



## Gelişimsel Temas Terapisinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Kullanımının Retrospektif İncelenmesi\*

Fatma AKÇAKOCA<sup>1</sup>

### Özet

Bu araştırma, Gelişimsel Temas Terapisinin (GTT), Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) semptom skorlarına etkisini retrospektif olarak incelemek amacıyla yapılmıştır. Araştırmada, DEHB tanısı almış, 6-8 yaş arası 7 si kız 8 i erkek toplam 15 öğrencinin verisi incelenmiştir. Terapinin etkisini ölçmede Connors ebebeyn ölçeği kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre; çocukların dikkat eksikliği, karşıt gelme, hiperaktivite ve davranım bozukluğu puanlarında anlamlı düşmeler saptanmıştır. Bu düşmelerin terapiden bir yıl sonra yapılan izlem testinde de başlangıca göre anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Bu bulgular gelişimsel temas terapisinin DEHB' li çocuklarda faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Konuşma terapilerinden farklı olarak, dokunmayı terapötik bir araç olarak kullanan GTT, APA tarafından bir terapi yöntemi olarak kabul edilir. Bu terapisinin amacı, çocukların davranışlarında iyi yönde bir değişim sağlamaktır. Bu çalışma sonuçlarından yola çıkılarak, GTT'sinin DEHB'li çocukların ebeveynlerine öğretilmesi; böylece terapisinin evde devamlılığının sağlanması, bu konuyla ilgili çalışma yapmayı düşünen araştırmacılara da ilaç tedavisi ile GTT'ni birlikte uygulamaları ve ilaç tedavisinin GTT'nin verimliliğine olan etkisini bulmaya yönelik araştırma yapmaları önerilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** GTT, DEHB, Dokunma, Oyun

## Retrospective Investigation of the Use of Developmental Touch Therapy on Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

### Abstract

This research aims to retrospectively investigate the effects of Developmental Touch Therapy (DTT) on the symptoms of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD). There were 15 (7 female and 8 male) participants recruited for the study, at the ages of 6 to 8 years. Connors Parent Scale has been used to collect data for the study. The study results reveal that there has been significant decrease in children's scores for attention deficit, oppositional defiance, hyperactivity and conduct disorder. According to the follow-up test scores, administered one year after the completion of study, the scores on all abovementioned dimensions remained significantly lower than the pre-test scores taken prior to any intervention with the children. These results suggest that DTT is effective on children with ADHD. Different from talk therapies and adopted as a therapy

\*Çalışmanın bir bölümü, I. Uluslararası III.Ulusal Bütüncül Psikoterapi Kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

<sup>1</sup>Uzm. Aile Danışmanı, Neva Eğitim ve Danışmanlık Merkezi, akcakocaf@gmail.com

method by APA, DTT uses touch as a therapeutic tool. The purpose of therapy is to create positive change in the child's behavior. According to the results of this study, it is recommended that the parents of the children with ADHD are trained in the methods of DTT in order to retain the positive effects of the therapy in the home environment. It is suggested that the researchers working on medical treatments of ADHD take on the studies to understand the effects of the simultaneous use of DTT and medical treatments on the ADHD symptoms.

**Keywords:**DTT, ADHD, Touch, Play

## Giriş

DEHB, dikkati sürdürmekte güçlük, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile karakterize edilen, kişinin sosyal, toplumsal ve aile yaşamını etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB bozukluğunun belirtileri genellikle okul öncesi dönem-de başlayıp yetişkinlikte de devam etmektedir (Dang et. al., 2007). Tıp literatüründe tüm yönleriyle en iyi araştırılmış bozukluklardan biri olmasına rağmen DEHB, etiyojisi hala net olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Bu sebeple DEHB, nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluk olarak kabul edilir (Gücüyener, 2010). DEHB'nin ortaya çıkma nedeni tam olarak bilinmemektedir. Gelişiminde biyolojik etkenlerin yanında, psikososyal etkenlerin de rol oynadığı düşünülmektedir (Kayaalp, 2008; Turgay, 1997; Perçinel, vd., 2015).

DEHB, günümüzde başta okullar olmak üzere toplum ve sağlık hizmetlerinin en önemli konularının başında gelmektedir (Aysev, 2001). Ayrıca APA'nın yaptığı çalışmaların sonuçlarına göre okul çağı çocuklarında DEHB'nin görülme sıklığı %5 ile %10 arasında değişmektedir (APA, 1994). Ülkemizde MEB'in 1999-2000 yılında yayınladığı istatistiki verilere göre ilköğretim kurumlarında yaklaşık 16 milyon öğrenci bulunmaktadır. Bu çocukların %'5'inde DEHB bulunduğu kabul edilirse, ülkemizde yaklaşık 1 milyon öğrencide bu sorunun görülme olasılığı mevcuttur (Sürücü, 2015).

Toplumda görülme sıklığı yüksek olan DEHB, kişinin yanı sıra ailesinin de yaşamında birçok probleme sebep olan klinik bir tablodur (Turgay, 2009). DEHB, çocukların akademik başarılarını ve sosyal işlevlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyal işlevlerdeki bozulmalar sebebiyle bu çocuklar arkadaşları ve sosyal çevresi tarafından reddedilmekte ve bu durum çocukların özgüvenini olumsuz etkilenmektedir (Hechtman, 2007). DEHB tanısı alan çocukların kendilerine ilişkin olumsuz benlik kavramı geliştirdikleri (Kanay, 2006), düşük akademik başarı gösterdikleri (Kanay, 2006; Pastura v.d., 2009) ve duygusal-davranışsal sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir (Klassen, Miller ve Fine, 2004; Tzang ve Chang, 2009).

Türkiye'deki çocuk psikiyatristlerinin %80.4'ü DEHB'yi ilaçla tedavi etmeyi tercih etmektedir (Semerci, 1999). Davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin birleştirildiği çok yönlü tedavilerde (Multimodal Treatment Study-MTA), olumsuz ana baba tutumlarını azaltmak amaçlanmış ve yapılan çalışmalar sonunda çocuğun okulla ilgili problemlerinde de iyileşme görülmüştür (Hinshaw v.d., 2000).

Bilişsel Davranışçı Terapiler konuşularak yapılır ve terapiden faydalanabilmesi için, kişinin iç görüşünün gelişmiş olması gerekir. Terapotik anlamda içgörü danışanın bilinçlenmesi, kendi düşünce ve davranışlarını yorumlaması, kendi sorunları ile başa çıkabilmesidir (Eisenberg, Delaney, 1998). Yapılan araştırmalarda DEHB'li çocukların konuşma terapilerinden pek faydalanamadıkları görülmüştür. Bilişsel Davranışçı Terapiler daha çok DEHB'li çocukların ebeveynlerini ve öğretmenlerini bilgilendirmek ve çocuğu nasıl yönlendireceklerini öğretmek amacıyla yapılmaktadır.

Gelişimsel temas terapisi; kuramcı Viola Brody'nin uzun yıllar süren araştırma ve tecrübelerinin bir birikimi olarak ortaya çıkmıştır. GTT, konuşularak yapılan diğer terapilerden farklıdır çünkü GTT terapötik araç olarak konuşmayı değil dokunmayı kullanır. GTT' nin *temel varsayımı*; dokunma konusunda yeterli ve güvenilir bir yetişkinden şefkatli dokunmayı deneyimleyen çocukların davranışlarının iyi yönde değişeceği. GTT'ye göre, beden bilinci çocuk gelişiminin temelini oluşturur, ayrıca beden bilinci psikolojik gelişimin başlangıcı ve devamı için gereklidir. Dokunma insan için karmaşık ilişki çeşitlerinin ilkidir. İnsan ne kadar büyürse büyüsün diğer ilişki türlerinin hiç biri dokunmanın yerini alamaz. Dokunma hayat boyunca yaşanan ilk duyguları açığa çıkarır. Dokunma yoluyla gerçekleştirilen bu terapi çocukların ilk duygularına hitap eder (Brody, 1992). Bu araştırmada, GTT'nin DEHB tanısı almış çocuklarda kullanılabilirliğinin retrospektif olarak incelemesi amaçlanmıştır. Bu amaçla, DEHB tanısı almış 6-8 yaş arası 7 kız ve 8 erkek çocuğun verileri retrospektif olarak incelenmiştir.

## Yöntem

### Araştırmanın modeli

Bu araştırma nicel yaklaşım ile tek gruplu ön test-son test deneysel araştırma deseninde tasarlanmıştır. Deneysel desen ile gerçekleştirilen araştırmaların amacı değişkenler arasındaki sebep ve sonuç ilişkisini test etmektir (Cohen, vd., 1997; Fraenkel, vd., 1996). Deneysel araştırmalarda bağımsız bir değişkenin en az bir bağımlı değişken üzerindeki etkisi gözlemlenir (Gay vd., 2000). Deneysel desenler kendi içerisinde çeşitlilik göstermektedir. Bu

araştırmada deneysel desenlerden tek gruplu ön test-son test deneysel desen tercih edilmiştir. Araştırma grubuna bağımsız değişken olan GTT uygulanmış ve uygulama öncesi, sonrası ve terapi bitiminden bir yıl sonra bağımlı değişkenler olan dikkat eksikliği ve hiperaktivite düzeyleri ölçülmüştür. Bu deneysel desende ön test ve son testten elde edilen katılımcıların ortalama puanları arasındaki fark bağımsız değişkenin etkisini ortaya koyar. Tek gruplu ön test-son test deneysel desen diğer deneysel desenlere göre daha zayıf kabul edilmesine rağmen yeni uygulamalara yer verilen araştırmaların doğası ile uyumludur (Creswell, 2012).

### **Araştırma grubunun oluşturulması**

Araştırma grubu retrospektif olarak oluşturulmuştur. Toplam 15 çocuğun GTT öncesi, sonrası ve bir yıl sonraki takiplerindeki Conners ölçeği skorları hesaplanmıştır. Bu çocukların tamamı DEHB tanısı almış ancak ilaç kullanmayan 1. sınıf öğrencileridir. Araştırma grubu oluşturulurken cinsiyet dağılımına özellikle dikkat edilmiştir. Araştırma grubunda 8 erkek 7 kız çocuk bulunmaktadır.

### **Veri toplama yöntemi**

Araştırma verileri Conners Ebeveyn Ölçeği ile elde edilmiştir. Araştırmaya katılan çocukların ebeveynlerine ölçek ön-test, son test ve izleme ölçümü olmak üzere 3 kere uygulanmıştır.

### **Verilerin analiz yöntemi**

Ölçümlerden sonra elde edilen DEHB semptom skorları (öntest-son test ve izlem testi sonuçları) SPSS programında split plot ANOVA (SPANOVA) ve T Testi ile değerlendirilmiştir.

### **Çocuklar için beden güvenliği eğitim programı**

Çocuk cinsel istismarını önlemede çocuğa yönelik geliştirilen Beden Güvenliği Eğitim programı (BGE) çocuk merkezli bir programdır. Beden Güvenliği Eğitim programı (Body Safety Training) 1986 yılında Prof. Dr. Sandy K. Wurtele tarafından geliştirilmiştir. Program 2007 yılında gözden geçirilerek yenilenmiştir. BGE programı Türkiye için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın desteğiyle araştırmacı Dr Gülseren Çıtak Tunç tarafından kapsam geçerliliği çalışmaları gerçekleştirilmiştir. BGE programı çocuklara cinsel istismar ile ilgili bilgi sağlamada ve kendini koruma becerisi kazandırmada çok etkilidir. Beden Güvenliği Eğitim Programı çocuğa istismar durumlarını ve istismarcıyı tanıma; istismarcının taleplerini reddetme; istismar ortamından uzaklaşma; istismarı güvendiği bir yetişkine bildirme yetileri kazandırır.

### **Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu**

DEHB oldukça sık görülen bir hastalıktır öyleki çocuk psikiyatri bölümlerine yapılan başvuruların yarısı DEHB tanısı almaktadır (Aysev, 2001; Öktem, 1995; Gül vd., 2010). Ancak yapılan bilimsel araştırmaların sonuçlarında hastalığın görülme sıklık ve yaygınlığı hakkında görüş birliğine varılamamıştır. Bunun sebebi, araştırmalarda farklı yöntem ve tanı koyma kriterleri kullanılmasıdır (Cohen vd., 1993; Kayaalp, 2008). Dünyada DEHB'nin görülme sıklığı % 5.29' dur (Polanczyk vd., 2008). DEHB'in dünyada yaygınlığı çocukluk çağında % 5-10 ,yetişkin dönemde ise % 4'tür (Faraone vd. 2003; Kessler vd., 2006).

DEHB'nin görülme sıklığı ile ilgili yapılan araştırmalarda ülkeler arasında da farklılıklar bulunmuştur. Örneğin bu oranlar; ABD'de % 9,5-16, Avustralya, Ukrayna, Kolombiya, Almanya, İzlanda, Brezilya İsveç'de % 3,7-19,8 arasındadır (Brown, 2010). Kanada, ABD gibi Kuzey Amerika ülkelerinde görülme sıklığı % 20, Avrupa ülkelerinde ise % 1-2 dir. Ayrıca DEHB'nin çocuklukta görülme sıklığı % 3-6 iken, ergenlikte görülme sıklığı % 3-10 arasındadır (Toros vd., 2002).

Türkiye de yapılan çalışmalarda, hastaneye getirilme sebepleri arasında “aşırı hareketlilik” şikâyeti yedinci ya da on beşinci sıradadır .Bu şikayetlerle getirilen çocuklarda hiperaktivite % 2.78 olarak tespit edilmiştir. (Şenol vd., 1997). APA'nın yaptığı çalışmalarda okul çocuklarında DEHB' nin görülme sıklığının % 5 ile %10 arasında olduğu tespit edilmiştir (APA, 1994). Okul çağı çocuklarında DEHB'nin görülme oranı % 3-5(Koroğlu, 1994),% 3-17 (Merrel vd., 2001), % 3-10 (Bird vd., 1988) olarak tespit edilmiştir.

Türkiye'de Milli Eğitim Bakanlığının 1999-2000 yılında yayınladığı istatistiki bilgilere göre ilköğretim kurumlarında okuyan 16 milyon çocuk vardır. Bu çocukların %'5'inde DEHB bulunduğu kabul edilirse, ülkemizde 1 milyon çocuğun DEHB'li olduğu söylenebilir (Sürücü, 2015).

DEHB okul çocuklarının % 2-12'sinde görülmektedir (Kayaalp, 2008). Türkiyede ve diğer ülkelerde yapılan araştırmalarda DEHB dikkat eksikliği alt tipinin kız çocuklarda erkek çocuklara göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Aktepe, 2011). Kızlarda dürtüsellik ve saldırgan davranışların daha az görülmesi sebebiyle DEHB'nin gözden kaçırıldığı düşünülmektedir (Kayaalp, 2008). DEHB'li erkek ve kız çocuklar ortak DEHB davranışlar gösterirler ancak her 10 erkek çocuğa karşılık 1 kız çocuğu tedavi için hastaneye

götürülmektedir. Oysa kız çocukları da erkek çocuklar kadar ciddi sorunlar yaşamaktadır. Yapılan araştırmalarda DEHB'li kız çocuklarının, okul başarısı, arkadaşlıklarını yürütebilme, duygusal sorunlar, algısal görevler, sosyal tecrit ve davranış sorunları bakımından erkek çocuklardan daha çok sorun yaşadıkları tespit edilmiştir(Brown, 2010).

Kız ve erkeklerdeki belirtilerin ayrılıkları üzerine yapılan 18 çalışma incelendiğinde; DEHB'li kızların DEHB'li erkeklere göre daha belirgin bilişsel gerilikleri olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kızların hiperaktivite derecelerinin düşük olduğu ve daha az oranda davranış bozukluğu gösterdikleri tespit edilmiştir(Brown, 2010). DEHB tanısı alan kız çocuklarında bilişsel sorunlar,erkek çocuklarda ise saldırganlık daha çok görülmektedir (Yazgan, 1998). DEHB okul çağındaki çocuklarda daha sık görülürken, bu sayı ergenlerde daha düşüktür. Ayrıca DEHB şehirde yaşayan çocuklarda kırsal bölgede yaşayan çocuklara kıyasla daha sık görülmektedir (Monitel, vd., 2003).

### **GTT'nin temel prensipleri**

GTT, V. Brody'nin 35 yıl boyunca çocuk ve yetişkinlerle yaptığı çalışmaların bir ürünüdür. Büyük bir sabırla gerçekleştirdiği bu çalışmalar sırasında oluşan içgörüler GTT'nin prensiplerini oluşturdu. GTT seanslarında çocuk ve yetişkin etkileşiminin temelinde altı prensip yatmaktadır.

1. Dokunulduğunu deneyimleyen çocuk kendilik bilincini geliştirir. GTT bağlamında, dokunulma deneyimi, dokunulduğunu hisseden çocuk ve ona dokunan yetişkin arasında bir ilişki oluşmasını sağlar. Dokunulan çocuk kendisini ben, ona dokunan kişiyi diğeri olarak kabul etme yeteneğini kazanır. Diğeriye karşı hisleri gelişir ve ona karşı harekete geçebilir.

Daha genel bir ifadeyle, dokunulduğunu hisseden çocuk kendisine Dokunanı ya kabul eder (Dokunana yanaşır) ya da onu reddeder (Dokunandan uzaklaşır). Kendisine defalarca dokunulduğunu hisseden çocuk ona dokunan kişiye kesinlikle kayıtsız kalmaz, aralarında mutlaka bir bağ oluşur. İlişki kurmak, iki ayrı bireyin (benliğin) etkileşimi anlamına gelir. Dokunmak dokunulan çocukta bir benlik duygusu oluşturmakla kalmaz, aynı zamanda çocuğu ilişkinin geliştirici etkisine açık hale getirir. Çocuk bu ilişki sayesinde büyür.

2. Çocuğun dokunulduğunu hissetmesi için, yetkin bir yetişkinin ona dokunması gerekir. Bir yetişkinin dokunucu olabilmesi için dokunulmanın nasıl bir deneyim olduğunu bilmesi gerekir. Çünkü dokunulma hissini oluşturmak için dokunucunun ne yaptığını bilmesi dolayısıyla çocuğun dokunulduğunu hissetmesi için nasıl bir ilişki kurması gerektiğini bilir.

3. Dokunucu olmak, dokunulmanın nasıl bir duygu olduğunu öğrenmek için buna gerçekten çok istekli olmak gerekir. Dokunulmanın nasıl bir duygu olduğunu öğrenmek için insanın kendine izin vermesi kolay değildir. Dokunulma hissinin öğrenilmesinin zor olmasının nedeni genellikle kişinin çocukken yaşadığı olumsuz deneyimlerin bıraktığı duyguların tekrar gün yüzüne çıkmasıdır. Dokunulduğunu hissetmesi için, çocuğun dokunulmaya kendini açması gerekir. Daha önce bir şekilde istimara uğramış olan çocuklar kendilerine dokunulmasına izin vermezler. Onlar için bir yetişkinle ilişki kurmak yaralayıcı olabilir. İstismara uğramış çocuk kendisine dokunan kişiye yaklaşmak yerine, uzaklaşır ve tepkisiz kalır. Fakat terapist duyarlı olursa ve geri çekilmeden sessiz bir şekilde çocuğun yanında kalırsa, çocuk kendi bedensel benliğini deneyimlemeye başlar. Yavaş yavaş, yetişkinlerin onu görmesine ve sonunda ona dokunulmasına izin verir.

4. Çocuk görüldüğünü ilk defa dokunulduğu zaman hisseder.

Çocuk görüldüğünü ilk defa doğumda hisseder. İnsanlar için, dokunma daha resmi ve karmaşık ilişki türlerinin öncüsüdür. İnsanlar büyüdükçe oluşan diğer ilişki türleri asla dokunmanın yerine geçemez. Dokunma hayat boyunca ilk duyguları ortaya çıkarır ve kişiler arasında etkileşimlerin kalitesini somutlaştırır. Kişiye görüldüğü hissini uyandıran dokunma çeşitli fiziksel temaslar kullanılarak terapi süresince devam eder. Terapist çocukla olan ilişkisinin her safhasında çocuğa uygun temas türlerini seçer. GTT’inde, çocuk için en uygun dokunma çocuğa kendinin dokunulduğunu, bedensel sinyallerinin anlaşıldığı hissettiren ve karşılaşma anında terapist ile olan ilişkisini deneyimleyebileceği temastır.

5. Çocukla bir ilişki kurabilmek için çocuğun dokunulduğunu hissetmesi gerekir. GTT ‘inde meydana gelen aktiviteleri yetişkin kontrol eder.

6. GTT’nde terapist, çocuğun dokunulduğunu hissetmesini sağlamak için gerekli ortamı sağlar. Bu açıdan bakıldığında, GTT’nin aktiviteleri terapistin girişimiyle başlatılır. Yetişkin lider konumundadır çünkü çocukla arasındaki ilişkinin mümkün olması ve ilerlemesi için bir girişimde bulunmak çocuğun değil terapistin sorumluluğudur. GTT’nde yetişkin; Çocuğu fark etmek, Çocuğa dokunmak, Çocuğun sinyallerine tepki vermek, ilgiyi, çocuğun üzerine çekmek için oradadır.

### **GTT’nin diğer dokunma terapilerinden farkı**

GTT’si, zorla “dokunma” terapilerinden farklıdır. Çocuğa dokunmaktaki amaç ona bir şeyler hissettirmeye, yaptırmaya ya da söyletmeye zorlamak değildir. Esas amaç çocuğun bedenini

deneyimlemesini, dokunulmanın keyfini ve bedenini hissetmenin neşesini fark ettirebilmektir. Özellikle kucaklama sayesinde çocuk kendi özünü keşfetme sürecine girer. GTT seanslarında tüm çocukların söz söyleme hakkı vardır. Diğer dokunma terapilerinde her seans için belli bir gündem vardır. Bu gündem seanstan önce belirlenir. Çocuk belirli bir şeyi yapmaya ya da söylemeye mecbur bırakılır. Gündemi belirleyen terapist olduğu için çocuğun söz hakkı yoktur. Bu tek taraflı bir iletişim sürecidir. Gelişimsel temas terapinin belli bir alt yapısı vardır. Fakat bu yapı her seans için önceden belirlenmiş bir gündem değildir.

Gelişimsel temas terapisti çocuğu asla gıdıklamaz. Çocuğu gıdıklamak çocuğa yapılacak en invazif, mütecaviz ve düşmancıl harekettir. Çünkü gıdıklamak çocuğun tüm savunmalarını elinden alır. Seans sırasında, özel bölgesi hariç çocuğun vücuduna parmak uçlarıyla ve elle dokunulabilir. Genellikle çocuğun yüzüne, ellerine, kollarına, ayaklarına ve bacaklarına dokunulur, (Seans boyunca ayakkabı ve çoraplar çıkartılır). Dokunulan kısımların isimleri sakın bir şekilde söylenebileceği gibi şarkı söyler gibi ritmik bir şekilde de söylenebilir. Bazen dokunma süresini uzatmak için dokunulan vücut kısmı tutulur. Bazen el ve ayak parmaklarını harekete geçirerek, hareketleri hakkında yorum yapılabilir.

Dokunuşların kalitesi çocuğa olan saygıyı, anlayışı ve terapistin oyuncu tarafını gösterir. İnsan doğasının, aklının ve beyninin gereği, çocuk bu tür dokunuşlara hemen cevap verir, Çocuk dikkatini hemen kendine ve terapisteye yöneltir. Dikkatini dış dünyadan iç dünyaya ve kendine vererek terapisti ile ilişkiyi başlatmış olur

### **GTT oyunları**

GTT pre-sembolik oyun tarzına dayalı olduğu için diğer oyun terapi modellerinden farklıdır. GTT'deki oyunlar diğer oyun terapilerinde tanımlanan sembolik oyunun bir adım önünden gelir ve sembolik oyunun temelini oluşturur. Bu oyunları terapistler, öğretmenler ve anneler, iletişim kurmakta zorlandıkları çocuklarla çalışırken kullanabilirler. Bu oyunlar V. Brody'nin ağır rahatsızlığı olan çocuklarla yaptığı çalışmalar sırasında deneyimleyerek kurguladığı oyunlardır. Bu oyunlarla, dokunma aktiviteleri sayesinde terapist ve çocuk arasında bağ kurulur. Terapist bu oyunları gelişmiş güzel kullanmaz. Oyunu kullanan yetişkinin çocuğu anlaması ve oyunun çocuğun ihtiyaçlarına uygunluğunu değerlendirmesi gerekir. Yetişkinin de oyun esnasında dikkatini odaklaması ve o anı yaşaması gerekir. Oyunlar hassasiyetle ve yaratıcı bir şekilde kullanıldığı takdirde, mükemmel derecede etkilidirler. Başka metotların işe yaramadığı durumlarda bu oyunlar yüksek başarı sağlar. Normal çocuklar bile bu oyunları



severek oynarlar. Bu oyunları oynamanın tek bir yolu yoktur. Her çocuk-yetişkin ikilisinin oyunları oynayış şekilleri farklıdır.

## Bulgular

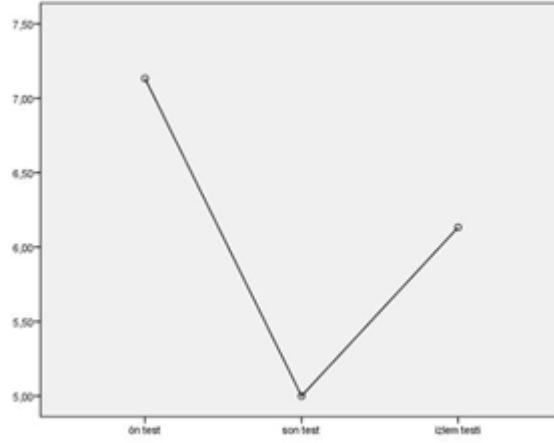
### SPANOVA testi değerlendirme sonuçları

Araştırmaya katılan DEHB’li çocukların öntest, sontest ve izlem testi sonucunda elde edilen dikkat eksikliği, karşıt gelme, hiperaktivite ve davranım bozukluğu semptom skorları Tablo 1’de verilmiştir. Tablo 1. incelendiğinde, çocukların son test DEHB semptom (dikkat eksikliği, karşıt gelme, hiperaktivite ve davranım bozukluğu) skorlarının tamamının, ön test DEHB semptom skorlarından daha düşük olduğu görülmektedir. Tabloya göre dikkat eksikliği, ortalama puanı 7.13’ten 5.00’a, karşıt gelme bozukluğu, 4.73’ten 3.00’a, hiperaktivite, 7.93’ten, 5.73’e ve davranım bozukluğu ise 7.60’tan 5.20’ye düşmüştür. Bu bilgilere göre tüm DEHB semptom skorlarının son test skorları ile ön test skorları arasında anlamlı bir farklılık (düşme) vardır.

**Tablo 1.** Dikkat Eksikliği, Karşıt Gelme, Hiperaktivite ve Davranım Bozukluğu Semptom Skorları Ortalama ve Standart Sapma Değerleri

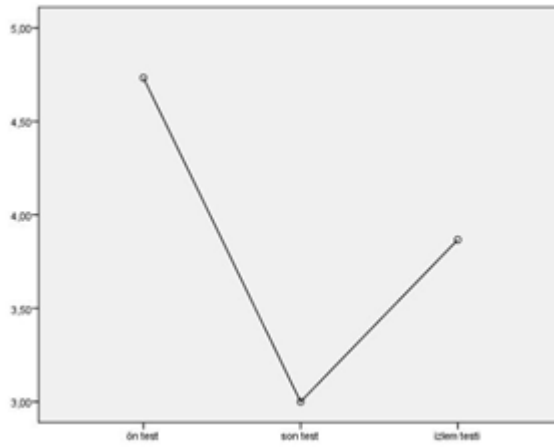
Tanı	Öntest	Sontest	İzlem testi
	(1. Ölçüm)	(2. Ölçüm)	(3. Ölçüm)
	X±SD	X±SD	X±SD
Dikkat Eksikliği (n=15)	7.13±1.19	5.00±1.13	6.13±1.46
Karşıt Gelme (n=15)	4.73±1.70	3.00±1.56	3.86±1.30
Hiper Aktivite (n=15)	7.93±1.75	5.73±1.94	7.80±1.37
Davranım Bozukluğu (n=15)	7.60±4.23	5.20±3.57	6.73±3.49

Bir yıl sonra uygulanan izlem testinde, skorların son teste göre belirgin bir şekilde yükselmekle birlikte, ön teste göre halen daha düşük olduğu görülmektedir. İzlem testi ile son test skorları karşılaştırıldığında, dikkat eksikliği 5.00’ten 6.13’e, karşıt gelme bozukluğu 3.00’ten 3.86’ya, hiperaktivite 5.73’ten 7.80’e ve davranım bozukluğu 5.20’ten 6.73’e yükselmiştir. Daha genel bir ifadeyle Tablo 1.’e göre dikkat eksikliği, karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu izlem testi skorları ile ön-test skorları arasında anlamlı bir fark olmasına rağmen hiperaktivite skorlarında anlamlı bir farklılık yoktur. Semptom skorlarından dikkat eksikliğine ait puan dağılımı Şekil 1’de görülmektedir.



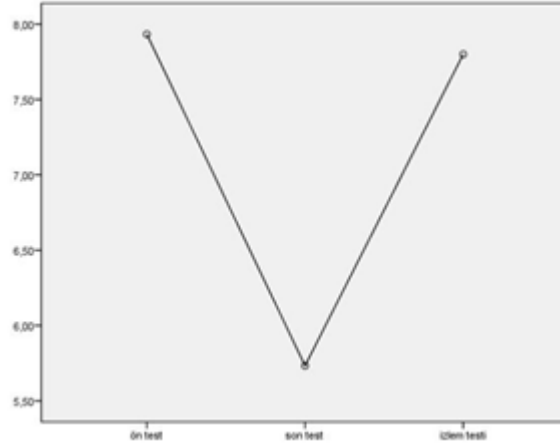
**Şekil 1.** Dikkat eksikliği puan dağılımı

Şekil 1’de de görüldüğü gibi, terapinin etkisiyle çocukların dikkat eksikliği puanları dağılımı, ön-test’ den son-teste kadar belirgin bir şekilde düşmüştür. Terapi sonlandırıldıktan bir yıl sonra yapılan izlem testinde ise skorlar bir miktar artmasına rağmen yine de ön-test’ den daha düşük bir skor ortalamasına sahiptir. Semptom skorlarından karşıt gelme bozukluğuna ait karşıt gelme puan dağılımı Şekil 2’de görülmektedir.



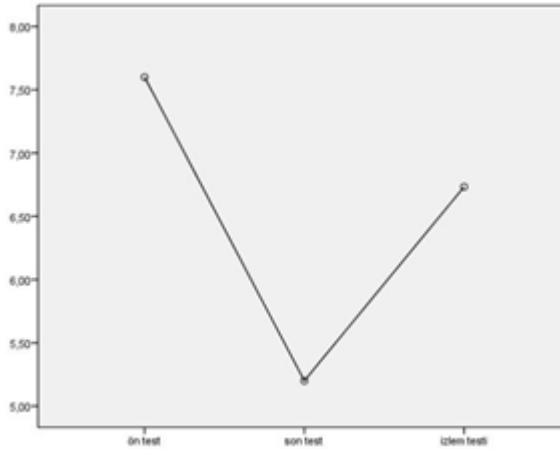
**Şekil 2.** Karşıt gelme puan dağılımı

Şekil 2’de de görüldüğü gibi, terapinin etkisiyle çocukların karşıt gelme puanları dağılımı, ön-testten son-teste kadar belirgin bir şekilde düşmüştür. Terapi sonlandırıldıktan bir yıl sonra yapılan izlem testinde ise skorlar bir miktar artmasına rağmen yine de ön-test’ den daha düşük bir puan ortalamasına sahiptir. Semptom skorlarından hiperaktiviteye ait hiperaktivite puan dağılımı Şekil 3’te görülmektedir.



**Şekil 3.** Hiperaktivite puan dağılımı

Şekil 3'te de görüldüğü gibi, terapinin etkisiyle çocukların hiperaktivite puanları dağılımı, ön-testten son-teste kadar belirgin bir şekilde düşmüştür. Ancak terapi sonlandırıldıktan bir yıl sonra yapılan izlem testinde hiperaktivite skorları tekrar yükselmiş ve neredeyse ön-test skorlarına yaklaşmıştır. Semptomlardan davranım bozukluğuna ait puan dağılımı Şekil 4'te görülmektedir.



**Şekil 4.** Davranım bozukluğu puan dağılımı

Şekil 4'te de görüldüğü gibi, terapinin etkisiyle çocukların davranım bozukluğu puanları dağılımı, ön-test' den son-teste kadar belirgin bir şekilde düşmüştür. Terapi sonlandırıldıktan bir yıl sonra yapılan izlem testinde ise puanlar bir miktar artmasına rağmen yine de ön-test' den daha düşük bir skor ortalamasına sahiptir.

#### **t-testi değerlendirme sonuçları**

Semptomların ön test, son test skorlarının t testi sonuçları Tablo 2'de sunulmuştur.

**Tablo 2.** Dikkat Eksikliği, Karşıt Gelme, Hiperaktivite ve Davranım Bozukluğu Ön Test, Son Test Skorlarının T Testi-Sonuçları

		X	Ss	sd	t	p
Dikkat Eksikliği	Öntest	7,13	1,187			
	SonTest	5,00	1,133	14	12.911	.000
Karşıt Gelme	ÖnTest	4,73	1,709			
	SonTest	3,00	1,558	14	4.84	.000
Hiperaktivite	ÖnTest	7,93	1,751			
	SonTest	5,73	1,944	14	9.886	.000
Davranım Bozukluğu	ÖnTest	7,60	4,239			
	SonTest	5,20	3,569	14	4.664	.000

Tablo 2 incelendiğinde, dikkat eksikliği, ortalama puanı 7.13'ten 5.00'a ( $T_{14}=12.91$ ;  $p<.05$ ), karşıt gelme bozukluğu, 4.73'ten 3.00'a ( $T_{14}=4.84$ ;  $p<.05$ ), hiperaktivite, 7.93'ten, 5.73'e ( $T_{14}=9.886$ ;  $p<.05$ ) ve davranım bozukluğu ise 7.60'tan 5.20'ye ( $T_{14}=4.664$ ;  $p<.05$ ) düşmüştür. Çocukların son test DEHB semptom skorlarının (dikkat eksikliği, karşıt gelme, hiperaktivite ve davranım bozukluğu) tamamının, ön test DEHB semptom skorlarından daha düşük olduğu görülmektedir. Bu farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır. Semptomların son test, izlem testi skorlarının T testi-sonuçları Tabo 3'te sunulmuştur. Buna göre; çocuklara uygulanan GTT sonlandırıldıktan bir yıl sonra yapılan izlem testinde DEHB semptom skorlarının tamamında son teste göre belirgin bir şekilde yükselme görülmektedir (Tablo 3).

İzlem testi ile son test skorları karşılaştırıldığında; Dikkat eksikliğin 5.00'ten 6.13'e, ( $T_{14}=3.52$ ;  $P<0.5$ ) karşıt gelme bozukluğunun ise 3.00'ten 3.86'ya, ( $T_{14}=2.22$ ;  $P<0.5$ ) çıktığı gözlemlenmektedir. Hiperaktivitenin 5.73'ten 7.80'e ( $T_{14}=5.77$ ;  $P<0.5$ ) ve davranım bozukluğunun ise 5.20'den 6.73'e ( $T_{14}=2.48$ ;  $P<0.5$ ) yükseldiği görülmektedir.

**Tablo 3.** Dikkat Eksikliği, Karşıt Gelme, Hiperaktivite, Davranım Bozukluğu Son Test, İzlem Testi skorlarının T testi Sonuçları

		X	Ss	sd	t	p
Dikkat Eksikliği	Son test	5,0000	1,13389			
	İzlem testi	6,1333	1,45733	14	3.523	.003
Karşıt Gelme	Son test	3,0000	1,55839			
	İzlem testi	3,8667	1,30201	14	2.229	.043
Hiperaktivite	Son test	5,7333	1,94447			
	İzlem testi	7,8000	1,37321	14	5.771	.000
Davranım Bozukluğu	Son test	5,2000	3,56971			
	İzlem testi	6,7333	3,49421	14	2.488	.026

Daha genel bir ifadeyle Tablo 3'e göre dikkat eksikliği, karşıt gelme bozukluğu, hiperaktivite ve davranım bozukluğu son test skorları ile izlem testi skorları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir fark vardır. Semptomların ön test, izlem testi skorlarının T testi sonuçları Tablo 4'de sunulmuştur.

**Tablo 4.** Dikkat Eksikliği, Karşıt Gelme, Hiperaktivite, Davranım Bozukluğu  
Ön Test, İzlem Testi skorlarının t testi Sonuçları

		X	Ss	sd	t	p
Dikkat Eksikliği	Öntest	7,13	1,187	14	3.240	.006
	İzlem testi	6,13	1,457			
Karşıt Gelme	Öntest	4,73	1,709	14	2.694	.017
	İzlem testi	3,86	1,302			
Hiperaktivite	Öntest	7,93	1,751	14	0.323	.751
	İzlem testi	7,80	1,373			
Davranım Bozukluğu	Öntest	7,60	4,239	14	1.483	.160
	İzlem testi	6,73	3,494			

Tablo 4 incelendiğinde izlem testi skorlarının tamamının ön test skorlarından daha düşük olduğu görülmektedir. İzlem testi ile ön test skorlarını karşılaştırılırsa; dikkat eksikliğinin 7.13'den 6.13'e, ( $T_{14} = 3.24$ ;  $P < 0.5$ ) karşıt gelme bozukluğunun 4.73'den 3.86'ya, ( $T_{14} = 2.69$ ;  $P < 0.5$ ) hiperaktivitenin 7.93'den 7.80'e ( $T_{14} = 0.32$ ;  $P > 0.5$ ) davranım bozukluğunun ise 7.60'dan 6.73'e, ( $T_{14} = 1.48$ ;  $P > 0.5$ ) düşmüştür.

Dikkat eksikliği ve karşıt gelme alt grupları için ön test skorları ile izlem testi skorları arasında istatistiksel bakımdan anlamlı bir fark vardır. Hiperaktivite ve davranım bozukluğu alt grupları içinse ön test puanları ile izlem testi skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

### Tartışma

Son yıllarda geliştirilen uzun etkili stimulanların (örn; Concerta) ve stimulan olmayan atomoksetinin (örn; Strattera) DEHB tedavisinde etkili olduğu saptanmıştır (Block v.d., 2009; Garnock-Jones vd., 2009; Meijer, vd, 2009). Stimulanlar, çocuklarda uyku bozuklukları ve iştahsızlık gibi yan etkiler yaptığı için çocukların beslenme durumlarına ve gelişimleri üzerinde uzun süreli kullanımının etkisi hala net olarak bilinmemektedir (Berman, vd., 2009). Amfetamin de çocuğun gelişimi üzerinde olumsuz etki yapmakla birlikte ergenlikte ve yetişkinlikte ilacın kötüye kullanım riskinin de olduğu bilinmektedir. Bunun yanısıra ilaca bağlı olarak gelişen mani ve psikoz da yan etkiler arasındadır (Berman v.d., 2009; Mosholder, vd., 2009). Bu konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda ise stimulanların ve atomoksetinin kardiyovasküler sistemde aritmi gibi sorunlara yol açabileceği belirtilmiştir (Karadeniz, 2009; Meijer vd., 2009; Özelce, 2008).

Stimulanlar DEHB'li çocukların bilişsel alanlarını, davranışlarını ve okul başarısını olumlu yönde etkilemektedir (Hechtman, vd., 1984; Karakaya v.d., 2006; Mehta, vd., 2004; Öztürk, vd., 2000; Scheffler v.d., 2009). Ancak ilaç tedavisinin DEHB tanılı çocuklarda kısa süreli davranım sorunlarını çözmekle birlikte uzun dönemde sosyal beceriler ve akademik başarı üzerindeki etkisi hala net değildir (Greenhill, vd., 1999; Hechtman, 2007).

Bu çalışmada ailelerin ilaç kullanımına ilişkin davranış biçimleri ile ilgili elde edilen bilgiler literatürle örtüşmektedir. DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri, ilaçları kullanmaya başladıklarını (Concerta, Ritalin) ancak iştahsızlık, manik atak, aritmi, uyku bozukluğu gibi yan etkilerin ortaya çıkması ve ilaçların etkisinin kısa süreli olmasından dolayı ilaç kullanımını bıraktıklarını dile getirmişlerdir. Öyleki, bu çalışmaya katılan çocukların hepsi DEHB tanısı almış ve ilaç kullanımı önerilmiş çocuklar olmasına rağmen ebeveynler ilaca ya hiç başlamamışlar ya da bir süre kullandıktan sonra yan etkilerinden dolayı bırakmışlardır.

Aile ve öğretmen eğitimi DEHB'li çocukların tedavisinde etkinliği kanıtlanmış yöntemlerden birisidir (Pelham, vd., 1998; Chronis, vd., 2006; Olfson, vd., 2003). Ailelerin eğitimi için hazırlanan programlarda sosyal öğrenme kuramları dikkate alınarak davranışçı terapi, bilişsel davranışçı terapi DEHB'li çocuklara müdahale yöntemleri hakkında bilgi verir (Habboushe v.d., 2001; Sonuga vd., 2001). Aile ve öğretmen eğitimi programlarının amacı, aile-çocuk iletişimini geliştirerek çocuğun problem davranışını, ailenin tutarlı ve belirli kurallarla nasıl yöneteceğini göstererek etkili ana-babalık yöntemlerini ailelere öğretmektir (Hautmann, vd., 2008; Wells v.d., 2006).

Davranışçı aile eğitim programlarının etkin olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır Davranışçı aile eğitim programları çocuğun davranışlarında ve düzenleme becerilerinde, annenin benlik saygısında, anne-çocuk iliş-kisinde olumlu etki yaratmaktadır. Ayrıca bu çalışmalar annenin stresinde ve depresyonunda azalma sağlamaktadır. (Estrada vd., 1995; Fabiano v.d., 2009; McCart, vd., 2006; Pelham vd., 2008; Sonuga-Barke v.d., 2001.)

Bu çalışma sırasında ailelere DEHB ve GTT si hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Ayrıca terapiler yapılırken anneler terapi odasında terapistin çocukla diyalogunu, çocuğa sınır koyma biçimini ve bir problem çıktığında çocuğa müdahale şeklini izlemişlerdir. Terapi sonrasında annelerin tamamı bu gözlemlerden çok şey öğrendiklerini ifade etmişlerdir. Anneler öğrendiklerini evde uyguladıklarını artık evde çocuktan kaynaklanan problemler yüzünden daha az tartıştıklarını belirtmişlerdir. Ayrıca anneler çocuğa karşı daha sabırlı olduklarını ifade etmişlerdir. Bu bağlamda çalışmanın esas amacı davranışçı eğitimler düzenlemek

olmasa bile ailelerin DEHB hakkında bilgilendirilmeleri, DEHB ile ilgili sorularına cevap verilmesi ailelerde DEHB hakkında farkındalık oluşturmuştur. Annelerin ifade ettiği bu değişimler de literatürle uygunluk göstermektedir.

Davranışçı aile programı ile DEHB tanılı çocukların özellikle içselleştirme sorunlarında, kaygı/depresyon belirtilerinde, somatik şikâyetlerinde, dışa yönelim problemlerinde, saldırgan davranışlarında, dikkat eksikliğinde iyileşme görülmüştür (Huei-Lin v.d., 2009). Bu araştırmanın sonunda yapılan izlem testi sırasında annelerin büyük bölümü çocukların okula gitme konusunda eskiye göre daha istekli olduğunu, okulda arkadaşlarıyla, evde kardeşleriyle daha az sorun yaşadığını, ders yapma konusunda eskiye göre daha istekli olduklarını, sosyal ortamlarda daha rahat hareket ettiklerini ve ortama daha kolay uyum sağlayabildiklerini ve çocukların takıntılı düşünce ve davranışlarının azaldığını belirtmişlerdir. Annelerin bahsettiği bu değişimlerde literatürle örtüşmektedir.

Davranışçı terapi ve ilaç tedavisinin birleştirildiği çok yönlü tedavilerde (Multimodal Treatment Study-MTA), olumsuz ana baba tutumlarını azaltmak amaçlanmış ve yapılan çalışmalar sonunda çocuğun okulla ilgili problemlerinde de iyileşme görülmüştür (Hinshaw v.d., 2000). Tedavilerin etkinliğinin karşılaştırıldığı bir çalışmada 579 DEHB tanılı çocukla çalışılmış ve araştırma sonucunda kısa dönemde ilaç tedavisi ile bileşik tedavi arasında etkinlik açısından fark bulunmazken, uzun dönemde ilaç ve psikososyal tedavilerin birlikte uygulanmasının daha etkin olduğu bulunmuştur (MTA Cooperative Group, 1999). Dünya genelinde kullanılan tanı ve tedavi kılavuzlarında, davranışçı terapi ile uzun etkili ilaç tedavisinin birlikte uygulanması DEHB tedavisinde en uygun yöntem olarak önerilmektedir (Ra-der, vd., 2009; Taylor v.d., 2004).

Psikososyal tedavilerin ilaç tedavisi ile birleştirilmesi ve kazanımların uzun dönem devam etmesi için pekiştirme seansları kullanması DEHB'nin tedavisinde ümit veren bir yaklaşımdır (Hechtman ,2007). Bu araştırmaya katılan çocukların hiç biri ilaç kullanmadığı için terapinin ilaç kullanan çocuklardaki etkinliği hakkında bir yorum yapılamamaktadır. Ancak ilaçların çocukların dikkat düzeylerini olumlu etkilediği dikkate alınırsa GTT ile ilaç tedavisinin birleştirildiği durumlarda daha verimli sonuçlar alınabileceği düşünülmektedir.

DEHB'nin tedavisinde kullanılan yöntemlerden biri de koçluk programıdır. DEHB'de koçluk programlarının etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmamıştır ancak bu programlarla zaman yönetimi, sosyal yetersizlik, kaygı, zayıf planlama, kendini düzenleyememe ve konsantre

olamama gibi akademik performansını etkileyen zorluklarla baş etmekte zorluk çeken DEHB tanılı öğrenciye bireysel olarak yardım edilip yol gösterilmektedir. (Swartz, vd., 2005).

DEHB tanılı çocuklarda bireysel terapinin etkinliğini araştıran kontrollü çalışmaların bulunmamasına ve bireysel terapi DEHB'nin belirtilerinde etkin olmamasına rağmen, çocuğun hastalığını anlaması ve özgüven eksikliği, kaygı, depresyon gibi ikincil belirtilerin tedavisi için bireysel terapi çok önemlidir (Hechtman, 2007).

Bu çalışma sonunda elde edilen bulgular, GTT'nin DEHB birincil belirtilerinden olan dikkat eksikliği, karşı gelme bozukluğu, hiperaktivite ve davranım bozukluğu üzerinde kısa dönemde belirgin bir sıklıkta uygulanan terapiler ile etkili olduğu görülmüştür. Ancak GTT uzun dönemde dikkat eksikliği, karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu üzerinde etkisini sürdürürken hiperaktivite de etkisini yeterince gösterememektedir.

### Sonuç

GTT'si DEHB'li çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları üzerinde etkili olarak ön-testten son-teste kadar belirgin bir şekilde semptom skorlarının azalmasını sağlamıştır. Bu sonuçlar istatistiksel olarak anlamlıdır. Terapi sonlandırıldıktan bir yıl sonra yapılan izlem testinde ise çocuklara bir yıl boyunca terapi yapılmamasına rağmen dikkat eksikliği, karşıt gelme, davranım bozukluğu skorları ön test ile izlem testi arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Bu sebeple GTT'nin DEHB semptom skorlarından dikkat eksikliği, karşıt gelme ve davranım bozukluğu üzerinde bir yıl boyunca kalıcı etki sağladığı söylenebilir. Ancak GTT'nin hiperaktivite ön-testi ile izlem testi arasında anlamlı bir fark yoktur. Bu sebeple GTT' nin hiperaktivite üzerinde kalıcı etki sağladığı söylenemez. Ancak GTT' nin terapi süresince hiperaktivite skorlarını düşürmesi dikkate alınırca terapiye devam edilmesi durumunda bu etkinin devam edeceği söylenebilir.

Araştırmanın başlangıcında ailelere DEHB hakkında verilen eğitimler ailelerde çocukla ilgili önyargıların kırılmasını sağlamıştır. Çocuk hakkında bilerek yaramazlık yapıyor, bizi üzmemek için yapıyor, kardeşini kıskandığı için yapıyor gibi olumsuz düşüncelerinin iyi yönde değiştiği gözlenmiştir. Anneler ile terapi öncesi ve sonrası yapılan sohbetler, terapi sırasında terapistin çocukla iletişim şekli, terapistin çocuğa yaklaşımı, kriz anında müdahale yöntemi anneler tarafından gözlenmiştir. Bu gözlemler sonucu anneler çocuğa karşı kendi davranışlarını gözden geçirdiklerini dile getirmişlerdir. Bir süre sonra, önceden çocuğun istenmeyen davranışlarını, sesini yükselterek, ceza vererek ya da şiddet kullanarak engellemeye çalışan



anneler, terapi sırasında öğrendikleri yöntemleri evde uygulamışlar ve olumlu sonuçlar almışlardır. Takip eden günlerde ise anneler, aile içinde çocuk kaynaklı tartışmaların daha az yaşandığını ve çocuklarla daha iyi iletişim kurduklarını belirtmişlerdir.

GTT oyunları evde ,kreşte okulda,sokakta çok rahat bir şekilde oynanabilir, hiçbir araç gerece ihtiyaç duyulmadığı için masrafsızdır ve oyunlar temas içerdiği için direk duygulara hitap ederler bu sebeple çocuklar üzerinde çok etkindirler. GTT oyunlarının evde oynanabilmesi terapinin devamlılığından elde edilecek faydayı arttıracığı gibi çocukta kalıcı olması istenilen davranışları pekiştirmek için de uygun bir zemin hazırlar.

GTT si sadece oyun içermediği için terapiyi oyunlarla sınırlandırmaz. Bu sebeple anne ve babalar evde çocukla birlik-te oldukları zamanları GTT si saatlerine dönüştürebilirler. Kreş ve anaokullarında ise öğretmenler çocukların kaynaşmasını sağlamak amacıyla temas içeren oyunları daha sık oynatabilirler.

### **Öneriler**

Daha fazla veri toplamak amacıyla;

Örnekleme sayısı arttırılabilir,

GTT seans sayısı arttırılabilir,

Çocukların öğretmenlerine Connors öğretmen ölçeği uygulanabilir.

Ebeveynlerin yaşı, öğrenim durumları, ailenin gelir seviyesi,çocukların kardeş sayısı ve çocukların cinsiyetinin GTT'ne etkileri değerlendirilebilir.

İzlem testleri daha kısa aralıklarla ve daha uzun bir süre uygulanabilir.

GTT, ebeveynlere de öğretilerek GTT'nin evde de devamı sağlanabilir. Terapistin yanı sıra ebeveynlerinde dahil olduğu bir çalışma yapılabilir.

İlaç tedavisi ile GTT birlikte uygulanarak, ilaç tedavisinin GTT'nin verimliliğine olan etkisi araştırılabilir.

### **Kaynakça**

- Akdemir, D., Çetin, F.Ç. (2008). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümüne Başvuran Ergenlerin Klinik Özellikleri. *Çocuk ve ErgenRuh Sağlığı Dergisi*, 15 (1), 5-14.
- Aktepe, E. (2011). Dikkat Eksiliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Konan Çocuk ve Ergenlerde Eş Tanılar ve Sosyo-Demografik Özellikler. *Süleyman Demirel*

- Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı*, Isparta. Cilt: 49, sayı:4
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-IV)*, 4th Ed. Washing-ton, DC: American Psychiatric Association.
- Aras, G., Ünlü, G., ve Taç, F.V. (2007). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirtiler, Tanılar ve Tanıya Yönelik İncelemeler. *Klinik Psikiyatri*, 10 (1), 28-37.
- Anderson J.C., McGee R., ve Silva P.A. (1987). DSM-III Disorder sinpre adolescent children. *Arch Gen Psychiatry*,44, 69-76.
- Aysev, A. S. (2001). Dikkat Eksiliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 3, 417-425.
- Berman, S.M., Kuczenski, R., McCracken, J.T., ve London, E.D. (2009). Potential Adverse Effects of Amphetamine Treatment on Brain and Behavior: A Review. *Mol Psychiatry*, 14(2), 123-142.
- Bird, H.R., Canin G.O., ve Rubio -Stipeç M. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community sur-vey in Puerto Rico. *Arc Gen Psychiatry*, 45, 1120-1126.
- Block, S.L., Kelsey, D., Coury, D., Lewis, D., Quintana, H., Sutton, V., Schuh, K., Allen, A.J., ve Sumner, C. (2009). Once-daily Atomoxetine for Treating Pediatric Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: Comparison of Morning and Evening Dosing. *ClinPediatr (Phila)*, 48(7), 723-733.
- Brody, Viola A., (1992). *International Journal of Play Therapy*, Vol 1., p. 21-30.
- Brown T. E. (2010). *Dikkat Eksikliği Bozukluğu*.2.Baskı, (çev: Sönmez EÇ, 2010). (Editör: Uğur, U). ODTÜ Yayıncılık. Ankara.
- Chronis, A.M., Jones, H.A., ve Raggi, V.L. (2006). Evidence-based Psychosocial Treatments for Children and Adolescents with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Psychology Review*, 26 (4), 486-502.
- Cohen P., Cohen J., ve Kasen S., (1993). “An Epidemiological Study of Disorder in Late Childhood and Adolescent” *Journal ChildPsychol Psychiatry*, 34 851-867.
- Cohen, L. ve Manion, L., (1997). *Research methods in education (4th ed.)*. Routledge: London and New York.
- Creswell, J W., (2012). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research (4th ed.)*. Boston: Pearson.

- Çelik, G., Tahiroğlu, A., Avcı, A., ve Seydaoğlu, G., (2009). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Kliniğine Başvuran Ergen Hastaların Özellikleri. *Yeni Symposium*,47(3), 142-146.
- Dang, T., Avery, D. H. ve Russo, J., (2007). Within-session mood changes from TMS in depressed patients. *J NeuropsychiatryClin Neurosci*, 19(4), 458-463.
- Eisenberg, S. ve Delaney, D. J., (1998). *Psikolojik Danışma Süreci*. (Çev: N. Ören ve M. Takkaç), İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yayınları.
- Eisenberg, N., and Spinrad, T.L., (2004). Emotion-related Regulation: Sharpening The Definition. *Child Dev*, 75(2), 334-339.
- Estrada, A.U.,ve Pinsof, W.M. (1995). The Effectiveness of Family Therapies for Selected Behavioral Disorders of Childhood. *JMarital Fam Ther*, 21 (4), 403-440.
- Fabiano, G.A., Chacko, A., Pelham, W.E., Robb, J., Walker, K.S., Wymbs, F., Sastry, A.L., Flammer, L., Keenan, J.K., Visweswa-raiah, H., Shulman, S., Herbst, L., and Pirvics, L. (2009). A Comparison of Behavioral Parent Training Programs for Fathers of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Behavior Therapy*,40(2), 190-204.
- Faraone, SV., Sergeant, J., Gillberg, C., Biederman, J., (2003). The world wide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*, 2, 104-113.
- Fraenkel, J. R.,ve Wallen, N. E., (1996). *How to design and evaluate research in education* (3th ed ). Mc Graw Hill Higher Education. New York, ABD.
- Gay, L. R.,ve Airasian, P., (2000). *Educational research competencies for analysis and application* (6th Edition). Ohio: Merrill an imprint of Prentice Hall.
- Garnock-Jones, K.P.,ve Keating, G.M. (2009). Atomoxetine: A Review of Its Use in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Paediatr Drugs*, 11(3), 203-226.
- Greenhill, L.L., Halperin, J. M., ve Abikoff, H., (1999). Stimulant Medications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*,38(5), 503-512.
- Güçüyener, K. (2010). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Fیزیopatolojisi. S. Karakaş (Ed). *Kognitif Nörobilimler* içinde. (pp.352-383.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Gül, N., Tiryaki, A., Kültür, EC., Topbaş, M., ve Ak, I., (2010). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorder samong scholl age children in Trabzon. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20, 50-56.

- Habboushe, D.F., Daniel-Crotty, S., Karustis, J.L., Leff, S.S., Costigan, T.E., Goldstein, S.G., Eiraldi, R., ve Power, T.J. (2001). A Family-school Homework Intervention Program for Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 123-136.
- Hautmann, C., Hanisch, C., Mayer, I., Plück, J., ve Döpfner, M. (2008). Effectiveness of the Prevention Program for Externalizing Problem Behaviour (PEP) in Children with Symptoms of Attention-Deficit=Hyperactivity Disorder and Oppositional Defiant Disorder- Generalization to the Real World. *J Neural Transm*, 115(2), 363-70.
- Hechtman, I., Weis, G., ve Perlman, T., (1984). Young Adult Outcome of Hyperactive Children Who Received Long-Term Stimulant Treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 23(3), 261-269.
- Hechtman, L., (2007). 39.1 Dikkat Eksikliği Bozuklukları (p.3183-3204). In V.A. Sadock, and B.N. Sadock (Eds.), *Kaplan & Sadock's Textbook Of Psychiatry*/(Çev. H. Aydın ve A. Bozkurt) (8.Baskı). Cilt 4. Ankara: Güneş Kitabevi.
- Hinshaw, S.P., Owens, E.B., Wells, K.C., Kraemer, H.C., Abikoff, H.B., Arnold, L.E., Conners, C.K., Elliott, G., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P.S., March, J.S., Newcorn, J.H., Pelham, W.E., Swanson, J.M., Vitiello, B., and Wigal, T., (2000). Family Processes and Treatment Outcome in the MTA: Negative/Ineffective Parenting Practices in Relation to Multimodal Treatment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 555-568.
- Huei-Lin Huang, Chia-HuaLu, Hsiao -WeiTsai, Chia-ChenChao, Tsai-YuHo, Sheng-FaChuang, Chih-HaoTsai, Pin- ChenYang(2009), Effectiveness of Behavioral Parent Therapy in Preschool Children With Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, *TheKaohsiung Journal of Medical Sciences*, 25(7), 357-365.
- Kanay, A. (2006). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 9-13 Yaş Grubu İlköğretim Öğrencilerinin Uyumsal Davranışları, Benlik Kavramı ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişkiler*. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Karadeniz, C. (2009). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Metilfenidatın Kardiyak Etkilerinin Değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, İzmir.
- Karakaya, I., Öç, Ö.Y., Şişmanlar, Ş.G., Çakın-Memik, N., Coşkun A., Ağaoğlu, B., ve Sancak, A. (2006). *Metilfenatın Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan*

- Çocuklarda Dikkat ve Yürütücü İşlevler Üzerine Etkisi: Bir Olgu Serisi. *Çocuk ve GençlikRuh Sağlığı Dergisi*, 13(2), 69-75.
- Kayaalp, L. (2008). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*. Sempozyum Dizisi No:62, Mart 2008. S:147-152.
- Kessler, R.C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C.K., ve Demler, O. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: *results from the National Comorbidity Survey Replication AmJ Psychiatry*, 163, 716-723.
- Klassen, A.F., Miller, A., ve Fine, S. (2004). Health-related Quality of Life in Children and Adolescents Who Have a Diagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 114(5), 541-547.
- Köroğlu, E. (1994). *Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukları Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, [DSM-IV]*, 4. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- McCart, M.R., Priester, P.E., Davies, W.H., ve Azen, R. (2006). Differential Effectiveness of Behavioral Parent-Training and Cognitive-Behavioral Therapy for Antisocial Youth: A Meta Analysis. *J Abnorm Child Psychol*, 34(4), 527-543.
- Meijer, W.M., Faber, A., van den Ban, E., ve Tobi, H. (2009). Current Issues Around the Pharmacotherapy of ADHD in Children and Adults. *Pharm World Sci*, 31(5), 509-516.
- Mehta, M.A., Goodyer, I.M., ve Sahakian, B.J. (2004). Methylphenidate Improves Working Memory and Set-Shifting in ADHD: Relationships to Baseline Memory Capacity. *J Child Psychol Psychiatry*, 45(2), 293-305.
- Merrel, C. ve Tymms, P.B. (2001). In Attention, Hyperactivity and Impulsiveness: Their Impact on Academic Achievement and Progress. *Br J Educational Psychol*, 71, 43-56.
- Monitel Nova, C. (2003). "Epidemiological Data About Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Sample of Morabina Child-ren", *RevNeurol*, 37(99), 815-823.
- Mosholder, A.D., Gelperin, K., Hammad, T.A., Phelan, K., ve Johann-Liang, R. (2009). Hallucinations and Other Psychotic Symptoms Associated with the Use of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Drugs in Children. *Pediatrics*, 123(2), 611-616.
- MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56(12), 1073-1086.
- Olfson, M., Gameroff, M.J, Marcus, S.C, ve Jensen, P.S. (2003). National Trends in the Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Am J Psychiatry*, 160(6), 1077-1078.

- Özelce, B. (2008). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktif Çocuklarda Metilfenidat Kullanımına Bağlı Kardiyovasküler Değişiklikler*.Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Samsun.
- Öztürk, M., Sayar, K., Tüzün, Ü., ve Kandil, S.T. (2000). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nda Metilfenidat ve Benlik Say-gısı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 10(3), 139-143.
- Öktem, F. (1995). *Dikkat Eksikliği Bozukluğu*. İstanbul: Remzi Kitabevi, s. 20-35.
- Palmer, E. D. ve Finger, S. (2003), An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness' (1798),*Child and Adolescent Mental Health*, 6(2), 66-73.
- Pastura, G.M., Mattos, P., ve Araújo, A.P. (2009). Academic Performance in ADHD When Controlled for Comorbid Learning Disorders, Family Income, and Parental Education in Brazil. *J Atten Disord*, 12(5), 469-473.
- Pelham, W.E. ve Lang, A.R. (1999). Can Your Children Drive You to Drink? Stress And Parenting in Adults Interacting with Children with ADHD. *Alcohol Res Health*, 23(4), 292-298.
- Pelham, W. E.,ve Fabiano, G. A. (2008). Evidence-based Psychosocial Treatment for Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder: An Update. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(1), 184-214.
- Perçinel, İ. ve Yazıcı, K. (2015). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Patofizyolojisinde Demir Eksikliği. *Psikiyatride GüncelYaklaşımlar*,7(1), 41-55.
- Polanczyk, G. ve Jensen, P. (2008). Epidemiologic Considerations in Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Review and Update. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 17(2), 245-260.
- Rader, R., McCauley, L., ve Callen, E.C. (2009). Current Strategies in the Diagnosis and Treatment of Childhood Attention-De-ficit/Hyperactivity Disorder. *Am Fam Physician*, 79(8), 657-665.
- Scheffler, R.M., Brown, T.T., Fulton, B.D., Hinshaw, S.P., Levine, P., ve Stone, S. (2009). Positive Association between Attenti-on-Deficit/ Hyperactivity Disorder Medication Use and Academic Achievement During Elementary School. *Pediatrics*,123(5), 1273-1279.

- Semerçi, Z.B. (1999). An Evaluation of the Institutional Characteristics and Treatment Approaches of Child and Adolescent Psychiatric Clinics in Turkey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 8, 154-158.
- Sonuga-Barke, E.J., Daley, D., Thompson, M., Bradbury, C.L., ve Weeks, A. (2001). Parent-based Therapies for Preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Randomized, Controlled Trial with A Community Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 402-408.
- Sürücü, Özlem. (2003). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Anababa-Öğretmen Elkitabı*. İstanbul: YA-PA.
- Sürücü, Ö. (2015). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB). *Anne-Baba-Öğretmen El Kitabı*. Ankara: Bilgi Yayınevi.
- Swartz, S.L., Prevatt, F., ve Proctor, B.E. (2005). A Coaching Intervention for College Students with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Psychology in the Schools*, 42(6), 647-655.
- Şengül, C., Şengül, C.B., Kılıç, E.Ö., ve Dilbaz, N. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Psikofarmakolojisinde Yeni Gelişmeler. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 15, 192-197.
- Şenol, S. ve Şener, Ş. (1997). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu”, *Psikiyatri Temel Kitabı*, [Ed. Köroğlu, E., Güleç, C.]. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1119-1130.
- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Coghill, D., Danckaerts, M., Rothenberger, A., Sonuga-Barke, E., Steinhausen, H.C., and Zuddas, A. (2004). European Clinical Guidelines for Hyperkinetic Disorder-First Upgrade. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 13, 17-30.
- Toros, F. ve Tataroğlu, C. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Sosyo-Demografik Özellikler, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*; 9, 23-31.
- Turgay, A. (1997). “Gençlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu”, *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, (3), 413-453.
- Turgay, A. (2009). Tedavi Edilmeyen Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Bedeli ve Tedavide Yenilikler, 45. *Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde sunulan rapor*, Ankara.
- Tzang, R.F. ve Chang, Y.C. (2009). Behavior Problems and Subtypes of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder with Comorbidities [Abstract]. *Kaohsiung J Med Sci*, 25 (10),

530-6. Web: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19767258> 10 Ağustos 2009'da alınmıştır.

Viola A. Brody (1953).*The Dialogue of Touch* (Developmental Play Therapy),

Wells, K.C., Chi, T.C., Hinshaw, S.P., Epstein, J.N.; Pfiffner, L., Nebel-Schwalm, M., Owens, E.B., Arnold, L.E., Abikoff, H.B., Conners, C.K., Elliott, G.R., Greenhill, L.L., Hechtman, L., Hoza, B., Jensen, P.S., March, J., Newcorn, J.H., Pelham, W.E., Severe, J.B., Swanson, J., Vitiello, B., and Wigal, T. (2006). Treatment-Related Changes in Objectively Measured Parenting Behaviors in the Multimodal Treatment Study of Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Consult Clin Psychol*, 74 (4), 649-57.

Yazgan, M. Y. (1998). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Klinik Özellikleri: Komorbidite ve Ayırıcı Tanı. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*; 3, 417-425.