edu.tr:8080 Internet	21 words — < 1%
19	Ceylan, Harun. "İsveç Refah Devletinde Bakım Hizmeti Alan Yaşlıların Yaşam Algıları: Stockholm Örneği", Sakarya Üniversitesi (Turkey), 2022	20 words — < 1%

- 20 iupress.istanbul.edu.tr 20 words — < 1%
Internet
- 21 Kanbur, Ayşe. "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Tedavi Öncesi ve Sonrası Duygusal Uyarılma Profilleri İle Otistik Belirti Özelliklerinin Değerlendirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2022 19 words — < 1%
ProQuest
- 22 acikerisim.nku.edu.tr 18 words — < 1%
Internet
- 23 Gur, Neslisah. "İlköğretim İkinci Kademe öğrencilerinde Akran zorbalığı Ve eşlik Eden Duygusal Davranışsal Sorunlar; Bursa İli örnekleme", Bursa Uludag University (Turkey), 2021 16 words — < 1%
ProQuest
- 24 Mehmet Zengin, Hüsnîye Esra Paşaoğlu. "The retrospective analysis of periampullary region tumors", Ortadoğu Tıp Dergisi, 2020 16 words — < 1%
Crossref
- 25 Aslan, Zeynep. "İlköğretim çağındaki kızlarda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Klinikte Başvuran Bir Grupta Sosyodemografik, Eş Tanı ve Psikososyal özelliklerin Değerlendirilmesi", Marmara Üniversitesi (Turkey), 2021 15 words — < 1%
ProQuest
- 26 www.scivisionpub.com 15 words — < 1%
Internet
- 27 f.pl.wikimiki.org 14 words — < 1%
Internet

28	journals.ekb.eg Internet	14 words — < 1%
29	readgur.com Internet	14 words — < 1%
30	studylibtr.com Internet	14 words — < 1%
31	ungor, Aslihan. "Finansal okuryazarlık ve küçük ve Orta ölçekli işletmelerin Firma Performansı arasındaki ilişki: Bursa üzerine alan Araştırması", Bursa Uludağ University (Turkey), 2021 ProQuest	14 words — < 1%
32	openaccess.ogu.edu.tr:8080 Internet	12 words — < 1%
33	worldwidescience.org Internet	12 words — < 1%
34	www.omicsdi.org Internet	12 words — < 1%
35	hastanerede.com Internet	11 words — < 1%
36	journaltest.iuims.ac.ir Internet	11 words — < 1%
37	www.jstage.jst.go.jp Internet	11 words — < 1%
38	Demirhan, Tugba Durak. "Bilisel Tempo Eğitimi Programının 5-6 Yaş Çocuklarının Bilisel	10 words — < 1%

Tempolari Ve Davranis Sorunlarina Etkisinin Incelenmesi.",
Marmara Universitesi (Turkey), 2021

ProQuest

39	doczz.biz.tr Internet	10 words — < 1%
40	openaccess.hacettepe.edu.tr Internet	10 words — < 1%
41	www.didaktorika.gr Internet	10 words — < 1%
42	Yakut, Ugur. "Uludag universitesi Tip Fakultesi cocuk Sagligi Ve Hastaliklari Anabilim Dalina 01.01.2010-31.12.2015 Tarihleri Arasinda Basvuran Ayaktan Takip Edilen Veya Yatirilarak Izlenen Lenfadenopatili Olgularin Degerlendirilmesi", Bursa Uludag University (Turkey), 2022 ProQuest	9 words — < 1%
43	pdffox.com Internet	9 words — < 1%
44	www.healthpro.or.kr Internet	9 words — < 1%
45	Bilgehan, Tugba. "Lisede ogrenim Goren Adolesanlarin Internet Kullaniminin ve Psikososyal Uyum Duzeylerinin Degerlendirilmesi", Necmettin Erbakan University (Turkey) ProQuest	8 words — < 1%
46	Mahmud, Amir. "Rekonstruksi Kebijakan Kriminal Bagi Personil Polri Pengguna Narkoba Berbasis Nilai Keadilan (Studi Pada Polda Sumatera Utara)", Universitas Islam Sultan Agung (Indonesia), 2023 ProQuest	8 words — < 1%

47	bibliotecatede.uninove.br Internet	8 words — < 1%
48	dspace.ucuenca.edu.ec Internet	8 words — < 1%
49	earsiv.anadolu.edu.tr Internet	8 words — < 1%
50	earsiv.arel.edu.tr Internet	8 words — < 1%
51	Cin, Merve Gorgulu. "Evlilik Doyumunun Gelin-Kayınvalide İlişkileri Açısından İncelenmesi", Dokuz Eylül Üniversitesi (Turkey), 2023 ProQuest	7 words — < 1%
52	ERCAN, Eyüp Sabri, KUTLU, Ayşe, DURAK, Sibel, ARDIÇ, Ülkü, Akyol, DENİZ, Ülkü and AYDIN, Cahide. "Yıkıcı davranış bozukluğu olan çocuklarda tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi : 18 aylık izlem çalışması", Tubitak, 2011. Publications	7 words — < 1%
53	Eyüp Sabri Ercan. "Parental Recall of Pre-School Behavior Related to ADHD and Disruptive Behavior Disorder", Child Psychiatry and Human Development, 06/2005 Crossref	7 words — < 1%
54	Leong. Encyclopedia of Counseling Publications	7 words — < 1%
55	"2nd International Congress on ADHD", ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2009 Crossref	6 words — < 1%
56	Ezgi Karagoz Tanigor, Aylin Ozbek, Gonca Ozyurt, Aynur Pekcanlar Akay. "Comparisons of clinical	6 words — < 1%

subtypes, symptom severity, global functioning, emotional and behavior problems, and CPT test profiles in children and adolescents with ADHD with and without co-occurring internet gaming disorder", Nordic Journal of Psychiatry, 2024

Crossref

57	Guilherme Polanczyk, Maurício Silva de Lima, Bernardo Lessa Horta, Joseph Biederman, Luis Augusto Rohde. "The Worldwide Prevalence of ADHD: A Systematic Review and Metaregression Analysis", American Journal of Psychiatry, 2007	6 words — < 1%
----	--	----------------

Crossref

58	Lee. Encyclopedia of School Psychology	6 words — < 1%
----	--	----------------

Publications

59	doi.org	6 words — < 1%
----	---------	----------------

Internet

60	researchonline.jcu.edu.au	6 words — < 1%
----	---------------------------	----------------

Internet

61	www.akademikbilgisistemi.com	6 words — < 1%
----	------------------------------	----------------

Internet

EXCLUDE QUOTES OFF

EXCLUDE SOURCES OFF

EXCLUDE BIBLIOGRAPHY OFF

EXCLUDE MATCHES OFF