



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GELİŞİMSEL TEMAS TERAPİSİNİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA
KULLANIMININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Fatma AKÇAKOCA

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Barış METİN**

İstanbul, 2018

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**GELİŞİMSEL TEMAS TERAPİSİNİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA
KULLANIMININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ**

Fatma AKÇAKOCA

**Tez Danışmanı
Doç. Dr. Barış METİN**

İstanbul, 2018



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	: 164101028
Öğrenci Adı Soyadı	: Fatma Akçakoca
Anabilim Dalı	: Uygulamalı Psikoloji
Tez Danışmanı	: Doç. Dr. Barış Metin
Tezin Başlığı	: GELİŞİMSEL TEMAS TERAPİSİNİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA KULLANIMININ RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi	: 25.10.2018	Saati	: 14:00
Öğrenci Savunmaya	: <input checked="" type="checkbox"/> GELDI		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir.</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. (<i>en fazla 3 ay</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır.</p>			
Savunmada Tezin Başlığı	: <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.		
Tezin Yeni Başlığı	:		
Öğrenci Savunmaya	: <input type="checkbox"/> GELMEDİ		
<p>Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı,</p> <p><input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.</p>			

ile almıştır.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Danışman Üye	Doç. Dr. Barış Metin	
Üye	Dr. Öğr. Merve Çebi	
Üye	Doç. Dr. Korkut Ulucan	

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum ‘**Gelişimsel Temas Terapisinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Kullanımının Retrospektif İncelenmesi**’ adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

...../...../.....

Fatma AKÇAKOCA

TEŞEKKÜR

Öncelikle, tezimin her aşamasında, bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen hoşgörüsü, nezaketi ve pozitif enerjisiyle beni cesaretlendiren çok değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Barış Metin'e teşekkürü borç bilirim.

Tez sınavı jüri üyelerine değerli katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamın hazırlık kısmında değerli yardımlarını esirgemeyen Sayın Dr. Tahir Özakkaş ve Uzman Psikolog Uğur Girginer'e şükranlarımı sunarım.

Tez çalışmamın istatistiksel değerlendirmelerinde bana yardımcı olan Sayın Yrd. Doç. Dr. Recep Serkan Arık'a değerli katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Yüksek Lisans eğitimim boyunca İstanbul'da hep yanımda olan değerli arkadaşım Emel Yenilmez'e yürekten teşekkür ederim.

Bu araştırmaya katılan minik danışanlarıma ve onların değerli annelerine katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmam boyunca beni destekleyen ve cesaretlendiren, her zaman yanımda olan eşim Prof. Dr. Hamdi Akçakoca'ya çocuklarım, Zeynep, Ahmet ve Zülal'e teşekkürlerimi sunarım.

Yalnızca eğitim öğretim hayatımda değil yaşamım boyunca fedakârlıklarını benden esirgemeyen, maddi ve manevi her zaman yanımda olan çok kıymetli annem, hacıannem ve kardeşlerime sonsuz teşekkür ederim.

(AKÇAKOCA, Fatma, Yüksek lisans, İstanbul, 2018)
Gelişimsel Temas Terapisinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan
Çocuklarda Kullanımının Retrospektif İncelenmesi

ÖZET

Bu araştırma Gelişimsel Temas Terapisinin 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 bulunmuştur. Bu bulgular gelişimsel temas terapisinin DEHB li çocuklarda faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Elde edilen sonuçlardan yola çıkılarak DEHB belirtilerinin en aza düşürülmesi amacıyla DEHBli çocukların ebeveynlerine APA tarafından bir terapi yöntemi olarak kabul edilen GTT'si eğitimleri verilerek terapinin evde devamlılığının sağlanması, bu konuyla ilgili çalışma yapmayı düşünen araştırmacılara da ilaç tedavisi ile GTT birlikte uygulandığında, ilaç tedavisinin GTT'nin verimliliğine olan etkisini bulmaya yönelik araştırma yapmaları önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: GTT, DEHB, Dokunma, Oyun

(AKÇAKOCA, Fatma, Masters, İstanbul, 2018)

**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). Different from talk therapies and adopted as a therapy method by APA, DTT uses touch as a therapeutic tool. The purpose of therapy is to create positive change in the child's behavior.

There were 15 (7 female and 8 male) participants recruited for the study, at the ages of 6 to 8 years. Conners 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.

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

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

YEMİN METNİ.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
KISALTMALAR SAYFASI.....	viii
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
BİRİNCİ BÖLÜM: GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Amacı.....	3
1.2. Araştırmanın Önemi.....	4
İKİNCİ BÖLÜM: YÖNTEM.....	6
2.1. Araştırmanın Modeli.....	6
2.2. Araştırma Grubunun Oluşturulması.....	6
2.3. Veri Toplama Yöntemi.....	7
2.4. Veri Toplama Aracı (Conners Ebeveyn Ölçeği).....	7
2.5. Verilerin Analiz Yöntemi.....	8
2.5.1. Split Plot Anova (SPANOVA).....	8
2.5.2. T Testi.....	8
2.6. Sayıtlar.....	9
2.7. Sınırlılıklar.....	9
2.8. Çocuklar İçin Beden Güvenliği Eğitim Programı.....	9
2.9. GTT'nin Çocuklara Uygulanması.....	11

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM: DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB).....13

3.1. Tarihçe.....	13
3.2. Epidemiyoloji.....	14
3.3. Etiyoloji.....	16
3.3.1. Genetik Etkenler.....	16
3.3.2. Nörogelişimsel Etkenler.....	17
3.3.3. Psikososyal ve Çevresel Etkenler.....	18
3.4. DEHB Tanı Ölçütleri.....	19
3.4.1. DSM-V'e göre DEHB Tanı Ölçütleri.....	20
3.5. DEHB Alt Tipleri.....	21
3.5.1. DEHB-Bileşik Tip.....	21
3.5.2. DEHB-Dikkatsizliğin Ön Planda Olduğu Tip.....	22
3.5.3. DEHB-Hiperaktivite ve Dürtüsellliğin Ön Planda Olduğu Tip.....	22
3.6. Komorbidite.....	22
3.7. Tedavi Yöntemleri.....	25
3.7.1. İlaç Tedavisi.....	25
3.7.2. Psikososyal Tedavi.....	26
3.7.2.1. Anne Baba Eğitimi.....	26
3.7.2.2. Çocuk Merkezli Tedavi Yöntemleri.....	27

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM: GELİŞİMSEL TEMAS TERAPİSİ (GTT)..... 29

4.1. GTT'nin Tarihçesi ve Metodları.....	29
4.2. GTT'nin Temel Prensipleri.....	35
4.3. Dokunulan ve Dokunan Kişinin Deneyimi.....	37
4.4. GTT'nin Yapısı.....	38
4.5. GTT'nde Kullanılan Yöntemler.....	39
4.6. GTT'nin Diğer Dokunma Terapilerinden Farkı.....	42
4.7. GTT Oyunları.....	43

BEŞİNCİ BÖLÜM: BULGULAR.....	50
5.1. SPANOVA Testi Değerlendirme Sonuçları.....	50
5.2. T Testi Değerlendirme Sonuçları.....	56
ALTINCI BÖLÜM: TARTIŞMA.....	59
YEDİNCİ BÖLÜM: SONUÇ VE ÖNERİLER.....	63
7.1. Sonuçlar.....	63
7.2. Öneriler.....	64
REFERANSLAR.....	65
EKLER.....	73
1. Conners DEHB Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği.....	73
ÖZGEÇMİŞ.....	75

KISALTMALAR

ANOVA	: Analyses of Variance
APA	: American Psychological Association
CEÖ	: Connors Ebeveyn Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder
GTT	: Gelişimsel Temas Terapisi
SPSS	: Sosyal Bilimler İstatistiksel Paket Programı
SPANOVA	: The mixed-design ANOVA (also known as Split-plot ANOVA)

TABLolar LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 1. Dikkat eksikliği, karşıt gelme, hiper aktivite ve davranım bozukluğu semptom skorları ortalama ve standart sapma değerleri.....	50
Tablo 2. Dikkat eksikliği öntest, sontest ve izlem testi skorlarının SPANOVA Sonuçları.....	51
Tablo 3. Karşıt gelme öntest, sontest ve izlem testi skorlarının SPANOVA Sonuçları.....	52
Tablo 4. Hiperaktivite öntest, sontest ve izlem testi skorlarının SPANOVA Sonuçları.....	54
Tablo 5. Davranım bozukluğu öntest, sontest ve izlem testi skorlarının SPANOVA Sonuçları.....	55
Tablo 6. Dikkat Eksikliği, Karşıt Gelme, Hiperaktivite ve Davranım Bozukluğu Ön Test, Son Test Skorlarının T Testi Sonuçları.....	56
Tablo 7. Dikkat Eksikliği, Karşıt Gelme, Hiperaktivite, Davranım Bozukluğu Son Test, İzlem Testi skorlarının T testi Sonuçları.....	57
Tablo 8. Dikkat Eksikliği, Karşıt Gelme, Hiperaktivite, Davranım Bozukluğu Ön Test, İzlem Testi skorlarının t testi Sonuçları.....	58

ŞEKİLLER LİSTESİ

Sayfa No

Şekil 1. Dikkat eksikliği puan dağılımı.....	52
Şekil 2. Karşıt gelme puan dağılımı.....	53
Şekil 3. Hiperaktivite puan dağılımı.....	54
Şekil 4. Davranım bozukluğu puan dağılımı.....	56

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

DEHB, dikkati sürdürmekte güçlük, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile karakterize, kişinin sosyal, toplumsal ve aile yaşamını etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB bozukluğunun belirtileri genellikle okul öncesi dönemde başlayıp yetişkinlikte de devam etmektedir (Dang et. al., 2007).

DEHB, günümüzde başta okullar olmak üzere toplum ve sağlık hizmetlerinin en önemli konularının başında gelmektedir (Aysev, 2001). DEHB oldukça sık görülen bir hastalıktır. Öyleki çocuk psikiyatri bölümlerine yapılan başvuruların yarısı DEHB tanısı almaktadır (Aysev, 2001; Öktem, 1995; Gül ve ark., 2010). Ayrıca APA'nın yaptığı çalışmaların sonuçlarına göre okul çağı çocuklarında DEHB'nin görülme sıklığı %5 ile %10 arasında değişmektedir (APA, 1994).

Türkiye'deki çocuk psikiyatristlerinin %80.4'ü DEHB'yi ilaçla tedavi etmeyi tercih etmektedir (Semerci, 1999). DEHB ilaçla tedavi edilmekle birlikte psikososyal tedaviler de ilaç tedavisi yanında kullanılmaktadır. Metilfenidat ve amfetamin gibi stimulan ilaçlar ile trisiklik antidepressanlar uzun yıllardan beri DEHB'nin ilaç tedavisinde kullanılmaktadır (Şengül, Kılıç ve Dilbaz, 2005).

Stimülanlar DEHB'li çocukların bilişsel alanlarını, davranışlarını ve okul başarısını olumlu etkilemektedir (Hechtman, Weis, and Perlman, 1984; Karakaya v.d., 2006; Mehta, Goodyer, ve Sahakian, 2004; Öztürk, Sayar, Tüzün ve Kandil, 2000; Scheffler v.d., 2009). İlaç tedavisi DEHB tanılı çocuklarda kısa süreli davranım sorunlarını çözmektedir; ancak ilaç tedavisinin uzun dönemde akademik başarı ve sosyal becerilerin sağlanması üzerindeki etkileri net olarak bilinmemektedir (Greenhill, Halperin ve Abikoff, 1999; Hechtman, 2007).

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 psikososyal ve ilaç tedavilerinin birlikte uygulandığı tedavilerin daha etkin olduğu bulunmuştur (MTA Cooperative Group, 1999).

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).

Davranışçı terapilerin DEHB belirtileri üzerinde etkili olamamasının sebebi çocuklarda bu yaşlarda iç görünümün henüz yeterince gelişmemiş olmasıdır. Bunun yanısıra DEHB’li çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi problemleri bir arada yaşıyor olması, iç görü gelişiminin yaşlarına göre daha da geç oluşmasına sebep olur. Terapilerden faydalanmanın birinci şartı ise kişide iç görünümün bulunmasıdır.

Terapotik anlamda içgörü danışanın bilinçlenmesi (Eisenberg ve Delaney, 1998), danışanın kendi düşünce ve davranışlarını yorumlaması (Kolk, 1998), kendi sorunları ile başa çıkabilmesidir (Egan, 1990). İçgörü gelişimi öncelikle bireyin bilişsel yeterliliği ile ilgilidir (Amador ve David, 2004). DEHB tanılı çocuklarda bireysel terapinin etkinliğini araştıran kontrollü çalışmaların bulunmamasına ve bireysel terapinin 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).

GTT’nin temel varsayımı dokunma konusunda yeterli ve güvenilir bir yetişkinden şefkatli dokunmayı deneyimleyen çocukların davranışlarının iyi yönde değişeceğidir (Brody. V.A., 1992). Yapılan çalışmalarda GTT’nin bağlanma bozukluğundan kaynaklanan davranış bozukluklarının giderilmesinde, dürtüsel çocuklarda, ihmal edilmiş, istismara uğramış çocuklarda, taciz ve tecavüze uğrayan çocuklarda, travma geçirmiş çocuklarda, aşırı hareketli çocuklarda, kendisine çevreye ve canlılara zarar veren çocukların terapisinde çok etkili olduğunu gözlenmiştir.

GTT’nin kuramcısı V. Brody’den (1953) günümüze DEHB’li çocuklarla ilgili bilimsel pek çok araştırma yapılmış ve bu bozukluğun özellikle etyolojisi ve

epidemiyolojisi ile ilgili birçok yeni bilgiye ulaşılmıştır. Bu bilgiler ışığında ölçekler hazırlanmış ve yukarıda bahsedilen farklı tedavi yöntemleri geliştirilmiştir.

GTT'nin bilişsel davranışçı terapiden farkı dokunmayı terapötik araç olarak kullanmasıdır. GTT'ne 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. V. Brody, eserlerinde çok farklı sebeplerden kaynaklanan davranış bozukluklarının büyük bölümünün GTT ile giderilebildiği ile ilgili bilgi vermiştir. DEHB'li çocuklarda da hiperaktivite ve dürtüsellikten dolayı davranış bozuklukları görülmektedir. Bu bilgiler ışığında GTT'nin DEHB'li çocuklar üzerinde etkili olabileceği düşünülmüş ve bu araştırmada GTT'nin, DEHB semptom skorlarına etkisi retrospektif olarak incelenmiştir.

1.1. Araştırmanın Amacı

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. Önce çocukların annelerine Connors Ebeveyn Ölçeği uygulanmış ardından çocukların dikkat eksikliği, karşı gelme bozukluğu, hiperaktivite ve davranış bozukluğu skorları hesaplanmıştır.(ön test) Daha sonra çocukların her birine 3 gün arayla 10 seans GTT uygulanmıştır. Terapiler bittikten sonra annelere Connors Ebeveyn Ölçeği uygulanmış ve semptom skorları tekrar hesaplanmıştır.(son test) Terapi sonlandırıldıktan bir yıl sonra annelere yine connors ebeveyn ölçeği uygulanarak semptom skorları yeniden hesaplanmıştır. (izlem testi) Elde edilen ön test-son test ve bir yıl sonra yapılan izlem testi sonuçları SPSS programında ANOVA (SPANOVA) ve T testinde değerlendirilerek GTT'nin DEHB semptom skorlarına etkisi incelenmiştir. Kısaca bu araştırmada şu sorulara yanıt aramıştır.

1. GTT, DEHB tanısı almış çocukların dikkat eksikliği skorlarını etkilemekte midir, kalıcılığı var mıdır?

2. GTT, DEHB tanısı almış çocukların karşıt gelme bozukluğu skorlarını etkilemekte midir, kalıcılığı var mıdır?
3. GTT, DEHB tanısı almış çocukların hiperaktivite skorlarını etkilemekte midir, kalıcılığı var mıdır?
4. GTT, DEHB tanısı almış çocukların davranım bozukluğu skorlarını etkilemekte midir, kalıcılığı var mıdır?

1.2. Araştırmanın Önemi

Ülkemizde gerçekleştirilen araştırmalarda çocuk ve ergen psikiyatrisine başvuru ve tanı alma sıralamasında DEHB 1. sırada yer almaktadır (Akdemir ve Çetin, 2008; Aras, Taş ve Ünlü, 2005; Çelik, Tahiroğlu, Avcı ve Seydaoğlu, 2009). Ancak DEHB'nin, ana-babalar ve eğitimciler tarafından yeteri kadar bilinmemesinden dolayı Türkiye'de tanı almış çocukların sayısının, gerçek oranın çok altında olduğu iddia edilmektedir (Akt. Sürücü, 2003).

Uzun yıllardan beri DEHB'nin ilaçla tedavisinde metilfenidat ve amfetamin gibi stimulan ilaçlar ile trisiklik antidepressanlar tercih edilmektedir (Şengül, Kılıç ve Dilbaz, 2005). Türkiye'deki çocuk psikiyatristlerinin %80.4'ü DEHB'yi ilaçla tedavi etmeyi tercih etmektedir (Semerci, 1999).

Toplumda görülme sıklığı yüksek olan DEHB, kişinin yanı sıra ailesinin de yaşamında bir çok probleme sebep olan klinik bir tablodur (Turgay, 2009). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, çocukların 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).

DEHB tanılı çocuklarda bireysel terapinin etkinliğini araştıran kontrollü çalışmaların bulunmamasına ve bireysel terapinin 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). Bireysel terapiler DEHB'li çocuklarda etkili olmamaktadır. Bireysel terapiler konuşularak yapılır ve terapiden faydalanabilmesi için, kişinin iç

görüsünün gelişmiş olması gerekir. İçgörü gelişimi öncelikle bireyin bilişsel yeterliliği ile ilgilidir (Amador ve David, 2004). Psikiyatrik hastalar açısından içgörü, hastanın kendi tedavisi ile ilgili tercih yapabilmesi, bulunduğu durumla ilgili akıl yürütebilmesi tedavi sürecindeki durumu ve sonuçlarını kabul edebilmesi, hastalık ve tedaviyle ilgili açıklamaları anlayabilmesi ve hastalığın belirtilerinin farkında olmasıdır (Jaspers 1913, Levis 1934)., (Ruissen ve ark, 2012). Terapotik anlamda içgörü ise danışanın bilinçlenmesi (Eisenberg ve Delaney, 1998), danışanın kendi düşünce ve davranışlarını yorumlaması (Kolk, 1998), kendini anlaması, farkındalığının artması, kendi gelişimi için doğru tercihleri yapabilmesi ve sorunlarını çözebilmesidir (Egan, 1990).

DEHB’li çocuklar davranışlarının sonuçlarını düşünmeden hareket ederler ve aynı hatayı defalarca tekrar edebilirler. Hatalarından ders alamamaları çocukların iç görü geliştiremediğinin göstergesidir. Bu yüzden konuşma terapilerinin DEHB’li çocuklarda pek etkili olmadığı fakat özgüven eksikliği, kaygı, depresyon gibi ikincil belirtilerin giderilemesinde faydalı olduğu düşünülmektedir.

GTT, konuşularak yapılan terapilerden farklıdır. GTT, dokunmayı terapötik araç olarak kullanır. Terapinin amacı, dokunma yoluyla çocuğun davranışlarının iyi yönde değiştirilmesidir. Yapılan araştırmalarda GTT’nin psikosomatik, psikotik ve otistik çocuklar, zarar verici boyutta aşırı hareketli çocuklar, başkalarının canına kasteden çocuklar, ihmal edilmiş ve cinsel istismara uğramış çocuklar, bağlanma bozukluğundan kaynaklanana davranış bozukluğu olan çocukların davranışlarının iyileştirilmesinde etkin olarak kullanılan bir terapi yöntemidir.

Bu bilgiler ışığında, GTT’nin DEHB’li çocukların semptom skorlarını olumlu yönde etkileyebileceği düşünülmüştür. Ayrıca GTT oyunları anneler ve babalar tarafından evde, öğretmenler tarafından kreş, ana okulu ve okullarda oynanabilen kolay, etkili ve masrafsız bir terapi yöntemidir.

İKİNCİ BÖLÜM

YÖNTEM

2.1. 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 & Manion, 1997; Fraenkel & Wallen, 1996). Deneysel araştırmalarda bağımsız bir değişkenin en az bir bağımlı değişken üzerindeki etkisi gözlemlenir (Gay & Airasian, 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).

2.2. Araştırma Grubunun Oluşturulması

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

2.3. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma verileri Conners Ebeveyn Ölçeği ile elde edilmiştir. Araştırmaya katılan çocukların ebeveynlerine ölçek 3 kere uygulanmıştır. Sırası ile ölçümler;

1. Ölçüm (ön test) : GTT uygulanmadan önce,

2. Ölçüm (son test) : GTT'den sonra (10 seansın bitiminde),
3. Ölçüm (izlem testi) : GTT bitiminden 1 yıl sonra.

2.4. Veri Toplama Aracı (Conners Ebeveyn Ölçeği)

Conners Ebeveyn Ölçeği (CEÖ) okul, klinik ve danışmanlıklarda DEHB başta olmak üzere çocuk ve ergenlerdeki sorunlu davranışları tanımlama, uygulanan eğitimin veya tedavinin etkilerini araştırma amacıyla kullanılan araçlardan biridir (Arnold ve ark. 2005, Clendenin ve ark. 2005, Collett ve Gimpen 2004, Cullion ve ark. 2006, Epstein ve Kollins 2006, Hudziak ve ark. 2005, Jensen ve Kenny 2004, Naglieri ve ark. 2005, O'Brien ve ark. 2003, Reitman ve ark. 2001, Whalen ve ark. 2002).

Conners Ebeveyn Ölçeği (CEÖ)-48, 48 maddeden oluşmaktadır.

Dikkat eksikliğini tanımlayan maddeler: 1-6-18-25-31. Maddelerden 5 puan ve yukarısı DE olduğunu belirtir.

Karşı Gelme Bozukluğunu tanımlayan maddeler: 2-8-19-23-29. Maddelerden 7 puan ve yukarısı KGB olduğunu belirtir.

Hiperaktiviteyi tanımlayan maddeler: 4-5-11-13. Maddelerden 7 puan ve yukarısı hiperaktivite olduğunu belirtir.

Davranım Bozukluğunu tanımlayan maddeler: 2-8-14-17-19-20-27-29-35-36-38. Maddelerden 18 puan ve yukarısı DB olduğunu belirtir.

Conners Ebeveyn Ölçeği (CEÖ)'ne dörtlü likert tipi bir ölçek üzerinden cevap verilir. Ölçekteki hiçbir zaman, 0 puan; nadiren, 1 puan; sıklıkla, 2 puan; her zaman, 3 puan. Yüksek puan, belirtilerin yoğun olduğunu ifade etmektedir.

2.5. Verilerin Analiz Yöntemi

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

2.5.1. Split Plot Anova (SPANOVA)

Ölçümlerden sonra elde edilen DEHB semptom skorları (öntest-sontest ve izlem testi sonuçları) SPSS programında split plot ANOVA (SPANOVA) ile

değerlendirilmiştir. SPANOVA istatistiksel bir araç olarak ANOVA'nın bir karmasıdır ve bireyler arası ve bireyler içi sıralı ölçüm analizlerini içermektedir. Aynı zamanda SPANOVA herhangi bir etkileşimsel etkinin ölçümüne olanak tanır. SPANOVA testi sayesinde yapılan uygulamanın ardından bağımlı değişkene ilişkin elde edilen ortalama puanlar karşılaştırılabilmekte ve ölçümler arası farkın anlamlılığı incelenebilmektedir.

2.5.2. T Testi

Hipotez testlerinde yaygın olarak kullanılan bir testtir. Bu test ile iki grubun ortalamaları karşılaştırılarak, iki grup arasındaki farkın rastlantısal mı, yoksa istatistiksel olarak anlamlı mı olduğuna karar verilir. t testi küçük örneklemle de çalışmaya imkan verdiği için , araştırmacılara büyük kolaylık sağlamaktadır.

Üç tür t testi bulunmaktadır. Bunlar tek grup t testi (one-sample t test), bağımsız iki grup arası farkların t testi (independent samples "t" test) ve eşleştirilmiş iki grup (paired-samples "t" test) arasındaki farklılıkların incelenmesine yönelik "t" testidir.

Paired-samples "t" test bir grubun veya örneklemin bir değişkene ait iki farklı zamandaki ölçümlerine ilişkin ortalamalarının karşılaştırılarak söz konusu ortalamalar arasındaki farkın belirli bir güven düzeyinde önemli olup olmadığını test etmek için kullanılır. Tekrarlı ölçümler ile iki ortalamanın karşılaştırıldığı bu duruma tipik örnek araştırmalarda uygulanan ön test-son test modelidir.

2.6. Sayıtlar

Araştırmanın örneklem grubunu, DEHB tanısı almış, farklı okulların 1. sınıfında eğitim alan, 6-8 yaş arası 7'si kız ve 8'i erkek toplam 15 çocuk oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan bu örneklem grubunun evreni temsil ettiği varsayılmıştır.

Araştırmaya katılan çocuklar hastanelerin çocuk psikiyatrisi kliniğinde DSM V tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış çocuklardır. Araştırma grubunda yer alan 15 çocuğun yalnızca DEHB tanısı aldıkları varsayılmıştır.

Çocuklarla ilgili veri toplamak için uygulanan Connors Ebeveyn Ölçeği çocukların anneleri tarafından doldurulmuştur. Soruları cevaplarırken annelerin çocuğun gerçek durumunu yansıtacak derecede objektif oldukları varsayılmıştır.

2.7. Sınırlılıklar

Bu araştırma;

- 6-8 yaş arası 15 çocuk, (hastanelerin psikiyatri kliniğinde DSM V tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış)
- Örneklem sayısı 15 kişi ile,
- Çocukların sadece DEHB tanısı almış çocuklar olduğu bilgisiyle,
- Araştırmaya katılan çocuklar ile ilgili veriler, annelerden alınan bilgiler ve annelere uygulanan Connors Ebeveyn Ölçeği ile,
- Bu araştırma kontrol grubunun olmaması ile sınırlıdır.

2.8. Çocuklar İçin 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.

4- 8 yaş aralığındaki çocukların gelişimine uygun olarak tasarlanmış olan beden güvenliği eğitim programı oturumlar şeklinde yapılmaktadır. Program 72 görsel desteğin kullanıldığı 7 oturumdan oluşmuştur. Çocuğa, kendini koruma becerileri model alma, davranış provaları, sosyal öğrenme ve geribildirim yöntemleri yoluyla öğretilir.

2.9. GTT'nin Çocuklara Uygulanması

GTT'nin temelinde dokunma yoluyla çocuğun sorunlu davranışlarının iyi yönde değiştirilmesi vardır. GTT dokunmayı terapötik araç olarak kullanır. Terapide oyuncak yoktur. Terapist çocukla dokunma merkezli oyunlar oynar. Bu oyunlar GTT'nin kuramcısı V. Brody tarafından geliştirilmiş ve etkinliği gözlemlenmiş oyunlardır. Dokunma oyunları çocuğun cinsel bölgeleri hariç tüm vücudunu kapsar. GTT'ne başlanmadan önce çocuğa beden güvenliği eğitimi verilmiştir. Terapi yapılırken çocuğun ebeveynlerinden biri mutlaka terapi merkezinde bulunmuştur. Çocuğun dikkatinin dağılmaması için ebeveyn terapi odanın dışında beklemiştir. Ancak ebeveynin konuşulanları duyabilmesi ve terapide oynanan oyunları görebilmesi için kapı aralık bırakılmıştır. Oyun oynanırken çocuğun kendini oyuna verebilmesi için çocuk annesini göremeyeceği bir şekilde , sırtı kapıya dönük olarak oturtulmuştur.

Terapiye başlamadan önce çocukların ailelerinden çocuğun terapi sırasında giymesi için terapi kıyafeti getirmeleri istenmiştir. Terapi kıyafeti, çocuğun omuzlarının açıkta kalacağı bir tişört ve diz kapağına kadar uzanan rahat bir şorttur. Çocukların her birine 3'er gün arayla 60'ar dakika süren 10 seans GTT uygulanmıştır. Çocuk bu sürenin 50 dakikasını terapistle birebir oyun odasında geçirmiştir. Kalan 10 dakika ise terapi öncesi ve sonrası kıyafet değişimi için ayrılmıştır.

Seans üç kısımdan oluşur.

1. Karşılama (Merhabalaşma)
2. Ara Vakit
3. Son Vakit (Vedalaşma ve Kucaklama)

Karşılama (Merhabalaşma)

Bu kısım çocuğun terapistle karşılaştığı ilk andır. Terapist çocukla karşılaştığı bu anda bakışlarını çocuğa çevirir, onun göz hizasına gelecek şekilde dizlerini bükerek eğilir ve çocuğa merhaba der. O andan itibaren tüm ilgisini çocuğa yöneltir. Adını ve mesleğini söyleyerek kendini tanıtır. Sonra çocuğa onu farkettiğini hissettirecek sözler söyler. Örneğin ;

“Hoş geldin Nida, bu gün kırmızı çiçekli eteğinin üzerine beyaz gömleğini giydiğini görüyorum. Sarı saçlarını salık bırakmışsın ve başının iki yanına pon ponlu tokalar takmışsın. Ayaklarındaysa kırmızı sandaletler var. Bu gün tam da istediğin gibi giyinmişsin.” Böylece çocukla terapist arasında ilk diyalog başlar. Daha sonra terapist sevecen bir şekilde çocuğun elinden tutarak onu terapi odasına doğru götürür. Terapi odasının kapısına geldiklerinde odada ne kadar süre kalacaklarını ve odada oynayacakları oyunlar hakkında bilgi verir. Böylece çocuk odada neler olacağını önceden bilir. Bu da onun rahatlamasını sağlar. Çünkü çocuklar odada ne yaşayacağını bilmezse huzursuz olurlar. Terapist çocukla birlikte odaya girer ve odayı çocuğa tanıtır. Sonra terapi kıyafetlerini giymesini isteyerek onu odada bir süre yalnız bırakır. Çocuk, kıyafetini değiştirdikten sonra kapıda bekleyen terapisti haber verir ve terapist odaya tekrar girer.

Ara Vakit

Bu vakitte terapist çocuğa oynayabilecekleri oyunları anlatır. Çocuk, GTT oyunlarından birkaçını seçer ve oynar. Bazen terapistin bazen çocuğun başlattığı oyun aktivitelerinin yapıldığı bu bölümde çocuk oyun seçimi konusunda özgürdür. Terapist özellikle çocuğun istediği oyunları oynar. Bazen çocuk kendi oyununu kendisi yaratır. Böyle zamanlarda terapist çocuğa eşlik eder, başka bir oyun oynaması konusunda asla ısrar etmez.

Son Vakit (Kucaklama ve Vedalaşma):

Terapinin en etkin biçimde yapıldığı kısımdır. Çünkü bu kısımda çocuk kucağa yatırılarak ninni söylenir. Bu yöntem, küçük yaşta çocukların dikkatini dağıtan çevresel uyaranların etkisini ortadan kaldırır. Çocuğun dikkatini iç dünyasına vererek duygularını ve bedensel duyumsamalarını tecrübe etmesini sağlar. Ancak bu çalışmaya katılan çocukların yaşları biraz büyük olduğu için ,terapinin bu bölümü biraz değiştirilerek uygulanmıştır. Şöyleki; çocuklardan terapi sırasında kullanılan yer minderine sırt üstü uzanmalarını istenerek başlarının altına yumuşak bir yastık koyulmuştur.Sonra terapist çocuğun sol tarafına, yüzü çocuğa dönük bir vaziyette oturmuş ve çocuktan ellerini karnının üzerinde birleştirmesini istemiştir. Terapist sol elini, çocuğun karnının üzerinde birleştirdiği ellerinin üzerine , sağ elini ise çocuğun kalbinin üzerine koyup çocuğun gözlerine bakarak ona Yuvada Yavru Kuş ninnisini söylemiştir.. Çocukların büyük bölümü ninniden çok hoşlanmış ve her

seferinde ninniye tekrar ettirmiştir. Bazı çocuklarsa önce ninniden hoşlanmamış ama birkaç seans sonra ninniye alışmış ve gözlerini kapatarak, yüzünde tatlı bir tebessümle ninniye dinlemiştir. Hatta ninni bittiği halde gözlerini açmayarak pasif bir şekilde terapistten ninniye tekrar söylemesini istemişlerdir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU (DEHB)

3.1. Tarihçe

DEHB'nin alt tipi olarak bilinen dikkat eksikliğinden ilk olarak bahseden kişi Alexander Crichton'dur. Alexander Crichton 1798 yılında yayınlanan "Mental Restlessness" isimli kitabında dikkat eksikliğinden ilk defa söz etmiştir (Palmer ve Finger, 2001). Alman Psikiyatrist Heinrich Hoffmann, 1846 yılında, çocuk ve ergen psikiyatrik hastalıklarını konu ettiği, farklı kısa hikâyelerin yer aldığı "Struwwelpeter" adlı kitabında, DEHB'yi hiperkinetik bir bozukluk olarak tanımlamıştır (Fitzgerald, Bellgrove & Gill, 2007: akt. Keser, 2010). Bu hikâyelerden birinin kahramanı olan (Zappel-Philipp, Hareketli Philip) Philip, DEHB belirtileri gösteren bir çocuktur (Akt. Thome ve Jacobs, 2004).

1900'lü yıllarda DEHB bozukluğuna bir isim bulunmaya çalışılırken, isimlendirmede daha çok bozukluğun nedeni ve bozukluğun en belirgin özelliği etkili olmuştur. Bu sebeple o yıllarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu "Minimal Beyin Hasarı", "Minimal Beyin Disfonksiyonu", "Uyku Hastalığı", "Hiperkinesis", "Atipik Ego Gelişimi" "Minimal Serebral Palsi", ve "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" şeklinde isimlendirilmiştir (akt. Rafalovich, 2001). 1902 yılında G. F. Still, DEHB'yi doğum öncesi veya sonrasında beyinde oluşan hasarlar ya da genetik eksiklik nedeniyle oluşan ahlaki kontrol sıkıntısı şeklinde tanımlamıştır. Still bu tanımlı saldırganlık, karşı gelme, dikkat dağınıklığı ve kurallara uymama davranışı gösteren 43 çocuk ile yaptığı çalışmalar neticesinde yapmıştır. Alfred Tredgold (1908) ise Still'in kuramını genişleterek DEHB'yi minimal beyin hasarı olarak tanımlamıştır (Fitzgerald, Bellgrove & Gill, 2007: Keser, 2010).

DEHB'nin ilaç ile tedavi edilebileceği 1930 lu yıllarda düşünülmüştür. Bu düşünceyle yapılan araştırmalar sonucu 1950'li yıllarda Ritalin isimli ilaç üretilerek tedavide kullanılmaya başlanmıştır. 1960 yılında DEHB'nin oluşumunda genetik faktörlerin rolü olduğu tespit edilmiştir. 1970'li yıllarda ise dürtüsellik ve dikkat

eksikliği DEHB'nin kapsamına alınmıştır. 1980'li yıllarda ve sonrasında ise DEHB'nin kendi kendine iyileşebilen bir çocukluk hastalığı olmadığı, bu hastalığın ergenlik ve yetişkinlikte de form değiştirerek devam ettiği tespit edilmiştir (Akt. Weiss & Murray, 2003).

APA, DEHB'yi 1968 yılında, "Ruhsal Bozukluklar Tanı ve İstatistik El Kitabı" olan DSMII'de "Çocukluk Hiperkinetik Tepkimesi" olarak ilk kez resmi olarak tanımlamıştır. 1980 yılında APA'nın yayımladığı DSM-III'de DEHB, "aşırı hareket ve dürtüsellikle birlikte, dikkat dağınıklığı öncelikli klinik problemler" şeklinde tanımlanmıştır. DSM III'de (1987) tanı kriterleri değişmemekle birlikte hastalığın adına hiperaktivite terimi ilave edilmiş ve hastalık "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu" olarak isimlendirilmiştir. Bir çocuğa DEHB tanısı koyulabilmesi için dikkat eksikliği, hiperaktivite veya dürtüsellikten yalnızca birinin bulunması yeteli görüldü (Akt. Silver, 2004). 1994'te yayımlanan DSM-IV'de ise tanı kriterleri değiştirilmiş olup, günümüzde kullanılan kriterler belirlenmiştir.

3.2. Epidemiyoloji

DEHB oldukça sık görülen bir hastalıktır öyleki çocuk psikiyatri bölümlerine yapılan başvuruların yarısı DEHB tanısı almaktadır (Aysev, 2001; Öktem, 1995; Gül ve ark., 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 ve ark., 1993; Kayaalp, 2008).

Dünyada DEHB nin görülme sıklığı % 5.29' dur (Polanczyk ve Jensen, 2008). DEHB'in dünyada yaygınlığı çocukluk çağında % 5-10 , yetişkin dönemde ise % 4' tür (Faraone ve ark. 2003; Kessler ve ark. 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 ve Tataroğlu, 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 ve Şener, 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 (Köroğlu, 1994), % 3-17 (Merrel ve Tymms 2001), % 3-10 (Anderson ve ark., 1987; Bird ve ark., 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-Nova, 2003)

3.3. Etiyoloji

Tıp literatüründe en fazla araştırılan bozukluklardan biri olduğu halde DEHB'nin etiyojisi hala net olarak tespit edilememiştir. Bu sebeple DEHB, nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluk olarak kabul edilir (Gücüyener, 2010).

DEHB'nin oluşumunda nelerin etkili olduğu tam olarak bilinmemektedir. Ortaya çıkmasında biyolojik faktörlerin yanında, psikososyal faktörlerin de rol aldığı düşünülmektedir (Kayaalp, 2008(Turgay, 1997). (Perçinel ve Yazıcı., 2015).

3.3.1 Genetik Etkenler

DEHB ile ilgili yapılan, evlat edinme, ikiz ve ailesel yüklülük araştırmaları DEHB etyolojisinde genetiğın en etkili faktör olduğunu göstermektedir.

Yapılan 20 farklı ikiz araştırmasının sonuçlarına göre genetiğın DEHB etyolojisindeki rolü % 76 olarak tespit edilmiştir. DEHB'nin olası sebepleri hakkında yapılan son araştırmalarda tek bir gen etkisinden ziyade, çoklu genetik etkenlerin rol oynadığı sonucuna varılmıştır. Yapılan moleküler genetik araştırmalarda D2, D3, D4 ve D5 reseptörleri ve dopamin taşıyıcıları (DAT) gibi dopamin sistemiyle ilişkili bazı aday genler tespit edilmiştir (Kayaalp, 2008). Son yıllarda yapılan araştırmalarda ise DEHB oluşumunda etkili olduğu düşünülen DRD4, DRD5 ve DAT-1 taşıyıcıları üzerinde özellikle durulmuştur. Bunun yanısıra norepinefrin modülasyonunu sağlayan genlerin de değışikliğe uğradığını gösteren tespitler vardır. Katekolaminler dikkat döngüsü modülasyonunda çok etkilidir. Katekolamin sisteminde meydana gelen bir değışim, dikkatin düzenlenmesinde etkili olur. DEHB tanısı almış kişilerin akrabalarında DEHB görülme olasılığı % 10-35 arasındadır. DEHB'li kişilerin kardeşlerinde DEHB görülme olasılığının % 32 civarında olduğu tespit edilmiştir. Anne ve babasında DEHB olan çocuklarda bu olasılık % 57'dir (Kayaalp, 2008).

Toplumda DEHB'nin görülme oranı % 5-10 iken, akrabalarında DEHB olan bireylerde görülme oranı ise % 10-35 civarındadır. Kardeşlerden birinde DEHB varsa diğerkardeştede DEHB görülme olasılığı ise % 32 civarındadır. Yine yapılan çalışmalarda ebeveynlerinden biri DEHB'li olan çocuklarda DEHB görülme olasılığı % 50 dir (Ercan, 2015).

DEHB'nin kalıtsal olduğu görüşü giderek daha çok kabul görmektedir. Araştırmalar artık daha çok küçük yaştaki çocuklarda yoğunlaşmaktadır. Son

zamanlarda 2, 3 ve 4 yaşlarındaki 6000 ikiz çocuk üzerinde yapılan bir araştırmada genetik faktörlerin DEHB semptomatolojisindeki değişkenliğin % 91'inin temelinde yattığını teyit etmiştir (Schonwald ve Lechner, 2006).

3.3.2 Nörogelişimsel Etkenler

DEHB'in sebeplerini anlamaya yönelik yapılan çalışmaların bir bölümü nörotransmitterler üzerinde yoğunlaşmaktadır. DEHB'li bireylerin kanlarında özellikle norepinefrin ve dopamin daha düşük düzeydedir (Castellanos ve Rapoport 1992). DEHB tanısı alan çocuklarda yapılan araştırmalarda noradrenalin ve dopamin seviyesinin düşük olduğu tespit edilmiştir. DEHB'li kişilerin beyin yapısında bozulmadan ziyade beynin yapısında meydana gelen bir değişimden söz edilebilir. DEHB'li bireylerin beynin ön kısmındaki yapılarında kanlanmanın daha az olduğu ve bu alanlarda şekerin daha az kullanıldığı tespit edilmiştir (Ercan ve Aydın, 2014).

DEHB olan bireylerde ön beyin bölgelerinde glukoz tüketiminin yeterince olmadığı yani bu bölgelerin aktif olarak çalışmadığı tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra yine bu kişilerde dopamin ve noradrenalinin salınımının yetersiz olduğu görülmüştür (Sürücü, 2015).

DEHB olan kişilerin beyin görüntüleme çalışmalarında bu bireylerin beyin hacimlerinin normal bireylerden 1/4 kat daha düşük beyin hacmine sahip oldukları tespit edilmiştir. DEHB olan çocukların beyin aktivasyonları sağlıklı çocuklara göre daha düşüktür (Sürücü, 2015). DEHB olan bireylerin beyin yapısı normal bireylerden farklıdır (Ercan, 2015).

DEHB'nin gelişiminde rol oynayan dört ana bölüm; bazal gangliyonlar, limbik sistem, prefrontal korteks ve retiküler etkinleştirici sistemdir. DEHB'li bireylerin prefrontal korteksleri yeterince etkin değildir. Bu bölge koordinasyon yetenekleri ve yönetici işlevlerden sorumludur. Bazal gangliyonlar beynin kontrol ve engelleme merkezidir. Limbik sistemse odaklanmaya yardımcı olur. DEHB'li bireylerin limbik sistemleri de yeterince aktif değildir (Spodak ve Stefano, 2014). Durston ve arkadaşları 30 DEHB'li erkek çocuğun beyin manyetik rezonans görüntülerini bu çocukların sağlıklı kardeşleri ile karşılaştırmış ve sonuç olarak DEHB'li çocukların sağ prefrontal gri cevher ile sol oksipital gri ve beyaz cevherde hacim düşüklüğü olduğunu tespit etmişlerdir (Schonwald ve Lechner, 2006).

Akıl Sağlığı Ulusal Enstitüsünün yaptığı çalışmalarda DEHB’li olmayan çocukların beyin taramaları DEHB olan çocukların (6 ilâ 16 yaş) beyin taramaları ile karşılaştırmıştır. Yapılan bu çalışmada DEHB olan bireylerin beyinlerde prefrontal korteks gelişiminin DEHB olmayan bireylerin beyinlerine göre yaklaşık üç yıl geride kaldığı tespit edilmiştir (Spodak ve Stefano, 2014).

İnsan beyninin en hızlı geliştiği zamanlar; 3-10 ay, 2-4 yaş, 6-8 yaş ve 14-16 yaşları arasındadır. Gelişim geriliği gösteren çocuklarda geçici DEHB davranışları gözlenir. Bunun yanısıra bir çok hiperaktif çocukta düzensiz elektroensefalografi (EEG) örüntüleri de görülebilir. Bazı çocuklarda ise bu düzensiz EEG bulguları zaman içinde normale dönebilir. DEHB’li çocukların bilgisayarlı beyin tomografi sonuçları tutarsızdır. Bu çocukların merkezi sinir sistemlerinde yapısal hasara ilişkin bulgular yoktur (Şenol ve Şener, 1997). Yapılan araştırmalarda DEHB’li bireylerin, korpus kallozum, nükleus kaudatus, globus pallidus ve putamen gibi beyin çeşitli bölgelerinde farklılıklar olduğu ve globus pallidus hacminin de normal bireylere kıyasla daha küçük olduğu tespit edilmiştir (Kayaalp, 2008). Prematürite , frajil X gibi genetik anormallikler, obstetrik komplikasyonlar, hamilelikte alkol, sigara, uyuşturucu gibi maddelere maruz kalma gibi prenatal ve perinatal dönemdeki çevresel faktörlerde DEHB oluşumuna sebep olabilir (Kayaalp, 2008).

3.3.3. Psikososyal ve Çevresel Etkenler

Psikososyal ve çevresel faktörler DEHB’nin ortaya çıkmasında temel bir etkiden ziyade hazırlayıcı ve hızlandırdırıcı bir rol oynar. DEHB’li çocuklar daha çok ebeveynlerin geçimsiz olduğu ve anne-babanın da sıklıkla ruhsal problem yaşadığı parçalanmış ailelerden gelmektedir. Ailenin dağılması, zorlayıcı etkenler ve duygusal sıkıntı yaratan problemler DEHB’nin ortaya çıkması ve sürmesinde etkili olmaktadır. DEHB’nin ortaya çıkmasında etkili olan nedenler arasında ailenin sosyo ekonomik düzeyi, çocuğun mizacı, genetik nedenler, ailevi problemler ve toplumun beklentileri sayılabilir (Şenol ve Şener, 1997).

Çevresel etkenler arasında, çocuğun doğum öncesi ve doğum sonrasında bazı maddelere maruz kalması da yer almaktadır. Bu konuyla ilgili üzerinde en çok araştırma yapılan maddeler kurşun, gıda boyaları, gıda katkı maddeleri ve çeşitli hormonlardır (Turgay, 1997). Ancak çocuğun bu sayılan maddelerle karşılaşmasının

onda. DEHB gelişimine tekbaşına sebep olduğu söylenemez (Castellanos ve Rapoport, 1992). Evlilik uyumsuzlukları, sosyo ekonomik düzeyin düşük olması, babanın yasalara karşı gelmesi, anne tarafından gelen zihinsel hastalık ve çocuğun koruyucu aile yanına yerleştirilmesinin DEHB'ye sebep olmadığı ancak var olan durumu daha da kötüleştirdiği tespit edilmiştir (Biederman ve ark., 1995). Annenin hamilelik döneminde sigara alkol ve uyuşturucu kullanımı, toksik maddelere maruz kalması, ağır bir hastalık geçirmesi veya travmaya uğraması, bunun yanısıra çocuğun erken doğması, doğum sırasında yaşadığı sorunlar ve doğum sonrasında yaşadığı hastalıklar da DEHB riskini artırır. Bu konuda yapılan bir çok araştırmada DEHB'nin oluşumunda kalıtımın % 80, diğer etkenlerin ise yaklaşık % 5-10 civarında etkili olduğunu göstermiştir (Ercan ve Aydın, 2014).

DEHB'li çocukları konu edinen birçok çalışma, çocukta fizyolojik bir anormallik olup olmadığını araştırmıştır ve DEHB'li çocukların normal çocuklardan farklı olmadığı tespit edilmiştir (Cantwell,1996: akt. Zabcı, 2004). Yapılan EEG çalışmaları, DEHB'ye has bir EEG bozukluğu olmamakla birlikte DEHB'li çocukların EEG'lerinde sıkça nonspesifik değişimler ve yavaş dalga işlevlerinde artma olduğu gözlemlenmiştir (Hechtman,1996). Yani DEHB, EEG kaynaklı bir bozukluk değil, merkezi sinir sistemindeki olgunlaşmanın gecikmesinden dolayı oluşmuş bir bozukluktur. Ergenlik dönemine geldiğinde DEHB'li çocuklarda EEG normal bir hal almıştır (Cantwell,1996: akt. Zabcı, 2004).

3.4. DEHB Tanı Ölçütleri

DEHB, ilk kez DSM II'de (1968) “çocukluk döneminin hiperkinetik reaksiyonu” olarak tanımlanmıştır. DSM III'te ise DEHB hiperaktivite olan ve olmayan şeklinde iki alt gruba ayrılarak açıklanmıştır. 1987 yılında ise DEHB nin ana belirtileri “dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivite olarak belirlenmiş ve DSM-III'te Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olarak tanımlanmıştır (McLeod ve ark., 2008). DSM-IV'te ise DEHB yıkıcı davranım bozukluğu altına girmiş (Morris, 2000; Weis ve Weis, 2002); DSM-V'te ise beyin gelişimi ile ilgili bir bozukluk olduğunu vurgulamak amacı ile “nörogelişimsel bozukluklar” sınıfı içerisinde ele alınmıştır (APA, 2013).

3.4.1. DSM-V'e göre DEHB Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

(1.) Aşağıdaki dikkatsizlik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyiyle uyumsuz bir derecede sürmüştür.

Dikkatsizlik

- a) Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yaparlar.
- b) Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.
- c) Doğrudan kendisine konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.
- d) Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz (Karşıt olma bozukluğuna ya da yönergeleri anlayamamaya bağlı değildir).
- e) Çoğu zaman üzerine aldığı görevi ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.
- f) Çoğu zaman sürekli mental aktivite gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.
- g) Çoğu zaman üzerine aldığı görev ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin oyuncaklar, okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araç gereçler).
- h) Çoğu zaman dikkati dış uyaranlarla kolayca dağınık.
- ı) Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unutkanlıktır.

(2.) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik semptomlarından altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede sürmüştür:

- a) Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- b) Çoğu zaman sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c) Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır (Ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

- d) Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- e) Çoğu zaman hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- f) Çoğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite (Dürtüsellik)

- a) Çoğu zaman sorulan soru tamamlanmadan cevabını yapıştırır.
- b) Çoğu zaman sırasını beklemede güçlüğü vardır.
- c) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).

B. Bozulmaya yol açmış olan bazı hiperaktif-impulsif semptomlar ya da dikkatsizlik semptomları 7 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda semptomlardan kaynaklanan bir bozulma vardır (örneğin evde işte ya da okulda).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu semptomlar sadece bir yaygın gelişimsel bozukluk, şizofreni ya da diğer bir psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır (Şenol, Sener ve Köroğlu, 2011).

3.5. DEHB Alt Tipleri

DEHB alt tipleri belirlenirken son altı ayda baskın olan belirtiler göz önüne alınır.

3.5.1. DEHB-Bileşik Tip

DEHB birleşik tip hem kızlarda hem erkeklerde en fazla görülen tiptir. DEHB'li çocuk ve ergenlerin büyük bölümü bu grupta yer alır. DEHB Birleşik Tipte dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik birarada görülür. Bu bireylerde bulunduğu dönemin gelişim özelliklerine uygun olmayan huzursuzluk, davranışsal ve duygusal engellenme eşliğinde düşme, farklı seviyelerde etkilenmiş dikkat görülür. Bu belirtiler çocuğun okul başarısını ve aile yaşamını olumsuz şekilde etkiler.. Bu durum genellikle erişkin yaşama kadar devam eder (Şenol, Sener ve Köroğlu, 2011).

3.5.2. DEHB-Dikkatsizliğin Ön Planda Olduğu Tip

DEHB Dikkatsizliğin ön planda olduğu tip kızlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Dikkat eksikliğinin önde olduğu tipte, hiperaktivite ve dürtüsellik ölçütleri tam olarak yoktur daha ziyade DSM-V'ün dikkat eksikliği tanı ölçütleri vardır. Bu çocuklar dikkati sağlama, sürdürme ve dikkatin organizasyonu konusunda sorunlar yaşarlar. Dikkatsizliğin ön planda olduğu tipte birey aile ve sosyal ilişkilerinde bazı güçlükler yaşar ancak esas sorun daha çok okulda yaşanır. Dikkat eksikliği yaşayan çocuklar okula sürekli olarak geç kalırlar organize olamazlar, ödevlerini tamamlayamazlar, rüyada gibidirler, eşyalarını sık sık kaybederler. Dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip okula başlayana kadar farkedilmeyebilir bu yüzden ilk kez ilkokul döneminde tanı alır (Şenol, Sener ve Köroğlu, 2011).

3.5.3. DEHB-Hiperaktivite ve Dürtüsellikğin Ön Planda Olduğu Tip

Aşırı hareketlilik ve dürtüsellikğin ön planda olduğu tip erkeklerde kızlara göre daha sık görülmektedir. Bu tipte hiperaktivite-impulsivite belirtileri en az altı aydır devam ediyordur. Dikkatsizlik belirtileri yok denecek kadar azdır. Hareketlilikten dolayı genellikle diğer tiplerden daha erken farkedilirler. Çocuktaki hareketlilik gelişim dönemi ölçülerinden daha fazladır. DEHB'li çocuklar ilk muayenede farkedilemeyebilirler. Tanı özellikle ; okul ve evdeki hareketleri sorgulandıktan sonra koyulur. DEHB'li çocuklar okul öncesinde yapılandırılmış oyunları oynamakta zorlanırlar. Çocuk büyüdükçe motor aktivite genellikle azalır ancak erişkinlikte yerini duygusal huzursuzluğa bırakır. Bu tip çocukların engellenme eşikleri çok düşüktür (Şenol, Sener ve Köroğlu, 2011).

3.6. Komorbidite

DEHB oldukça sık olarak başka ruhsal bozukluklarla birlikte görülebilmektedir (Barkley 1998, Hinshaw 2002, Ravens, Sieberer vd. 2008). DEHB'li bireylerin % 60-100'ünde birden fazla eş bir tanı görüldüğü belirtilmektedir (Rommelse ve ark., 2009). Bu yüzden DEHB için tanı ve eşlik eden bozukluk arasındaki ayrımı yapmak çok zordur (Biederman, Monuteaux, Kendrick, Klein & Faraone, 2005). DEHB'nin yanında daha çok kaygı bozukluğu, davranış bozukluğu,

tik bozukluğu ve karşı gelme bozukluğu eş tanı almaktadır (Toros ve Tataroğlu, 2002).

DEHB olan bireylerde “karşı gelme bozukluğu” (%60), “davranış bozukluğu” (%15), “kaygı bozuklukları” (%30), “öğrenme ve duygu durum bozuklukları” (%25) diğer kişilerden daha fazla görülmektedir (Biederman, Monuteaux, Kendrick, Klein & Faraone, 2005). Bu hastalıklar DEHB ile başlayabildiği gibi, tedavinin geciktirilmesi sonucu da oluşabilir (Tahiroğlu, Avcı, Fırat & Şeydaoğlu, 2005). DEHB'ye eşlik eden bu bozukluklar nedeniyle çocuğun evde ve okulda yaşadığı bilişsel ve davranışsal sorunlar daha da artmaktadır (Barkley 1998; Hinshaw, 2002; Ravens-Sieberer v.d. 2008). Yine yapılan bir başka çalışmada, çocukluktaki belirtilerin ergenlik ve yetişkinlikte % 65 gibi yüksek bir oranda devam ettiği görülmüştür (Faraone ve ark., 2006).

Ülkemizde 'de yapılan bir çalışmada, DEHB tanısı alan çocuk ve gençlerde DEHB'ye eşlik eden bozukluklar cinsiyet ve yaş bakımından incelendiğinde bu kişilerin %29'unda DEHB'ye eşlik eden bir başka bozukluk bulunmazken, %35'inde bir bozukluk, %25.5'inde iki, %8'indeyse üç bozukluğa rastlanmıştır. DEHB tanılı çocukların %50'sinden fazlasının diğer bir eş tanısı vardır ve bu durum yaş arttıkça fazlalaşmaktadır. Ayrıca, eş tanı sıklığı yaşa, cinsiyete ve örneklemin türüne (klinik örnekleme epidemiyolojik örnekleme göre daha yüksek) göre değişmektedir (Hechtman, 2007).

DEHB tanılı çocukların %87'si bir; % 56'sı en az iki psikiyatrik eş tanı almaktadır (McGough v.d. ,2005). Yapılan bir başka araştırmada DEHB tanılı çocukların ve ergenlerin %44'ünde başka bir psikiyatrik eş tanı görüldüğünü bildirmişlerdir. Bu hastaların %29'unda kaygı bozukluğu, %18'inde davranım bozukluğu, %18'inde majör depresyon ve %8'inde de bipolar bozukluk saptanmıştır (Biederman, Monuteaux, Kendrick, Klein ve Faraone, 2005).

DEHB'ye eşlik eden bozuklukların başında karşı gelme bozukluğu ile davranış bozukluğunun olduğu tespit edilmiştir(Cantwell, 1996; Erman, Turgay, Öncü ve Urdarivic, 1999; Kılıç ve Gener, 2005; Pekcanlar v.d., 2001). DEHB ile karşıt olma-karşı gelme bozukluğunun birarada olma sıklığı %54-67 iken, davranım bozukluğu ile birarada olma sıklığı %20-56'dır (Barkley, 2006). DEHB'nin diğer bozukluklarla birlikte görülme oranlarını davranış bozukluğu için %30-50; duygu

durum bozukluğu için %15-75 ve kaygı bozukluğu için ise %25 tir (Biederman, Newcorn ve Sprich, 1991).

DEHB'li çocukların büyük bölümünde yüksek oranda özel öğrenme güçlüğü de görülebilmektedir (Fletcher, Shaywitz ve Shaywitz, 1999). Özel öğrenme güçlüğü ve DEHB'nin birarada görülme sıklığı %10-25 dir (Öner, Öner ve Aysev, 2003).

Alanyazın incelendiğinde, yukarıda görülen bozukluklar dışında, DEHB'ye farklı ruhsal bozukluklar da eşlik etmektedir. DEHB'ye yaklaşık %25 oranında kaygı bozukluğu eşlik etmektedir (Jarrett ve Ollendick, 2008). Gilles de la Tourette Sendromunun DEHB ile birlikte görülme oranı ise bu tanıyı alan 40 çocuk ve ergende %35 tir (Semerci, 2001). Çocuk psikiyatri kliniğine başvuran 262 çocuk arasından mani ölçütlerini karşılayan çocukların %94'ü, aynı zamanda DEHB ölçütlerini karşılamaktadır (Wozniak v.d. ,1995).

DEHB tanılı çocuklarda dışa yönelim belirtileri erkek çocuklarda daha fazladır (Soler, Castro Sáez, Alcántara López, Fernández Fernández ve López Pina, 2009). Ergenlik döneminde ise içe yönelim sorunlarının ortaya çıkma olasılığı DEHB li çocuklarda daha yüksektir (Öncü, Öner, Öner, Aysev ve Canat, 2002).

DEHB'li olan çocuklarla ilgili yapılan araştırmalarda, bu çocuklarda ergenlik döneminde fazla sayıda psikiyatrik bozukluk geliştiği tespit edilmiştir (Aysev ve Öner, 2001). Bunun nedeni, DEHB'nin yaşam boyu süren bir nörogelişimsel bozukluk olması ve bu bozukluğun diğer psikiyatrik bozuklukların gelişmesine yatkınlık oluşturmasıdır. Örneğin, dikkat eksikliğinden kaynaklanabilen ders başarısındaki düşüklük, arkadaş ve aile ilişkilerindeki sorunlar çocukta depresyon gelişimine neden olabilmektedir (Aysev ve Öner, 2002).

Tanı almayan gençlere oranla, DEHB tanılı gençlerde 5.5 daha fazla major depresyon bozukluğu görülmektedir ve DEHB ile major depresyon bozukluğu eş tanı birlikteliği %12 ile %50 arasında değişmektedir. DEHB ve eşbozukluklar çocukluk döneminde tedavi edilmediğinde, ergenlik ve yetişkinlik döneminde bu bozuklukların şiddeti daha da artmakta, antisosyal kişilik bozukluğu ve madde bağımlılığına dönüşebilmektedir (Angold, Costello ve Erkanli, 1999).

3.7. Tedavi Yöntemleri

3.7.1. İlaç Tedavisi

Uzun yıllardan beri DEHB'nin ilaç tedavisinde amfetamin ve metilfenidat gibi stimulan ilaçlar ile trisiklik antidepressanlar kullanılmaktadır (Şengül, Kılıç ve Dilbaz, 2005). 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 ve Keating, 2009; Meijer, Faber, van den Ban ve Tobi, 2009). Türkiye'deki çocuk psikiyatristlerinin %80.4'ü DEHB'yi ilaçla tedavi etmeyi tercih etmektedir (Semerci, 1999).

Stimulanlar DEHB'li çocukların bilişsel alanlarını, davranışlarını ve okul başarısını olumlu etkilemektedir (Hechtman, Weis, and Perlman, 1984; Karakaya v.d., 2006; Mehta, Goodyer, ve Sahakian, 2004; Öztürk, Sayar, Tüzün ve Kandil, 2000; Scheffler v.d., 2009). Ancak ilaç tedavisi DEHB tanılı çocuklarda kısa süreli davranım sorunlarını çözmekle birlikte uzun dönemde akademik başarının ve sosyal becerilerin sağlanmasında yeterli görülmemektedir (Greenhill, Halperin ve Abikoff, 1999; Hechtman, 2007). Bununla birlikte, bütün dünyada çok yaygın olarak kullanılmakta olan metilfenidatın yan etkileri ve kötüye kullanımı halen tartışılmaktadır. (Advokat, Guidry ve Martino, 2008; Kollins, 2007; Stoops, Glaser, Fillmore ve Rush, 2004; Teter, McCabe, Boyd ve Guthrie, 2003) Stimulanlar, çocuklarda uyku bozuklukları ve iştahsızlık gibi yan etkiler yaptığı için çocukların beslenme durumlarına ve gelişimleri üzerinde uzun süreli kullanımının etkisi hala net değildir (Berman, Kuczenski, McCracken ve London, 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, Gelperin, Hammad, Phelan ve Johann-Liang, 2009). Bu konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda ise stimulanların ve atomoksetinin kardiyovasküler sistemde aritmi gibi sorunlara yol açabileceği belirtilmiştir (Karadeniz, 2009; Meijer v.d., 2009; Özelce, 2008).

3.7.2 Psikososyal Tedavi

İlaç tedavisi ile Psikososyal tedavilerin birleştirmesi, davranışların yerleşebilmesi için pekiştirme seanslarının yapılması DEHB'nin tedavisinde ümit verici bir yaklaşımdır (Hechtman, 2007).

3.7.2.1. Ana-Baba Eğitimi

Aile ve öğretmen eğitimi DEHB'li çocukların tedavisinde etkinliği kanıtlanmış yöntemlerden birisidir (Pelham, Wheeler ve Chronis, 1998; Chronis, Jones ve Raggi, 2006; Olfson, Gameraff, Marcus ve Jensen, 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-Barke, Daley, Thompson, Bradbury ve Weeks, 2001). Bu programların amacı, aile-çocuk iletişimini geliştirerek çocuğun problem davranışını, ailenin tutarlı ve belirli kurallarla nasıl yöneteceğini göstererek etkili ana-babalık yöntemlerini ailelere öğretmektir (Hautmann, Hanisch, Mayer, Plück ve Döpfner, 2008; Wells v.d., 2006). Davranışçı terapi eğitimleri sırasında ailelere ev ödevleri ve okuma materyalleri verilmektedir. Ailelere hedef davranışların belirlenmesi ödül sisteminin yerleştirilmesi, sonuçlara dikkat edilmesi, mola ve yanıt maliyetinin tamamı öğretilmektedir. Oluşturulan grupta sekizden fazla çift bulunmamakta ve seanslar 8-10 hafta sürmektedir (Hechtman, 2007).

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 ilişkisinde olumlu etki yaratmaktadır. Ayrıca bu çalışmalar annenin stresinde ve depresyonunda azalma sağlamaktadır (Estrada ve Pinsof, 1995; Fabiano v.d., 2009; McCart, Priester, Davies ve Azen, 2006; Pelham ve Fabiano, 2008; Sonuga-Barke v.d.2001,)

Ayrıca, 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).

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 bilesik tedavi arasında etkinlik açısından fark bulunmazken, ilaç ve psikososyal tedavilerin birlikte uygulanmasının uzun dönemde daha etkili olduğu bulunmuştur (MTA Cooperative Group, 1999).

Annedeki DEHB belirtileri davranışçı aile programını ve çocuğun gelişimini olumsuz etkilemektedir. Ayrıca, diğer psikososyal girişimlerde olduğu gibi, davranışçı aile eğitim programlarının etkinliği tedavi sonlandırılınca azalmaktadır (Sonuga-Barke, Daley, ve Thompson,2002). Bu sebeple William Pelham, belli aralıklarla ailelerle temasın sürdürülmesini önermiştir (Akt. Hechtman, 2007).

3.7.2.2. Çocuk Merkezli Tedavi Yöntemleri

DEHB tanılı çocuklara uygulanan bireysel terapi, yaz dönemi tedavi programları (summer treatment program), sosyal beceri eğitimi, DEHB li çocuklara koçluk gibi destek grupları ile akademik organizasyon becerileri ve öğretmen eğitimi gibi sınıf içi tedavi yaklaşımları bu grup içerisinde ele alınmıştır. Bu tedavi yaklaşımlarında, çoğunlukla edimsel koşullama ve sosyal öğrenme ilkelerini esas alan davranışçı teknikler kullanılmaktadır. Bu tekniklerle çocuğa kendini kontrol, kendini izleme ve öfke yönetimi yetileri kazandırılır (Hibbs, 2007).

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, Prevatt ve Proctor, 2005).

DEHB çocukların sosyal işlevlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Sosyal işlevlerdeki bozulmalar sebebiyle bu çocuklar arkadaşları ve sosyal çevresi tarafından reddedilmekte ve çocukların özgüveni olumsuz etkilenmektedir (Hechtman, 2007). Bu durumu önlemek ve tedavi etmek amacıyla çocuklara sosyal beceri eğitimleri verilmektedir. Yapılan sosyal beceri programlarının çocukların günlük hayatta yaşadıkları sorunlarla baş etmede faydalı olduğunu bildiren

çalışmalar bulunmaktadır (Frankel, Myatt, Cantwell ve Feinberg, 1997; Gol ve Jarus, 2005).

DEHB tanılı çocuklarda bireysel terapinin etkinliğini araştıran kontrollü çalışmaların bulunmamasına ve bireysel terapinin 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)

DEHB'li çocukların tedavisinde kullanılan psikososyal tedavi yöntemlerinden biri de okuldaki davranışları geliştirmek ve akademik kazanımları artırmak için sınıf içi davranış düzenleme ve akademik organizasyon beceri müdahaleleridir (Hechtman, 2007). Bu müdahalelerde ana-baba ve okul ya da öğretmen katılımı zorunludur. Hedeflenen stratejilerin uygulanması için ana-babalara ve öğretmenlere davranış yönetimi metotları ayrıntılı ve uygulamalı olarak öğretilir (Hibbs, 2007). Dünya genelinde kullanılan tanı ve tedavi kılavuzlarında, davranışçı terapi ile uzun etkili ilaç tedavisinin birlikte uygulanması DEHB tedavisinde en uygun yöntem olarak önerilmektedir (Rader, McCauley ve Callen, 2009; Taylor v.d., 2004). Alanyazında hidroterapi, akupunktur ve diyet gibi tedavi yöntemlerinden söz edilmektedir (Schmidt v.d., 1997). Ancak, bu yöntemlerin etkinliğini gösteren yeterli sayıda araştırma bulgusu yoktur (Antshel ve Barkley, 2008).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

GELİŞİMSEL TEMAS TERAPİSİ (GTT)

Bu bölümdeki bilgilerin tamamı Viola Brody'nin Developmentel Touch Therapy isimli kitabından alınmıştır.

*“Beni kaldır ve bir bebek gibi taşı.
Ben senin küçük bebeğinmişim gibi yap.”*

-Dört yaşında bir çocuğun Gelişimsel Temas Terapistinden ricası

İnsan ruhunun derinliklerinde kendisine şefkatle dokunabilen ve temas kurmada istekli olan bir yetişkin tarafından dokunulma arzusu ve başkasının dokunanı olma potansiyeli vardır. Dokunmak insan hayatı için büyük önem taşımaktadır. Büyürken yapılan birçok davranışın temelinde çocuğun gereksinim duyduğu dokunulma ihtiyacının karşılanmasını sağlamak yatar. Dokunma ve fiziksel temastan mahrum bırakılmış çocukların davranışları incelendiğinde, yetişkinlerin kendilerine dokunmasını sağlamak için sık sık hasta olmak gibi bilinçaltı birçok girişimlerde buldukları görülmüştür.

4.1. GTT'nin Tarihçesi ve Metotları

İçinde bulunduğumuz yüzyılda, birçok psikoterapi yöntemi ortaya çıkmıştır. Kullanılan teknikler arasında kesişen noktalar olsa da hepsinin metodu farklıdır. Genele bakıldığında, modern psikoloji akımları, isimlerini, kullandıkları özgün metodolojiden alırlar. Psikolojik akıma özgü olan tedavi yaklaşımı genellikle tek bir psikoterapistin keşfettiği birçok bulgunun bir arada düzenlemesinden meydana gelmektedir. Tecrübe ve düşünce bir psikoterapi kuramının en önemli iki faktörüdür. Tecrübe arttıkça düşünceler netleşir Uygulamacı psikoterapist keşfeder ve bulduğu yeni yöntemlerin psikoterapide etkili ve değerli olduğu kanaatine varır. Bulduğu bu

yeni yöntemi psikoterapi uygulamalarıyla test eder ve eğer etkili olduğunu görürse, o zaman psikoterapide yeni bir yaklaşım metodu ortaya koymuş olur.

V. Brody çok çocuklu bir ailenin en büyük çocuğu olarak doğdu. Büyük çocuk olması onun kardeşlerinin gelişimini doğumdan itibaren deneyimleyerek fark etmesini sağladı. Ayrıca Çocuk psikoterapisti olmadan önce uzun yıllar öğretmen olarak çalıştı. Dolayısıyla, çocukları tanıma, onlara yardım etme ve çocuklara bir şeyler öğretme konusunda tecrübe kazandı.

V. Brody yirmi yıllık öğretmenlik hayatından sonra 1953 yılında psikosomatik hastalıkları bulunan çocukların tedavi edildiği bir hastanede çocuk terapisti olarak çalışmaya başladı. Psikoterapi yapmaya başladığı zaman amacı çocuklara psikolojik yardım sağlamaktı. Ancak çalıştığı bölümde çocuk analizine cevap vermeyen birçok çocuk bulunuyordu. V. Brody, buradaki çocuklara o güne kadar denenmiş bütün yöntemlerin dışında bir yöntem uygulamaya başladı. Bu yöntem çocuklara dokunmaktı.

O dönemde V. Brody tedavilere yanıt vermeyen bu çocukları kardeşlerine yaptığı gibi kucağına alarak taşıyor, kucağında sallıyor, banyo yaptırıyor, saçlarını tarıyor onlara şarkı ve ninniler söylüyordu. Aynı zamanda terapi sırasında çocukların da kendisine dokunmasını sağlıyordu. Bir süre sonra bu çocuklarda gözle görülür iyileşmeler olmaya başladı. Bunun üzerine çocuk analistleri, V. Brody'nin uyguladığı bu yöntemi desteklemeye başladı. V. Brody çalışmalarına destek bulduktan sonra doğaçlama olarak uyguladığı davranışları daha sistemli bir biçimde farklı çocuklara da uyguladı. Uygulamalar sonucu elde ettiği veriler çok ümit vericiydi. Çocuklarla çalışırken bir taraftan da dokunma sırasında çocuğun iç dünyasında neler olup bittiğini, onları iyileştiren şeyin ne olduğunu düşünüyordu. Bu yüzden çocuklarla yapılan bütün çalışmaları araştırdı ve bu konuyla ilgili literatürü taradı. Ancak o güne kadar çocuklara dokunarak yapılan bir terapi yöntemine rastlamadı. Çünkü o dönemde bir çok çocuk terapisti çocuklara hiç dokunmuyordu, az sayıda terapist ise dokunmayı çocukları kontrol etmek için cezalandırıcı ya da engelleyici bir şekilde kullanıyordu. Oysa Brody dokunmanın çocukları iyi yönde değiştirdiğini çalışmaları sırasında deneyimleyerek görmüştü. Aklındaki sorulara cevap aradığı bir sırada Austin Des Lauriers in süpervizyonunda çocuk terapisti olarak çalışmaya başladı.

Lauriers o yıllarda Şikago’da bir hastanenin baş psikoloğu olarak görev yapıyordu. Lauriers burada hepsi çok ciddi rahatsızlıkları olan, otizm ya da şizofreni tanısı almış çocuklarla çalışıyordu. Brody, Lauriersin yanında çalışmaya başlayınca terapi seanslarında onu gözleme fırsatı buldu. V Brody, Laurisin çalışmalarında onun çocuklarla sürekli olarak fiziksel temas halinde olduğunu gördü. Des Lauriers çocuklarla temas kurmak için, parmaklarını, ellerini ve vücudunun diğer kısımlarını hatta hemen hemen tüm vücudunu kullanıyordu. Terapi seansları boyunca çocuklara defalarca dokunuyordu. Birçok defa onun kendisini bir çocuğun önüne gelecek şekilde konumlandığını görüyordu. Bu şekilde çocuk hareket etmek için onunla temas etmek zorunda kalıyordu. Bu tür temaslar yoluyla çocuğun vücudunun önce küçük bir kısmına, sonra daha geniş bölgelerine ve sonunda özel bölgeleri hariç tüm vücuduna dokunuyordu. Çocuklar önce onun fiziksel benliğini kabul ediyor sonra onunla mücadele etmeyi öğreniyorlardı.

Des Lauriers de fiziksel temasın iyileştirici olduğuna inanıyordu. Onun, benlik gelişim teorisine göre; çocuğun fiziksel ve zihinsel benlik bilinci yetişkinin benlik bilincinden çok farklıdır. Yetişkin, isteklerinin, duygularının ve değerlendirmelerinin bilincinde hareket ederken; yeni doğan bir bebeğin kararlarını ve davranışlarını belirleyen sübjektif kimliğine dair bir hissiyatı yoktur. Kendilik hissiyatı doğumla beraber başlar. Kendilik hissinin ilk emaresi kişinin kendi bedeninin farkında olmasıdır. Beden bilinci annenin bebekle kurduğu fiziksel temas, onun şefkatli ve oyuncu tutumu sonucunda oluşur. Bebek annesinin dokunduğu, tuttuğu adını söylediği ve öptüğü beden kısımlarının kendine ait olduğunu anlar. Bebek vücudunun bölümlerini ilk önce birbirinden farklı bölümler olarak algılar fakat daha sonra kendi vücudunun kesin sınırları olduğunu ve bu sınırlarının kendisini kapsadığını aynı zamanda dış dünyadan ayırdığını öğrenir. Kendi vücudunu diğerinin vücudundan ayırmayı öğrenen çocuk daha sonra kendi benliğini kendisine ait olmayandan ayırabilir.

Des Lauriers’e göre benlik oluşumu çocuğun kendi vücudunu takdir etmesiyle başlar. O, çocuktaki bedensel bilincin başlangıcını “bedensel benlik” diye adlandırmaktadır. Des Lauriers çocuğun gelecekte tam ve bütün bir benlik gelişimini sağlayabilmesi için bedensel benliğin ortaya çıkması gerektiğine inanır. Bedensel benlik psikolojik benlik (kendilik duygusu, “ben” hisse, karar veren, seçim yapan ve hareket eden içimizde var olan öz) gelişiminin temelini oluşturur. Bu gelişim

çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik suresince devam eder. Fakat gelişimin hızı yetişkinlikte diğer yaşam evrelerine kıyasla çok azalır ve daha az değişkenlik gösterir. Esas itibariyle, gelişim devamlıdır, sürekli evrilir ve insanın “kimlik” bilinci ya da benlik bilinci giderek karmaşıklaşır.

Des Laurierse göre, her dokunuş duyu uyarıcı temas değildir. Dokunuşun duyu uyarıcı temas olarak sınıflandırılması için temasın dokunulan çocukta bedensel benlik oluşumunu desteklemesi gerekir. Bu yüzden bu terapötik hedefi başarıyla uygulamak için çocuklara dikkatle seçilmiş dokunuşlar uygulamak gerekir. Duyu uyarıcı temas dokunulan ve dokunan arasında bir ilişki oluşturur. Duyu uyarıcı temas, dokunulan çocuğu bedeninin farkında kılan, dokunulduğu bilincini kazandıran ve dokunan kişinin kim olduğunu anlamasını sağlayacak her türlü somut temastır.

Des Lauriers’e göre kişinin psikolojik benliğinin gelişmesi, diğer insanlarla kurduğu ilişkilere bağlıdır. Bu ilişkilerin en önemlisi ise kendisini çocuğunun benliğini büyütmeğe adanmış olan anne-çocuk ilişkisidir. Des Lauriers, çocuklarla çalışan terapistlerin *anne* olmaları gerektiği üzerinde özellikle vurgu yapar. Çünkü annenin tutum ve hisleri çocuğun benlik gelişimi üzerinde çok etkilidir. Tutum ve hisler kişinin özünün bir parçasıdır ve kişinin bütünüyle ilgilidir. Bunlar Des Lauriers’e göre çocuğun psikolojik benliğini şekillendiren en güçlü etkenlerdir.

V. Brody, Des Lauriers in yanında çalışırken hem onun çocuklarla olan ilişkisini gözlemliyor hem de araştırmalarına devam ediyordu. Özellikle çocuklar üzerinde yapılan araştırmaları ve çocuklar hakkında yazılan kitapları okuyordu. Filozof ve ilahiyatçı Martin Buber’in kitabı “Ben ve Sen” i okuyunca düşünceleri iyice netleşti. Çünkü ağır rahatsızlığı olan çocukları tanıdıkça “ego, kimlik, ben ve kendilik” gibi isimler verilen olgunun bu çocuklarda gelişmediğini gözlemlemişti. Bu çocuklarda benlik duygusu ya hiç oluşmamıştı ya da çok sınırlıydı.

Buber kişinin “*Ben*” dediği kendilik hissini oluşmasının tek yolunun başka bir insanla, yani *Sen* ile tanışmasıyla mümkün olduğunu söylüyordu. *Ben*, Buber’e göre, asla tek başına yaşayan bir insanın ürünü değildir- “Biz asla kendi eylemlerimizle *ben* olamayız.” Tam tersi, *Ben*’in dogması ve büyümesi için karşıda bir “*sen*” olması gerekir.

Ona göre. *Sen*’in varlığı *Ben*’i etkiler ve değiştirir. *Ben-sen* karşılaşması konuşulan sözler ya da karşılaşma sırasındaki davranışlarla değil adanmışlıkla

ilgilidir. Bu karşılaşmada, benlik benlikle buluşur. *Ben* in oluşabilmesi için *sen* in kendini çocuğa adaması gerekmektedir.

V. Brody, Buber'in kitabını okuduktan bir süre sonra, Janet Adler'in liderlik yaptığı "Otantik hareket" adlı atölye çalışmasına katıldı. Atölye çalışmasında Adler iki katılımcı arasındaki etkileşimi yönetiyordu. İlk olarak, katılımcılardan birisini şahit (Terapist) diğerini hareketçi (danışan) olarak belirliyordu. Hareketçiye gözlerini kapatarak vücuduna yönelmesini ve vücuduyla birlikte duygularını ve vücudunun içindeki dürtüleri dışa vurmasını istiyordu.

Şahit hareketçiyi gözlemliyor ve hareketçinin dışavurumundan dolayı kendinde oluşan tepkileri not ediyordu. Adler'e göre bu terapötik ilişkinin bir örneğidir. Adler bu çalışmaya katılmanın kişinin diğerleri tarafından görülmesine izin verebilmesini, diğerlerini görmesini ve sonunda kendi kendisini görmesini sağlayacağını söylüyordu. Hareketçi olduğu zaman karşısındaki kişinin onu gerçek anlamda görüyor olmasının verdiği doğrulanma hissini takdir ettiğinde kendisinde sahip olduğunu bile bilmediği nitelikleri gördü. Görülme deneyimi ona şahit olmak için nasıl olmak gerektiğini gösterdi. Adler'inde dediği gibi Şahit ya da gören olmak için öncelikle görülmenin nasıl bir his olduğunu deneyimlemek gerekir. En önemlisi, bu çalıştay ona diğerleri tarafında görülme, başkasını görme ve kendini görme arasında nedense bir ilişki olduğunu gösterdi. Gerçekten görülen çocuğun hissettiği muhteşem duyguyu bu çalıştayda anladı. V. Brody çocuklarla ilgili birçok çalışmaya ve eğitime katıldı.

Katıldığı bu eğitimlerden özellikle psikolog Austin Des Lauriers, filozof ve İlahiyatçı Martin Buber ve Hareket Terapisti Janet Adlerden çok etkilendi. Benlik gelişimi ve benlik psikolojisi hakkında onlardan öğrendikleri daha sonradan adına GTT diyeceği terapi kuramını oluştururken ona rehberlik etti.

Eğitimlerden aldığı bilgilerle uygulamalarını birleştirerek çalışmalarına hız verdi. V Brody çocuklarla yaptığı terapilerde Des Lauriers'in şizofrenik çocukların benlik bilincinin dokunma yeteneği olan bir başkası tarafından geliştirilebileceği yönündeki düşüncesinin doğrulandığını gördü. Sadece şizofrenik çocukların değil, nispeten daha az zihinsel sorunları olan çocukların hatta normal çocukların bile bedensel benlikleriyle ilgili belirgin bir farkındalıkları olmadığını keşfetti. Hâlbuki Beden bilinci çocuk gelişiminin temelini oluşturuyordu. Ayrıca beden bilinci,

psikolojik gelişimin başlangıcı ve devamı için gerekliydi. V. Brody’de Des Lauriers gibi çocuklarda bedensel benlik bilinci oluşturmak için terapistin aktiviteleri bilinçli bir şekilde seçmesi gerektiği kanaatine vardı. Des Lauriers’in anne-çocuk imajı gibi Buber’in Ben-Sen karşılaşması konsepti bir terapötik ilişkide olması gereken nitelikleri açıklıyordu. Buber’in ilişkiyi bir diyalog olarak görmesi Brody’nin terapi sırasında oluşan çocuk - yetişkin ilişkisine farklı bir gözle bakmasına sebep oldu. Buber’in Ben- sen konsepti GTT kuramında “görme ve görülme diyalogu olarak yer aldı. Bundan sonra Brody terapistin çocuklarla aynı anı paylaşıp paylaşmadığına bütünüyle o anı yakalayıp yakalamadığına dikkat etmeye başladı. Eğer terapist çocuğun belirtilerini doğru zamanda yakalıyorsa ya da çağrısına zamanında cevap verebiliyorsa, bu durum çocuğun kendi varlığının bilincine varmasını sağlıyordu.

Des Lauriers psikoterapistlerin çocuğa karşı tükenmeyen bir cömertlikle yaklaşan sevecen bir yetişkin hatta anne olmalarını zorunlu sayıyordu. Des Lauriers Brody’e bir mantık çerçevesi sunarak, Gelişimsel Temas terapistlerinin de dokunmayı öğrenmesinin gerekliliği üzerinde çok vurgu yaptı. Bunun üzerine Brody çocuklarla çalışan terapistleri gözlemlemeye başladı. Terapiler sırasında çocukluğunda güvenilir yetişkinler tarafından sevgi ile dokunularak büyütülen terapistlerin çocukların terapilerinde daha başarılı olduklarını gördü. Dokunma konusunda olumsuz deneyimleri olan terapistlerse çocuklarla gerçek anlamda ilişki kuramıyordu . Bu yüzden Brody çocuklara terapi yapacak yetişkinlerin de güvenli dokunulmayı deneyimlemiş olmaları gerektiği fikri üzerinde düşünmeye başladı. Özellikle Gelişimsel Temas terapisti olarak yetiştirilecek olan yetişkinlerin çocuklara dokunmaya başlamadan önce, dokunma konusunda yeterli bir insan tarafından dokunulmalarının gerekli olduğuna karar verdi.

Çünkü dokunmak GTT’nin özünü oluşturur, gelişimsel temas terapisti çocuğa dokunarak terapi yapar. Dokunma çocuk ile terapist arasında bir diyalog başlatır. Bu dokunma diyalogu çocuğun yaptığı her şeyin, hareket etmenin, hissetmenin, düşünmenin ve dahası ilişki kurmanın düzenleyici etmenidir. Güvenli dokunma çocuk tarafından tecrübe edildiğinde bu dokunuşlar hem çocuğun benliğini inşa eder, hem de karşısındakinin benliğini takdir etmeyi öğretir. Güvenilir bir yetişkin tarafından dokunulan çocuk sağlıklı bir yetişkin olma yolunda büyüyecek ve erken dönem travma ya da ihmal gibi olumsuz durumların etkisinden kurtulacaktır.

GTT'nin etkisi çocuğa dokunmaya ve de çocuğun dokunulduğunu hissetmesine bağlıdır. Dokunmayı objektif olarak tanımlayacak olursak; yetişkin ve çocuğun gerçek benliklerinin buluşup bir diyaloga geçebileceği bir ilişki oluşturmaktır diyebiliriz. GTT dokunma yoluyla bir ilişki oluşturmak ve çocuğun dokunulduğunu hissetmesiyle yeni bir ilişki meydana getirmektir.

4.2. GTT'nin Temel Prensipleri

Des Lauriers, Martin Buber, Janet Adler'den fikir alsa da 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 (Brazelton, 1990).

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 hissini 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 istismara 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’nde, 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 ‘nde 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, ilgii, çocuğun üzerine çekmek için oradadır.

4.3. Dokunulan ve Dokunan Kişinin Deneyimi

Dokunma terapisinin en önemli özelliği, başkası tarafından dokunulmanın hissedildiği öznel bir deneyim olmasıdır. Dokunulma hissi yıllarca hatırlanan bir deneyimdir çünkü ruh unutsa da beden asla unutmaz. Çocuklar dokunulma deneyimlerini kelimelerle açıklayamazlar. Yetişkin, çocuğun dokunulduğunu hissedip hissetmediğini anlamak için çocuğun davranışlarına bakmalıdır. Deneyimli bir terapist çocuğun tenini hissederek çocuğun dokunulduğunu hissedip hissetmediğini anlayabilir.

Dokunulan çocuğun davranışları, hareketleri ve duyguları kesinlikle değişir. Vücutta hissedilen bir deneyim olan dokunulma çocuğun rahatlamasını ve sakinleşmesini sağlar. Aynı zamanda çocuk pozitif enerji ile yüklenir. Çocuk kim olduğunun bilincindedir ve bu bilincin etkisiyle yeni uğraşlar, aktiviteler başlatabilir ve yetişkinlerle ilişki kurmanın farklı yollarını dener. Dokunulmak çocuk için haz vericidir, tatmin edicidir. Dokunulan çocuk tek kelimeyle mutludur. Dolayısıyla tekrar tekrar dokunulmak ister. Çocuğun hissettiği haz yaşadığını hissetmenin verdiği hazdır, çocuk bu sayede gerçek bir varlık olduğunu hissederek benlik bilinci içinde hareket eder. Bu hissi hep var etmek için yetişkinden ona tekrar dokunmasını ister. Bu gibi istekler çocuğun dokunulmaya izin verdiğini gösterirken, yetişkinin onunla daha yakından ve derinden temas kurma şansını artırır.

Bu dinamik ilişkinin ikinci kısmı dokunan kişinin öznel deneyimidir. Yapılan bu terapiden etkilenen tek kişi çocuk değildir. Bir terapist çocuğa dokunduğunda, çocuğun ellerindeki sıcaklığı ve enerjiyi hissedebilir. Çocuğun teni terapistte rehberlik eder. Bu dokunuşlar sırasında karşılıklı enerji akışı olur. Bu sırada çocuk ve terapist kendilerini bir ve bütün olarak hissederler. Çocukta iyi yönde meydana gelen değişimler terapistte de olumlu duygular uyandırır.

1. EVRE: Çocuk dokunulmaya kendini açar hatta dokunulmak ister: Bu evrede çocuk terapistte güvenir. Çocuk terapistte kendini sevmesi için izin verir. Terapist ile çocuk arasındaki enerji dengeli, akışkan ve sakinidir. Enerjinin büyük bir kısmı terapistten çocuğa doğru akar. Arada artık bir diyalog başlamıştır. Nesne ilişkileri kuramına göre bu evre bağlanma evresidir.

2. EVRE: Bu evrede çocuğun davranışlarına bakıldığında çocuğun terapistini kendinden ayrı bir birey olarak deneyimlediği görülür. Artık çocuğun kendini ifade

edebilen bir benliği vardır. Çocuk o zamana kadar hiç yapmadığı şeyleri yapmaya başlar. Bu evre terapinin “zirve” noktasıdır ve her zaman şaşırtıcıdır. Çocuğun sergilediği yeni davranışlar büyük bir sevinçle ve coşkuyla karşılanmalıdır. Bu evrede terapist ve çocuk arasında gerçek bir diyalog sağlanmıştır, çocuk artık diyalogun içeriğine katkıda bulunmaktadır. Çocuk bu diyalogda terapistiyle her bakımdan eşittir. Bu evrede dokunan dokunulan; dokunulan ise dokunan olur (Levin, 1987).

4.4. GTT’ nin Yapısı

Gelişimsel oyun seansları çocuğa dokunmak içindir. GTT’nin yapıldığı odada oyuncaklar dikkat çeken bir şekilde bulundurulmaz. Çünkü bu terapinin iyileştirici gücü oyuncaklarla oynanan oyunlarda değil çocuk ve terapist arasında kurulan ilişkidir. Bu yüzden terapi yapılan odada fazla eşya bulunmaz. Odada bulunabilecek eşyalar şunlardır;

İki kişinin üzerinde oturabileceği büyüklükte bir halı,

Sallanan sandalye

Bir masa ve sandalye

Kâğıt

Boya kalemleri

Bir kurşun kalem

Bir şişe vücut losyonu veya yağlı krem

GTT’nde kullanılan malzemeler basit ve kısıtlıdır. Halı ve sallanan sandalye terapist ve çocuk arasındaki fiziksel teması sağlamak amacıyla kullanılır. Aynı zamanda sallanan sandalyede sallanmak çocuğun fiziksel ve zihinsel olarak rahatlamasına yardımcı olurlar. Masa ve sandalyeler çocuğun oturup resim yapması için kullanılır. Kuru boya kalemleri ve kâğıt ise çocuğun resim yoluyla kendini ifade etmesi için gereklidir. Resim çocukların sıkça başvurduğu ve duygularını anlattığı en doğal yoldur. Losyon ve yağlı krem ise gelişimsel temas terapisi oyunlarında kullanılır. Oyunların amacı terapist ve çocuk arasındaki dokunma diyalogunu başlatmaktır. Ancak bunların hiç biri olmasa da gelişimsel temas terapisi rahatça yapılabilir. Çünkü bu terapi oyunları için gerekli olan tek şey terapist ve çocuğun varlığıdır.

Çocuğu iyileştiren şey çocuğun terapistinin fiziksel mevcudiyetini doğrudan deneyimlemesidir. Bu yüzden terapi odasında sadece halinin olması bile yeterlidir. Terapi odasında az sayıda eşya ve oyuncak bulunması çocuk ile terapistin fiziksel olarak birbirlerine daha yakın olmasını sağlar. Dolayısıyla GTT okullarda, farklı kurumlarda, evde ya da profesyonel ofis ortamında rahatça yapılabilir.

Odanın mahremiyetini korumak için odanın kapısının olması ve bu kapının kapanabilmesi gerekir. Terapist ve çocuk odaya girdikten sonra mümkünse kapı kapatılmalıdır. Ancak terapinin güvenliği açısından, terapi odasında olanların rahatça izlenebileceği bir yerde renkli cam ve terapist ile çocuk arasında konuşulanların duyulabileceği bir düzenek olmalıdır. Eğer bu şartlar sağlanamıyorsa kapı hafifçe aralık bırakılmalıdır.

Kapının kapatılması paradoksal bir ortam üretir. Bu hareket çocuğa bu odanın özel bir alan olduğunu ve burada özel şeylerin olabileceği mesajını verir. Odaya girdikten kısa bir süre sonra çocuk burada kendisini yargılayan bir yetişkinden bağımsız olarak hareket edebileceğinin farkına varır.

Terapist odada çocuktan kendisine itaat etmesini beklemez. Terapi odasında çocuk kendini rahatça ifade ederken, aynı zamanda yetişkin ile yaşayacağı sevgi dolu bir ilişkinin parçası olur.

4.5. GTT’nde Kullanılan Yöntemler

Kucaklama

Gelişimsel temas terapistinin kucaklama yöntemini kullanmasının amacı çocuğa güvendiği biri tarafından dokunulduğunu hissettirmektir.

Normal çocuklar da dâhil olmak üzere problemlili çocukların hepsi kucaklanmaya ihtiyaç duyar. GTT grubunda olan çocuklara terapide yapılan şeylerden en çok hangisini sevdikleri sorulduğunda, hemen hemen hepsi “kucaklama” demiştir. Çocuk ilk başta bu yöntemi garip ya da rahatsız edici bulabilir. Çocuk kucaklama yöntemine karşı temkinli yaklaşıyorsa daha yavaş ve aşamalı bir şekilde hareket edilmelidir. Eğer çocuk kucaklamaya direnç gösterirse dokunma farklı şekillerde yapılmalıdır. Bunun için çocuğun vücut kısımlarına dokunulup bu kısımların isimleri şarkı söyler gibi söylenebilir ya da çocuk kucaklanıp başka hiçbir şey yapılmadan sessizce oturulabilir.

Çocuk kucaklanırken çocuğun ihtiyaçlarını anlamak için çocuğun davranışları dikkatle gözlenmeli ve çocuğun ne istediğini anlatan sinyaller terapist tarafından fark edilmelidir. Terapist çocuğu kucaklarken çocuktan asla bir şey yapmasını ya da bir şey hissetmesini talep etmez. Terapist çocuğu kucaklanmaya yavaş ve temkinli bir şekilde alıştırmalıdır.

Çocuk kucaklanmayı sevmeye başladıktan sonra, her zaman daha fazla kucaklanmak ister ve kucaklanma sırasında kendilerini dokunulmaya daha çok açar. Terapist çocuğu kucaklamak için sallanan sandalyeye oturur ve çocuğu emzirme pozisyonunda tutar. Bu pozisyon çocukla göz temasını kolaylaştırdığı için çocukla istendiği gibi yumuşak bir tonda konuşma imkânı sağlar. Kucaklama sırasında çocuk beşikteymiş gibi sallanabilir, bu sırada çocuğa ninni ya da çocuk için uydurulan bir şarkı söylenebilir. Bu şarkı çocuğun seans boyunca yaptığı bir şey, çocuğun istediği ya da hissettiği bir durum ya da çocukta fark edilen bir şey hakkında olabilir. Kucaklama sırasında çocuk anne vücudunun sıcaklığını ve enerjisini hisseder, neyin annesi olduğunu neyin annesi olmadığını kavrar. İç dünyasındaki hislerini ve hazlarını tecrübe eder ve bunların kendisine ait olduğunu bilir. Kucaklama sırasında çocukların genellikle parmağını emmeye başladığı görülür. Ayrıca kucaklama çocuğun kendi bedenini hissetmesini sağlar. Kucaklama çocuğa kendini güvende hissettirdiği için çocuk vücudunun sakinleştiğini ve rahatladığını hisseder.

Kucaklamayı deneyimleyen çocuk kendi kendini sakinleştirebileceğini öğrenir. Terapist olmasa bile çocuk terapist tarafından kucaklandığını hayal ederek kucaklama esnasında kendinde ortaya çıkan duyguları yeniden ortaya çıkarabilir. Tüm seanslar her zaman kucaklama ile bitirilir. Hoşçakal ritüelinin yanı sıra bu sessiz sakin aktivite çocuğu kendi dikkatini dış dünyaya verebilmesi için hazırlar.

Çocuğu Öpmek, Çocukla Konuşmak ve Ona Şarkı Söylemek

Sarılma ve öpme çocuğa şefkati karşılıksız olarak alıp vermeyi öğretir. Çocuğu öpmek onun vücudunun belli kısımlarını tanımasına ve bu kısımlara değer vermesine yardımcı olur. Öpmeden önce çocuğa şöyle sorulur: Bu gün öpülecek nerelerin var? Bu soruya çocuğun düşünerek cevap vermesi kendi vücudunun bölümlerine bir değer atfetmesini sağlar. Bu durum çocuk için çok önemli gelişimsel bir adımdır. Bazı çocuklar uygun olmayan yerlerinin öpülmesini isteyebilirler. Böyle

zamanlarda terapist “Vücudunun o parçası öpülmek için değil” diyerek çocuğun isteğini yerine getirmez.

Konuşulan sözlerle çocuğa işitsel olarak dokunulur. Konuşan kişinin ses tonu çocuğa konuşmacının söyledikleriyle alakalı ne hissettiğini anlatır. Çocuğa dokunurken çocuğun teninin nasıl olduğu tasvir edilir. Kibarca ve yavaşça çocuğun yüzüne dokunurken “A senin yanakların çok yumuşak,” denir. Terapist çocuğun sesi ile ilgili konuşuyorsa, “Senin çok ince bir sesin var. O sesi yeniden çıkarır mısın?” der. Terapist çocuğun sesini duyduktan sonra onu duymuş olmaktan dolayı hissettiği memnuniyeti anlatır. Terapistin kendi memnuniyetini anlatması çocuğun kendisini hoş ve eğlenceli bir insan olarak deneyimlemesine yardımcı olur. Bu çocuk için şu anlama gelir: “İnsanlar benimle beraber olmaktan hoşlanırlar.”

Ses kullanımının bir diğer yöntemi ise birlikte şarkı söylemektir. Birlikte şarkı söylemek de bir nevi dokunmak anlamına gelir. Birlikte şarkı söylemek bağlanmanın, ilişki kurmanın eğlenceli ve zevkli tarafıdır. Başka bir şey yapmaya gerek kalmadan çocuk yetişkinin varlığını sesinin titreşimiyle hissedebilir. Eğer çocuk şarkıya katılırsa, kendi sesini terapistin sesine katmış olur. Kucaklama tekniğinde sıklıkla ninni söylenir. Kucaklama sırasında şarkı söylendiğinde ritim, ses titreşimi, kelimelerin etkisi ve fiziksel dokunuş bir araya gelerek çocuk üzerinde çok güçlü bir etki bırakır.

Limit/Sınır Koyma

GTT'nin önemli metotlarından biri de limit koymaktır. Limit koymak için çocuğa bazı davranışlara izin verilmediğini anlatmak ve terapisti kontrol edemeyeceğini açıkça ifade etmek gerekir. Çocuk kontrolsüzce hareket ediyor, kırıp döküyor etrafına veya kendisine zarar veriyorsa yararlı hiçbir şey öğrenemez. Çocuk terapi sırasında çevreye ve kendine zarar veren davranışlar sergiliyorsa, çocuk kuvvetli bir şekilde ancak canı yakılmadan kucaklanır. Bu sırada çocuğun dikkatini terapistte vermesini sağlamak için çocuğa şöyle şeyler söylenebilir:

“Bana vurmaya bıraktığın zaman seni serbest bırakacağım.”

“Seni kendine ve çevreye zarar vermemen için tutuyorum. Vurmaktan vaz geçersen seni hemen bırakacağım.”

Çocuklar büyümek için bazı limitlere ihtiyaç duyarlar. İnsanın gücü sınırlıdır yani istediğimiz her şeyi yapamayız. Çocuk bunun insan doğasının bir gereği olduğunu anlamalıdır. Çocuk başkalarını, olayları ve dünyanın fiziksel özelliklerini kontrol edemeyeceğini bilmelidir. Kendi kapasitesini anlamak için yapmasının imkânsız olduğu şeyleri kabul etmelidir. Terapist gerçekçi sınırlar koyduğu zaman, çocuk kabul etmesi gereken sınırlar olduğunun farkına varır. Limitlerle yeterince karşılaşan çocuk, kendi kendisine limit koyma yeteneği kazanır. GTT’nde çocuktan beklenen şey terapistin yönlendirmesine cevap vermesidir. Çocuğun bunu yapabilmesi için terapist çocuğun duygularını özgürce ifade edebileceği bir ortam oluşturmalıdır. Çocuk ancak özgür bir ortamda yapmak istediği şeyleri dile getirir böylece kendi isteklerini kendi sesinden duymuş olur. Çocuk bu sayede kendi varlığını fark eder. Bunun yanı sıra terapistten ne istediğini de ifade etmiş olur. Çocuk olgunlaştıkça kendi ihtiyaçlarını fark ederek, kendi kendine yetebilme yetisini kazanır.

Terapi sırasında çocuk terapiyi kontrol etmeye çalışırsa terapist buna asla izin vermemelidir. Çocuk terapisti kontrol edemediğinde, kendi iç dünyasına yönelecek ve terapisti kontrol edemeyişinin verdiği içsel tepkiyle baş başa kalacaktır. İç dünyaya dönmek çocuğa kendisinin terapistten farklı bir birey olduğunu öğretir. GTT’nin metotları çocuğun başka bir bireyle bir bağ kurup kendisinin fiziksel benliğini ve canlılığını hissetmesini sağlar. Limit koymak da aynı şekilde çocuğun başka bir bireyden ayrı olduğunu gösterirken, çocuğun psikolojik benliğinin boyutlarını ve özelliklerini deneyimlemesine katkı sağlar. Aynı zamanda çocuk terapistte bakmak ya da terapisti korumak zorunda olmadığını da öğrenir, çünkü terapist tavırlarıyla kendi kendine bakabileceğini açıkça ifade eder.

4.6. GTT’nin Diğer Dokunma Terapilerinden Farkı

GTT’si, Welch (1988), Magid (1988) ve Jenberg (1979) tarafından yapılan 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. Kucaklama sayesinde çocuk kendi özünü keşfetme sürecine girer.

Başka bir ifade ile GTT seanslarında tüm çocukların söz söyleme hakkı vardır. Diğer terapilerde ise çocuklara böyle bir hak tanınmaz. 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 düşmanlı hareketlerdir. Çünkü gıdıklamak çocuğun tüm savunmalarını elinden alır. Seans sırasında, çocuğun vücuduna parmak uçlarıyla ve elle dokunulur. 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. Dış dünyadan iç dünyaya kendine, dikkatini vererek terapisti ile ilişkiyi başlatmış olur.

4.7. GTT Oyunları

GTT presembolik 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.

Kurabiye Oyunu

Kurabiye oyunu, en çok sevilen oyunlardan biridir. Tüm oyunların arasında en etkili ve çocukların, özellikle küçüklerin, en çok hoşuna giden oyundur. (Oyun aslında bir doğum kurgusudur, fırın anne rahimini sembolize eder). Çocuklar bu oyunda dokunulduklarını hissederler, kendilerinin yetişkinden ayrı bir birey olduklarını anlarlar ve mükemmel bir kurabiyenin yapıldığını hayal ederken dokunulmanın hazzını duyarlar.

Diğer oyunlar gibi, bu oyunu oynamanın da farklı yolları vardır. Terapist çocuğa onu mükemmel bir kurabiyeye dönüştüreceğini söyler, çocuğun isminin “Mehmet” olduğunu kabul edersek “Bu gün senden Mehmet kurabiyesi yapacağım” der. Çocuktan yer minderi üzerine sırtüstü uzanmasını ister. Sonra terapist “Mehmet kurabiyesinin içine neler katalım ?” diye sorar. Çocuğun verdiği cevaplara göre söylediği malzemeler karın bölgesine koyuluyor gibi yapılır. Mesela un derse un koyar gibi un elenir, yumurta derse yumurta kırıyor gibi hareket ederek kurabiyenin malzemeleri tamamlanır. Malzemeler tamamlandıktan sonra (onu kucağına alarak sıkıca tutar) ve ona, “Şimdi seni bir yoğurma kabına koyacağım ve yoğuracağım” der. Sonra onu o yana bu yana doğru sallar, sallarken yoğurma sesleri çıkartır. Yoğurma işi tamamlandıktan sonra onu yoğurma kabından çıkarır ve yer minderinin üzerine yatırır. Önce hamuru yassıltmak için çocuğun başından itibaren hafifçe bastırarak elleriyle sanki hamuru düzleştiriyor gibi yaparak ayak uçlarına kadar gelir. Sonra hayali oklava ile onu açar. Bunu yavaşça ve özenle yapar. Sonra kurabiye kalıbını alıp hamurun üzerine yerleştirir. Kurabiye kalıbı çocuğun kendi vücudunun şeklidir. Kurabiyeye sekil vermek için çocuğun baş kısmından itibaren kalıbın etrafından başladığı noktaya gelinceye kadar eliyle vücudun etrafında dolanarak şekli tamamlar ve etrafında kalan fazla hamurları alıyor gibi yapar. Sonra kurabiye Mehmet’in yüzüne, ağız, burun, kaş, göz ve kulak gibi kısımlar özenle yapılır. Son olarak şimdi pişmen için seni fırına koyacağım” der. Onu fırını temsil eden kucağına alır, kucağına boylu boyunca yatırır. Çocuğun üzerini bir örtüyle örter

ve ona “Şimdi fırında pişiyorsun.” der. Bir süre pişmesi için bekler. Bu sürede kurabiyeyi nasıl yiyeceğiyle ilgili sesli hayaller kurar. Burada amaç çocuğun mümkün olduğu kadar rahatlaması ve kendisi gibi olmasını sağlamaktır. Sonra örtüyü kaldırır ve ona pişip pişmediğini sorar. Bazı çocuklar hemen “Evet” derken, bazıları defalarca “Hayır” diyebilmektedirler. Çocuk piştiğini söyleyinceye kadar sormaya devam edilir. Kurabiye çocuk, fırından çıkarıldıktan sonra terapist kurabiye çocuğa: “O kadar güzel kokuyor ve lezzetli görünüyorsun ki seni yiyeceğim. Acaba önce nereyi yesem ?” diye kendi kendine konuşur. Çocuğun yönlendirmesine uyarak kurabiyeyi yemeye başlar ve bu sırada kurabiye yer gibi sesler çıkarır. Yeme işlemi yapılırken diğer yandan da çocuk uygun olan yerlerinden öpülür.

Portre Oyunu

Bu oyunun odak noktası çocuğun yüzüdür. Oyunun etkisi, çocuğun resmini çizen terapistin yaratıcılığına bağlıdır. Terapist oyunu başlatmak için çocuğa: “Bugün çok harika görünüyorsun, bu yüzden senin resmini yapmak istiyorum. Senin için uygun mu?” diye sorar. Sonra çocuğun sol elini alır ve avcunda boya tutuyormuş gibi yapar. Sağ elini ise palet olarak kullanır. Palette renkleri karıştırıp doğru rengi elde etmeye çalışır. Terapist kendi parmağını boya fırçası gibi kullanır. İlk olarak, çocuğun yüzüne dokunarak tüm yüzü boyar ve renk olarak en temel rengi kullanır. Sonra yüzün her bölümüne ayrı ayrı yumuşak bir şekilde dokunarak bu bölümün adını söyler ve her bölümü teker teker boyar (kaşlarını, gözünü, kirpikleri, burnunu, vs.)Boyama işlemi bittikten sonra çocuğun elini tutarak, “Bunun bir ayna olduğunu düşün ve şimdi kendine bak. Ne görüyorsun?” der. Bazı çocuklar kendilerini nasıl gördüklerini anlatabilirler. Bazıları ise sadece bir el gördüklerini söylerler. Onların verdiği cevaplar terapistte çocuğun hangi gelişimsel evrede olduğunu gösterir.

Fış fış kayıkçı oyunu

Terapist yere oturur, çocuğu arkası dönük bir şekilde kendi önüne oturtur. Çocuğu arkadan kollarıyla oldukça sıkı bir şekilde sarar ve Fış fış kayıkçı şarkısını söylemeye başlar. Şarkıyı söylerken de çocuğu öne ve arkaya doğru sallar. “Fış fış kayıkçı, kayıkçının küreği, aksama bayram çöreği...” Şarkı bitince terapist çocuğa, “Şimdi bir fırtına çıkacak, Sen kayıktan düşmeysin diye sana sıkıca sarılmam gerekecek.” der. Sanki fırtınalı bir kayıktaymışçasına yetişkin çocuğu sıkıca

sarararak oradan oraya yuvarlanır. Dokunulmayı sevmeyen çocuklar bile oyun hareket halinde oynandığı için, dokunulmaya karşı direnemezler bu oyunu çok severler, tekrar tekrar oynamak isterler. Oyun değişik formatlarda oynanabilir.

Kaygan el oyunu

Bu oyun özellikle ilişki kurmakta zorlanan çocuklar için çok etkili bir oyundur. Bu oyun için yağlı bir el kremine ihtiyaç vardır. Terapist eline biraz krem sürer ve ellerini birbirine sürterek ellerini ısıtır. Sonra ellerini çocuğa doğru uzatarak çocuktan ellerini kendi avucuna koymasını ister. Terapist çocuğun elini avucunun içine aldıktan sonra elleriyle yavaş yavaş çocuğun kolu boyunca sanki bir dağa tırmanıyor gibi hareket ederek omzuna kadar gelir. Bu arada bir yandan da kola krem sürmeye devam eder. Omuza gelince çocuğa kolunu çekmesini söyler. Çocuk kolunu çekince kol terapistin ellerinin arasından, omuzundan parmak uçlarına, doğru kayıp çıkar. Bu kayma sırasında terapist neşeli bir şekilde kayma sesi çıkartır. Daha sonra yine kola tırmanıyor gibi yaparak oyunu tekrar başlatır. Bu işlem sırasında sanki bir yere tırmanmak için uğraş veren bir dağcı gibi ses çıkarır ve vazgeçmeyerek defalarca bu dağa tırmanmaya çalışır.

Kaygan ayak oyunu

Bu oyun kayan el oyununun ayakta oynananıdır ve tek farkı ayakların kullanılmasıdır. Bazı çocuklar ayak oyununu daha çok tercih ederler, kimisi ikisini de oynamak ister. Bu oyunu oynarken çocuğun gıdıklanmaması için dikkat etmek gerekir. Çocuğun diz kapağından ayak parmak ucuna kadar yağlı krem sürülür. Sonra ayaktan tırmanıyor gibi hareket edilerek diz kapağına doğru çıkılır. Çocuğun diz altından kavranarak çocuğa ayağını çekmesi söylenir. Çocuk ayağını çekerken kayma sesi çıkarılır. Çocuk ayağını çekmeye çalışırken terapist onu tutmaya çalışır. Çocuk ayağını terapistin ellerinden kurtardıktan sonra tekrar başa dönülür. Bu kayma hareketine çocuk bıkıncaya kadar devam edilir.

Tepeler ve ovalar oyunu

Terapist çocuğun elini elinin içine alır ve şöyle der. “Elinin içinde tepeler ve ovalar olduğunu biliyor muydun?” İşaret parmağını çocuğun baş parmağının dışından yukarıya ve sonra çocuğun işaret parmağından başparmağının orta kısmına kadar

hareket ettirir. Sonra işaret parmağından yukarı doğru hareket edip bir sonraki parmağa geçilir. Her defasında çocuğa beş parmağın hepsi bitene kadar şu söylenir: “ Küçük bir tepecikten yukarıya tırmanıp, aşağıya doğru inersin, sonra daha büyük bir tepeden yukarıya ve aşağıya, ”

Kapıya Vurma Oyunu

Bu da çok sevilen bir oyundur. Odaklanılan alan çocuğun yüzüdür. Bu oyunda çocuk yüzünü deneyimler. Oyun oynanırken görme, dokunma ve işitme duyusundan yararlanılır. Önce çocuğa gözlerini ve ağızını kapatması söylenir. Çocuk söylenilene yaptıktan sonra çocuğun alınına yavaşça vurulur.

Bu evde kimse yok mu diye seslenilir. Çocuklar genellikle seslerini hiç çıkarmazlar. Sonra terapist çocuğun göz kapaklarını parmaklarıyla hafifçe aralayarak seslenmeye devam eder, “Bu evin sahibi acaba nerede?”. Çocuk gözlerini açmazsa devam edilerek, aynı şekilde çocuğun ağızına, kulaklarına, çenesine dokunulur ve seslenmeye devam edilir. Çocuk hala gözlerini açıp ses çıkarmıyorsa terapist kendi kendine söylenir. Sanırım bu gün evde hiç kimse yok. Genellikle terapist kendi kendine böyle konuşup gidiyor gibi yaptığında çocuk evde olduğunu gösteren bir davranışta bulunur. Terapistte ev sahibini bulduğu için mutlu olduğunu gösterir bir şekilde sevinç gösterisi yapar.

Sihirli Düğme

Bu oyunda çocuğun dikkatini oyuna odaklaması ve oyuna katılımı önemlidir. Terapist şunu söyleyerek oyuna baslar; “Acaba işaret parmağını oynatan sihirli düğmeyi bulabilir miyim? ” Sonra yavaşça çocuğun başına, omuzlarına veya vücudunun her hangi bir bölümüne dokunur. “Acaba düğme burada mı?” diye sorar. Çocuk evet veya hayır diye cevap verir, hayır derse aramaya devam edilir. Çocuk bazen asla düğmenin yerini söylemez. Böyle durumlarda,

“Galiba bugün sihirli düğmeyi bulamayacağım” denir. Ve öylece bırakır. Bazen çocuk düğmenin yerini kendisi gösterir. Eğer çocuk oyunla ilgili ise terapist başka bir yer seçer. Örneğin, “Sana “merhaba” dedikten sihirli düğmeyi bulabilecek miyim acaba?” Çocuk oyundan sıkılıncaya kadar oynanmaya devam edilir.

Baykuş oyunu

Çok küçük çocuklar bu oyuna bayılırlar. Çocuğun oyuna tepki vermekten başka yapması gereken hiçbir şey yoktur. Terapist çocuğun başını iki eli arasına alır, yüzünü çocuğa doğru uzatır, burunları tokuşturur ve şunu söyler “Gözlerini kapat ve şimdi aç.” “Booo!” Çocuklar genellikle gülerek tepki verirler ve tekrar oynamak isterler.

Kucaklama

Dokunma aktivitelerinin içinde en terapötik olan oyundur. Çocuğun büyümesini destekler. Kucaklanmadan önce diğer kısa süreli dokunma oyunları oynatılarak çocuk bu oyuna hazırlanır Bu oyunda yetişkinin yaptığı tek şey çocuğa kucığında bir yer açmak ve çocuğu kapsamaktır. Böylelikle çocuk iç dünyasına yönelebilir. Kucaklama sırasında çocuk hafifçe sallanır ve bu sırada ninni söylenir. Önce de bahsettiğimiz gibi kucaklama bir regresyon değildir. Kucaklanma sırasında çocuk kendi vücudu ve öz benliği ile temas kurar. İçindeki bu özel yeri kendisi bulur. Bazı çocuklar bunu yapmak için trans halinde parmaklarını emebilir. Bazı zamanlar çocuklar kucaklama esnasında bir şeyler yapmak isteyebilirler. Mesela, ayağını uzatıp “Bu ayağın on kere öpülmesi lazım,” gibi. Terapist o an çocuğun makul isteklerine cevap verir. Ancak bazı çocuklar terapistten özel bölgesine dokunmasını isteyebilir. Böyle durumlarda terapist hemen şöyle söylemelidir; “Bu benim yapabileceğim bir şey değil. Vücudunun o kısmı yalnızca sana ait. Oraya senden başka kimse dokunmamalı. Bu yüzden o bölgeye dokunamam.”

Bu oyunlar duyarlı ve uygun bir şekilde oynandığında çocuğun somut ve presembolik düşünceden daha sembolik ve soyut düşünmeye geçtiği çok net bir şekilde görülür. Çocuk bir süre sonra kendini sözel olarak ifade etmeye başlar. Çocuk güçlendiğini hissetmeye başlar ve kendi başına bir şey yapabilmenin verdiği mutluluğu yaşar.

El Ele, Göz Göze, Diz Dize Oyunu;

El Ele, Göz Göze, Diz Dize Oyunu, V. Brody'nin oynanmasını tavsiye ettiği oyunlardan biri değildir. Bu oyun araştırmacı tarafından terapiler sırasında V. Brody'nin oyunlarından esinlenerek düşünülüp, tasarlanmış ve terapilerde uygulanan

bir oyundur. Çocukların çok severek oynadığı, kucaklama ve ninni oyunlarından sonraki oyundur.

Bu oyunda; terapist ile çocuk dizleri üstüne karşılıklı olarak otururlar. Bu oturuşta, terapist ve çocuğun dizleri birbirine temas eder. Sonra terapist çocuğun ellerini elleri arasına alarak tutar. Bu sırada terapist ve çocuk birbirlerinin gözlerine bakarlar. Oyun boyunca gözleri kaçırmak yasaktır. Gözlerini kaçırarak oyunu kaybeder.

Göz göze bakarken, terapist 1, çocuk 2, terapist 3, çocuk 4 diye sırayla saymaya başlarlar. Ancak 10 ve 10'un katlarına geldiklerinde, sayma durdurulur. Önce terapist çocuğa hitaben çocukta gördüğü özelliklerden birini (mavi gözlerin ve uzun kirpiklerin olduğunu görüyorum) ya da çocukta pekiştirmek istediği davranışlardan birini (senin sokak hayvanları için evinizin önüne su koyduğunu duydum. Bu yüzden senin hayvanları sevdiğini düşünüyorum.) söyler. Sonra çocuk terapistte aynı şekilde hitab eder. Sayma 100'e kadar devam eder. Saymayı şaşırarak veya gözlerini kaçırarak oyunu kaybeder.

Bu oyun oynanmaya başlandığında, çocuklar göz temasını sürdürmekte çok zorlanmışlardır. Ancak oyunun bitirilmesi için ısrar edildiğinde göz temasının giderek uzadığı, çocukların oyun dışında da terapist veya diğer kişilerle göz teması kurarak konuşmaya başladığı gözlemlenmiştir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

BULGULAR

Terapinin etkililiğini incelemek amacıyla her bir semptomun tekrarlı ölçümleri için varyans analizi (SPANOVA) testi uygulanmış ve her boyut için terapi etkililiği karşılaştırmalı bir şekilde değerlendirilmiştir. Öntest, sontest ve izlem testleri için daha anlaşılır kılmak amacıyla her iki grup tek tek bağımlı gruplar için t testi ile karşılaştırılmıştır.

5.1. SPANOVA Testi Değerlendirme Sonuçları

Araştırmaya katılan DEHB'li çocukların öntest, sontest ve izlem testi sonucunda elde edilen dikkat eksikliği, karşıt gelme, hiper aktivite ve davranım bozukluğu semptom skorları Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Dikkat eksikliği, karşıt gelme, hiper aktivite 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

Tablo 1. incelendiğinde, çocukların son test DEHB semptom (dikkat eksikliği, karşıt gelme, hiper aktivite 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.

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 davranış bozukluğu izlem testi skorları ile öntest skorları arasında anlamlı bir fark olmasına rağmen hiperaktivite skorlarında anlamlı bir farklılık yoktur.

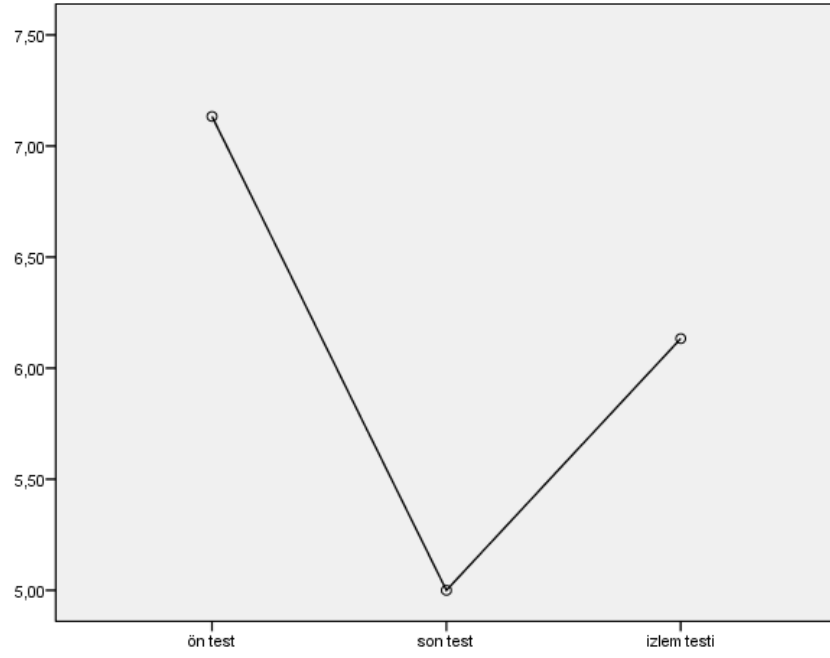
Semptom skorlarından dikkat eksikliğine ait test sonuçları Tablo 2'de görülmektedir.

Tablo 2. Dikkat eksikliği öntest, sontest ve izlem testi skorlarının SPANOVA sonuçları

Varyansın kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
Bireyler Arası	1.720	15			
Grup(Birey/Grup)	1668.356	1	1668.356	452.265	.000
Hata	51.644	14	3.698		
Bireyler İçi	50	30			
Ölçüm (1-2-3)	34.178	2	17.089	30.242	.000
Hata	15.822	28	.565		
Toplam	51.720	45			

Tablo 2' ye göre çocukların dikkat eksikliği skorları öntest ile sontest skorları arasında anlamlı fark vardır($f=30.242$, $p<.005$). Dikkat eksikliği boyutunda öntest, sontest ve izlem ölçümlerinden elde edilen toplam ölçüm değerlerinin ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır($f=452.65$, $p<.005$).

Dikkat eksikliği puan dağılımı Şekil 1'de görülmektedir.



Şekil 1. Dikkat eksikliği puan dağılımı

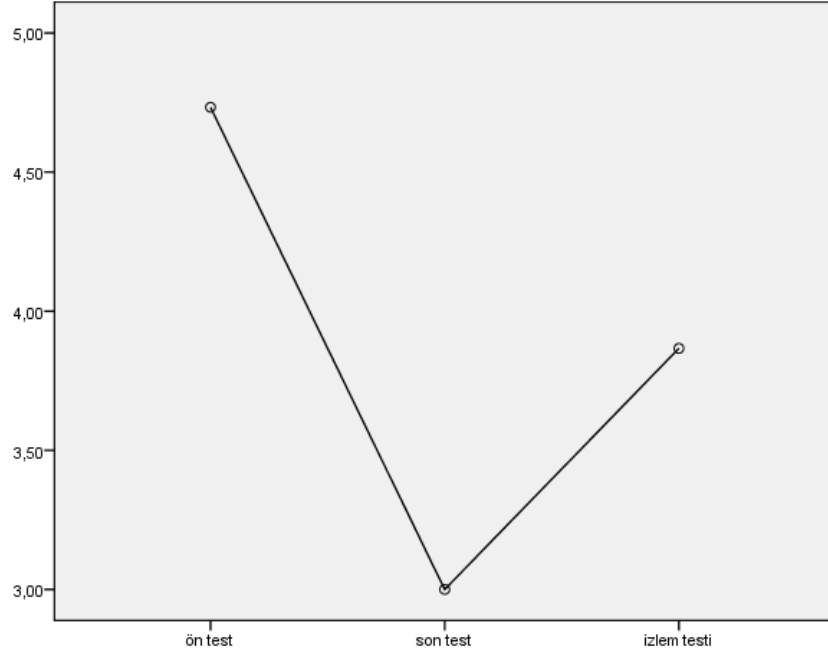
Şekil 1’de de görüldüğü gibi, terapinin etkisiyle çocukların dikkat eksikliği puanları dağılımı, öntestden sonteste kadar belirgin bir şekilde düşmüştür. Terapi sonlandırıldıktan bir yıl sonra yapılan izlem testinde ise skorlar bir miktar artmasına rağmen yine de öntestden daha düşük bir skor ortalamasına sahiptir.

Semptom skorlarından karşıt gelme bozukluğuna ait test sonuçları Tablo 3’te görülmektedir.

Tablo 3. Karşıt gelme öntest, sontest ve izlem testi skorlarının SPANOVA sonuçları

Varyansın kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
Bireyler Arası	744.667	15			
Grup(Birey/Grup)	672.800	1	672.800	131.065	.000
Hata	71.867	14	5.133		
Bireyler İçi	49.333	29.911			
Ölçüm (1-2-3)	22.533	1.911	11.790	11.771	.000
Hata	26.800	28	.957		
Toplam	794	57.911			

Tablo 3'e göre çocukların karşıt gelme skorları öntest ile sontest arasında anlamlı bir fark vardır ($f=11.771$, $p<.005$). Karşıt gelme boyutunda öntest, sontest ve izlem testlerinden elde edilen toplam ölçüm değerlerinin ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ($f=131.065$, $p<.005$). Karşıt gelme puan dağılımı Şekil 2'de görülmektedir.



Şekil 2. Karşıt gelme puan dağılımı

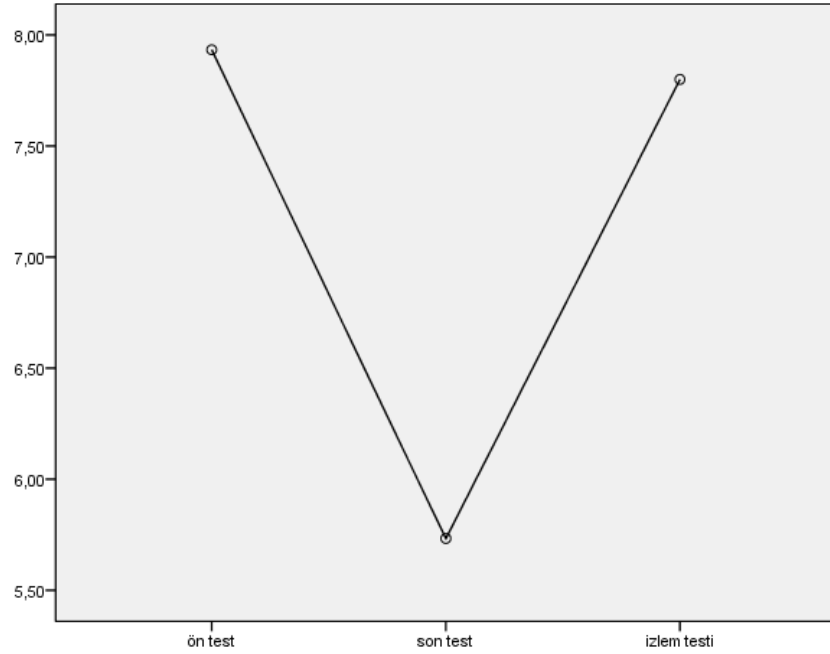
Şekil 2'de de görüldüğü gibi, terapinin etkisiyle çocukların karşıt gelme puanları dağılımı, öntesten sonteste kadar belirgin bir şekilde düşmüştür. Terapi sonlandırıldıktan bir yıl sonra yapılan izlem testinde ise skorlar bir miktar artmasına rağmen yine de öntestden daha düşük bir puan ortalamasına sahiptir.

Semptom skorlarından hiperaktiviteye ait test SPANOVA sonuçları Tablo 4'te görülmektedir.

Tablo 4. Hiperaktivite öntest, sontest ve izlem testi skorlarının SPANOVA sonuçları

Varyansın kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
Bireyler Arası	18	2			
Grup(Birey/Grup)	.133	1	.133	.104	.751
Hata	17.867	1	1.276		
Bireyler İçi	70	30			
Ölçüm (1-2-3)	45.644	2	22.822	26.237	.000
Hata	24.356	28	.870		
Toplam	88	32			

Tablo 4'e göre çocukların hiperaktivite skorları ilk ölçümden son ölçüme göre anlamlı bir farklılık göstermektedir ($f=26.237, p<.005$) Ancak hiperaktivite boyutunda öntest, sontest ve izlem testinden elde edilen toplam ölçüm değerlerinin ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($f=.104, p>.005$). Hiperaktivite puan dağılımı Şekil 3'te görülmektedir.



Şekil 3. Hiperaktivite puan dağılımı

Şekil 3'te de görüldüğü gibi, terapinin etkisiyle çocukların hiperaktivite puanları dağılımı, öntestden sonteste kadar belirgin bir şekilde düşmüştür. Ancak terapi sonlandırıldıktan bir yıl sonra yapılan izlem testinde hiperaktivite skorları tekrar yükselmiş ve neredeyse öntest skorlarına yaklaşmıştır.

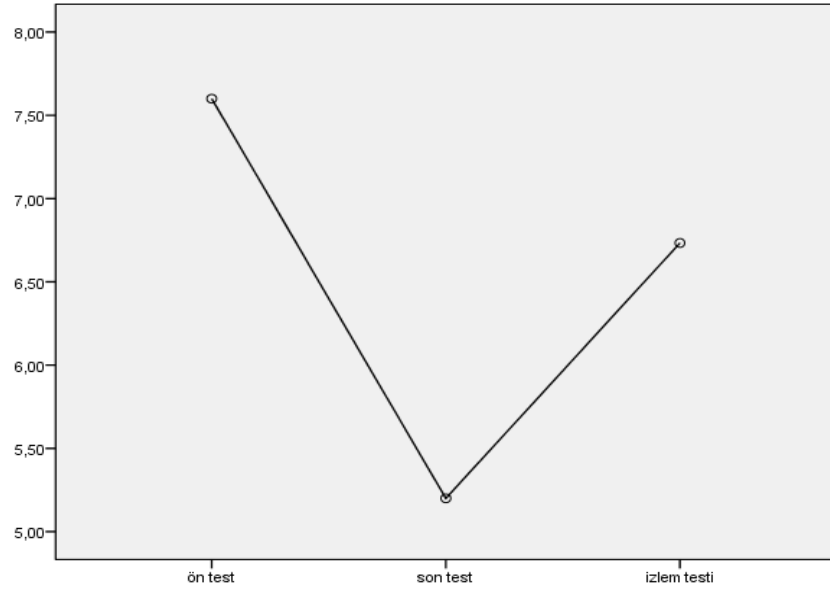
Semptomlardan davranım bozukluğuna ait test sonuçları Tablo 5'te görülmektedir.

Tablo 5. Davranım bozukluğu öntest, sontest ve izlem testi skorlarının SPANOVA sonuçları

Varyansın kaynağı	KT	Sd	KO	f	p
Bireyler Arası	2439.667	15			
Grup(Birey/Grup)	1907.756	1	1907.756	50.212	.000
Hata	531.911	14	37.994		
Bireyler İçi	113.333	28.783			
Ölçüm (1-2-3)	44.311	1.919	23.093	8.988	.001
Hata	69.022	26.864	2.569		
Toplam	2553	43.783			

Tablo 5'e göre çocukların davranım bozukluğu öntest skorları ile sontest skorları arasında anlamlı bir fark vardır vardır($f=8.988$, $p<.005$). Davranım bozukluğu boyutunda öntest, sontest ve izlem testinden elde edilen toplam ölçüm değerlerinin ortalamaları arasında anlamlı bir fark vardır ($f=50.212$, $p<.005$).

Davranım bozukluğu 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, öntestden sonteste kadar belirgin bir şekilde düşmüştür. Terapi sonlandırıldıktan bir yıl sonra yapılan izlem testinde ise puanlar bir miktar artmasına rağmen yine de öntestden daha düşük bir skor ortalamasına sahiptir.

5.2. T Testi Değerlendirme Sonuçları

Semptomların ön test, son test skorlarının T testi sonuçları Tabo 6'da sunulmuştur.

Tablo 6. 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	14	12.911	.000
	SonTest	5,00	1,133			
Karşıt Gelme	ÖnTest	4,73	1,709	14	4.84	.000
	SonTest	3,00	1,558			
Hiperaktivite	ÖnTest	7,93	1,751	14	9.886	.000
	SonTest	5,73	1,944			
Davranım Bozukluğu	ÖnTest	7,60	4,239	14	4.664	.000
	SonTest	5,20	3,569			

Tablo 6 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, hiper aktivite 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 7'de sunulmuştur.

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

Çocuklara uygulanan GTT sonlandırıldıktan bir yıl sonra yapılan izlem testinde DEHB semptom skorlarının tamamında son teste göre belirgin bir şekilde yükselme görülmektedir. İzlem testi ile son test skorları karşılaştırıldığında;

Dikkat eksikliğin 5.00'ten 6.13'e, ($T_{14}= 3.52$; $P<0.5$) karşıt gelme bozukluğu 3.00'ten 3.86'ya, ($T_{14}= 2.22$; $P<0.5$) hiperaktivite 5.73'ten 7.80'e($T_{14}= 5.77$; $P<0.5$) ve davranım bozukluğu ise 5.20'den 6.73'e ($T_{14}=2.48$; $P<0.5$) yükseldiği görülmektedir.

Daha genel bir ifadeyle Tablo 7'ye 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 Tabo 8'de sunulmuştur.

Tablo 8. 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 8 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.

ALTINCI BÖLÜM

TARTIŞMA

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 ve Keating, 2009; Meijer, Faber, van den Ban ve Tobi, 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, Kuczenski, McCracken ve London, 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, Gelperin, Hammad, Phelan ve Johann-Liang, 2009). Bu konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda ise stimulanların ve atomoksetinin kardiyovasküler sistemde aritmi gibi sorunlara yol açabileceği belirtilmiştir (Karadeniz, 2009; Meijer v.d., 2009; Özelce, 2008).

Stimulanlar DEHB'li çocukların bilişsel alanlarını, davranışlarını ve okul başarısını olumlu yönde etkilemektedir (Hechtman, Weis, and Perlman, 1984; Karakaya v.d., 2006; Mehta, Goodyer, ve Sahakian, 2004; Öztürk, Sayar, Tüzün ve Kandil, 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, Halperin ve Abikoff, 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, Wheeler ve Chronis, 1998; Chronis, Jones ve Raggi, 2006; Olfson, Gameroff, Marcus ve Jensen, 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-Barke, Daley, Thompson, Bradbury ve Weeks, 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, Hanisch, Mayer, Plücker ve Döpfner, 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 ilişkisinde olumlu etki yaratmaktadır. Ayrıca bu çalışmalar annenin stresinde ve depresyonunda azalma sağlamaktadır. (Estrada ve Pinsof, 1995; Fabiano v.d., 2009; McCart, Priester, Davies ve Azen, 2006; Pelham ve Fabiano, 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 yönelik problemlerinde, saldırgan davranışlarında, dikkat eksikliğinde iyileşme görülmüştür (Huei-Lin v.d."nin, 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.'nin, 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 (Rader, McCauley ve Callen, 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 alınırse 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, Prevatt ve Proctor, 2005).

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

Bu alışma 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.

YEDİNCİ BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

7.1. Sonuçlar

GTT'si DEHB'li çocukların dikkat eksikliği, hiperaktivite, karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu skorları üzerinde etkili olarak öntestten sonteste 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 öntesti ile izlem testi arasında anlamlı bir fark yoktur. Bu sebeple GTT nin hiperaktivite üzerinde kalıcı etki sağladığı söylenemez. Ancak GTTnin terapi süresince hiperaktivite skorlarını düşürmesi dikkate alınırse 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 kışkırdığı 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 devamlılığında 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 birlikte oldukları zamanları GTT si saatlerine dönüştürebilirler. Kreş ve anaokullarında ise öğretmenler çocukların kaynaşmasını sağlamak amacıyla temas içeren oyunları daha sık oynatabilirler.

7.2. Öneriler

- Daha fazla veri toplamak amacıyla;
Örnekleme sayısı artırılabilir,
GTT seans sayısı artırılabilir,
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.

REFERANSLAR

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, 2011. Cilt: 49, sayı:4

American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorder (DSM-IV), 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tan Ölçütleri El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E, *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara, 2013.

Anderson J.C., McGee R., Silva P.A. (1987). DSM-III Disorder sinpre adolescent children. *Arch Gen Psychiatry*, 44:69-76.

Aysev, AS. (2001). Dikkat Eksiliği Hiperaktivite Bozukluğu. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, 3: 417-425.

Barkley R.A., Fischer M., Edelbrock C.S., Smallish L. (1990). The adolescent out come of hyperactive children diagnosed by research criterial: an 8 year prospective follow up study. *J Acad Child Adolesc Psychiatry*; 29 (4): 546-57.

Barkley R.A. (1998) Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Sci Am*. 279(3):66-71.

Barkley, R. A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment* (3rd ed.). New York: Guilford Press.

Biederman, J., Spencer, T. (1999). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) as a Noradrenergic Disorder. *Biologica Psychiatry*, 46: 1234-1242.

Bird H.R., Canin G.O., Rubio-Stipec M. ve Ark. (1988). Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arc Gen Psychiatry*, 45: 1120-1126.

Biederman, J., Monuteaux, M., Kendrick, E., Klein, K., & Faraone, S. (2005). *The CBCL as a Screen for Psychiatric Comorbidity in Paediatric Patients with ADHD*.

Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

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. Ekim 2010.

Cantwell, D. (1996). *Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years*. s. 978-980. Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Castellanos F.X, Rapoport J.L. (1992).“Etiology of Attention Deficit Hiperactivity Disorder”*Children and Adolsecant Psychiatry Clinic N Am*, 1: 373-384.

Cohen P., Cohen J. ve Kasen S. (1993). “An Epidemiological Study of Disorder in Late Childhood and Adolescent” *Journal Child Psychol Psychiatry*, 34: 851-867.

Cohen, L. & Manion, L. (1997). *Research methods in education* (4th ed.). Routledge: London and New York.

Cornish K.M., Manly T., Savage R. (2005). Et al. Association of the dopamine transporter (DAT1) 10/10 repeatgenotypewith ADHD symptoms and response inhibition in a general population sample. *Mol Pyschiatry* 2005;10: 686-698.

Creswell, J W. (2012). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (4th ed.). Boston: Pearson.

Durston, S. (2003). A review of the biological bases of ADHD: What have we learned from imaging studies? *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 9:184-195.

Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. E., Cöngöloğlu, A., YORBIK, Ö., & TÜRKBAŞ, T., (2008). DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 217-223.

Durukan, İ., Karaman, D., Kara, K., Türker, T., (2011). Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda tanı dağılımı. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24:113-120.

Ercan, ES., Aydın, C. (2014). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. Anne-baba ve eğitimciler için Pupa Yayınları. İstanbul. 5. Basım ilk basım ise 2009.

Ercan, ES. (2015). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu*. Doğan Egmont Yayıncılık. İstanbul. 1. Baskı

Erman, Ö., Turgay, A., Öncü, B., & Urdarivic, V. (1999). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Gençlerde Komorbidite: Yaş ve Cinsiyet Farklılıkları*. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*. 6: 12-18. Ertuğrul, K. (2005) *Psikiyatri Temel Kitabı*.

Farone, S.V. (1994). "Genetics of Attention Deficit Hiperactivity Disorder", *Child Psychiatry Clin N Am*. 3:285-298.

Faraone, SV., Biederman, J., Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*, 36: 159-165.

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.

Fitzgerald, M., Bellgrove, M., & Gill, M. (2007). *Handbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. s.205-210. Keser, N. (2010). *Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Ve Almamış Çocukların Duygu Ayarlama, Anne Baba Tutumları, Annenin Dehb Belirti Ve Bilgi Düzeyinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.

Fourneret, P. (2001). *L'hiperaktivite: Historie et actualite d'un symptome*. s.13-20. Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Fraenkel, J. R., & 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., & Airasian, P. (2000). *Educational research competencies for analysis and application* (6th Edition). Ohio: Merrill an imprint of Prentice Hall.

Golse, B. (1996). *Hyperactivité de l'enfant et dépression maternelle*. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. Akt. Zabcı, N. (2004). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

Gücüyener, K. (2010). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Fizyopatolojisi. S. Karakaş (Ed). *Kognitif Nörobilimler içinde*. (pp.352-383.). Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.

Hechtman, L. (1996). "Developmental, Neurobiological and Psychosocial Aspects of Hyperactivity, Impulsivity and Attention", *Child and Adolescent Psychiatry*, [ed. Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J.], Philadelphia: Williams and Wilkins, 323-334.

Hinshaw, S.P. (2002). Preadolescent Girls with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: I. Background Characteristics, Comorbidity, Cognitive and Social Functioning and Parenting Practices. *J Consul Clin Psychol*, 70 (5), 1086-98.

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.

Keser, N., (2010). Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Ve Almamış Çocukların Duygu Ayarlama, Anne Baba Tutumları, Annenin Dehb Belirti Ve Bilgi Düzeyinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.

Kılıç, B.G., ve gener, g. (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda KarÇıt Olma-KarÇı Gelme Bozukluğu/DavranıÇ Bozukluğu EÇ Hastalanımında Aile Çlevleri ve Psikososyal DeğiÇkenlerin KarÇılaÇtırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 16 (1), 21-28.

Lufi, D., & Cohen, A. (1990). *Identifying ADHD with the WISC-R and the Stroop Color And Word Test*. s.28-34. Akt. Yelkenci, İ. (2013). *Üniversite Sınavına Hazırlanan Öğrencilerin Depresyon İle Anksiyete Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi. İstanbul.

McClellan, J., Bresnahan, MA., Echeverria, D., Knox, SS., Susser, E. (2009). Approachesto Pschiatric Assessment in Epidemiological Studies of Children J *Epidemiol Community Health*; 63 Suppl 1: i4-14.

McGough, J.J., Smalley, S.L., McCracken, J.T., Yang, M., Del"homme, M., Lynn, D.E., and Loo, S. (2005). Psychiatric Comorbidity in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Findings from Multiplex Families. *Am J Psychiatry*, 162 (9), 1621-1627.

McLeod, J., Fettes, D., Jensen, P., Pescosolido, B., Martin, JK. (2008). Public Knowledge, Beliefs, and Treatment Preferences Concerning Attention-Deficit Hyperactivity Disorder, 58(5): 626–631

Merrel, C., Tymms, P.B. (2001). In Attention, Hyperactivity and Impulsiveness: Their Impact on Academic Achievement and Progress. *Br J Educational Psychol*, 71: 43-56.

Metin, B., Wiersema, J.R., Verguts, T., Gasthuys, R., van Der Meere, J.J., Roeyers, H. & Sonuga-Barke, E. (2014): Event rate and reaction time performance in ADHD: Testing predictions from the state regulation deficit hypothesis using an ex-Gaussian model, *Child Neuropsychology*.

Metin, B., Krebs, R. M., Wiersema, J. R., Verguts, T., Gasthuys, R., van der Meere, J. J., Sonuga-Barke, E. (2015). Dysfunctional Modulation of Default Mode Network Activity in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(1), 208-214.

Monitel-Nova, C. (2003). "Epidemiological Data About Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Sample of Morabina Children", *RevNeurol*, 37(99): 815-823.

Nurmedov, S., Metin, B., Ekmen, S., Noyan, O., Yilmaz, O., Darcin, A., Dilbaz, N. (2015). Thalamic and Cerebellar Gray Matter Volume Reduction in Synthetic Cannabinoids Users. *Eur Addict Res*, 21, 315- 320

Öktem, F. (1993). *Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bpzukluğu*. Türk Psikiyatri Dergisi. s.113.

Palmer, E., & Finger, S. (2001). An Early Description of Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Patricia L., *The Influence of Touch on Child Development: Implications for Intervention.*, Blackwell, PhD,

Perçinel, İ., Yazıcı, K. (2015). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Patofizyolojisinde Demir Eksikliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 7(1):41-55

Ravens-Sieberer, U., Barkmann, C., Bettge, S., Bullinger, M., Döpfner, M., Erhart, M., Herpertz-Dahlmann, B., Hölling, H., Resch, F., Rothenberge, A., Schulte-Markwort, M., Wille, N., and Wittchen, H.U. (2008). How Often do Children Meet ICD-10/DSM-IV Criteria of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Hyperkinetic Disorder? Parent-Based Prevalence Rates in a National Sample--Results of the BELLA Study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17 (Suppl 1), 59-70.

Schacher, R., Tannock, R. (2002). Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit In: Rutter M, Eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4. Edition. Massachusetts: Blackwell Publishing Company, 399-418.

Schonwald, A., Lechner, E. (2006). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu: Karmaşa ve Tartışma. *Current Opinion İn Pediatrics*. 2006. Türkçe baskı. Cilt: 1 sayı:2.

Şenol, S. ve Şener, Ş. (1997). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu”, *Psikiyatri Temel Kitabı*, [Ed. Köroğlu, E., Güleç, C.]. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1119-1130.

Şenol S, Şener, Köroğlu E. (2011). Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk Ya Da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar. Köroğlu E (ed). *DSM-V Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (4. baskı). Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 43–149.

Smith, E.E., Kosslyn, S.M. (2014). *Bilişsel Psikoloji Zihin ve Beyin*. (COGNITIVE PSYCHOLOGY) mind and brain (Çeviri: Ed:Şahin, M). Nobel Akademik Yayıncılık 10. Basımdan Çeviri 2014.

Spodak, R., Stefano, K. (2014). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunu Kontrol Altına Alma*. (Çev: Dülger A.).Bilim Teknik Yayınevi. İstanbul. 2014.

Stephen P.; Cochran, Nancy H.; Cochran, Jeff L., *Infants & Young Children Person-centered play therapy for adults with developmental disabilities.*, Demanchick,

Sürücü, Ö. (2015). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB). Anne-Baba-Öğretmen El Kitabı. Bilgi Yayınevi. Ankara 2015 Birinci Basım.

Szatmari, P., Offord, D.R., and Boyle, M.H. (1989). Ontario Child Health Study: Prevalence of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 30, 219-230.

Tahiroğlu, A., Avcı, A., Fırat, S., & Şeydaoğlu, G. (2005). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Alt Tipleri*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, s. 5-10

Toros, F., Tataroğlu, C. (2002). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Sosyo-Demografik Özellikler, Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi*; 9: 23-31.

Tunç, G., Ç., (2016). Kendi Bedenimin Patronuyum. Okul Öncesi Çocuklar için Beden Güvenliği Eğitim Programı, B.D. Bursa Detay Copy Matbaa & Yayıncılık, Bursa.

Turgay, A. (1997). “Gençlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu”, *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*, (3), 413-453.

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

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

Zabcı, N. (2004). *DEHB Olan Çocukların Kişilik Özelliklerinin Rorschach Testi İle Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans tezi. İstanbul Üniversitesi. İstanbul.

EKLER

Ek 1. Conners DEHB Ebeveyn Değerlendirme Ölçeği

CONNER'S DEHB EBEVEYN DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:...../
...../20....

		Hiçbir Zaman	Nadiren	Sıklıkla	Her Zaman
1.	Eli boş durmaz sürekli bir şeylerle oynar.(tırnak, parmak, giysi ve...)	()	()	()	()
2.	Büyüklere arsız ve küstah davranır.	()	()	()	()
3.	Arkadaşlık kurmada ve sürdürmede zorlanır.	()	()	()	()
4.	Çabuk heyecenlanır, ataktır.	()	()	()	()
5.	Herşeye karışır ve yönetmek ister.	()	()	()	()
6.	Birşeyler Çiğner veya emer. (parmak, giysi, örtü vb..)	()	()	()	()
7.	Sık sık ve kolayca ağlar.	()	()	()	()
8.	Her an sataşmaya hazırdır.	()	()	()	()
9.	Hayallere dalar.	()	()	()	()
10.	Zor Öğrenir.	()	()	()	()
11.	Kıpır kıpırdır, tez canlıdır.	()	()	()	()
12.	Ürkektir. (yeni durum insan ve yerlerden)	()	()	()	()
13.	Yerinde Durmaz, her an harekete hazırdır.	()	()	()	()
14.	Zarar verir.	()	()	()	()
15.	Yalan söyler masallar uydurur.	()	()	()	()
16.	Utangaçtır.	()	()	()	()
17.	Yaşlılarından daha sık başını derde sokar.	()	()	()	()
18.	Yaşlılarından farklı konuşur. (çocuksu konuşma, kekeleme, zor anlaşılma)	()	()	()	()
19.	Hatalarını kabullenmez, başkalarını suçlar.	()	()	()	()
20.	Kavgacıdır.	()	()	()	()
21.	Somurtkan ve asık suratlıdır.	()	()	()	()
22.	Çalma huyu vardır.	()	()	()	()
23.	Söz dinlemez ya da isteksiz ve zoraki dinler.	()	()	()	()
24.	Başkalarına göre endişelidir. (yalnız kalma, hastalanma, ölüm konusunda)	()	()	()	()

25.	Başladığı işin sonunu getiremez.	()	()	()	()
26.	Hassastır, kolay incinir.	()	()	()	()
27.	Kapadayılık taslar, başkalarını rahatsız eder.	()	()	()	()
28.	Tekrarlayıcı, durduramadığı hareketleri vardır.	()	()	()	()
29.	Kaba ve acımasızdır.	()	()	()	()
30.	Yaşına göre daha çocuksudur.	()	()	()	()
31.	Dikkati kolay dağılır yada dikkatini uzun süre toparlayamaz.	()	()	()	()
32.	Baş ağrıları olur.	()	()	()	()
33.	Ruh halinde ani ve göze batan değişiklikler olur.	()	()	()	()
34.	Kurallar ve kısıtlamalardan hoşlanmaz ve uymaz.	()	()	()	()
35.	Sürekli kavga eder.	()	()	()	()
36.	Kardeşleri ile iyi geçinemez.	()	()	()	()
37.	Zora gelemmez.	()	()	()	()
38.	Diğer Çocukları rahatsız eder.	()	()	()	()
39.	Genelde hoşnutsuz bir çocuktur.	()	()	()	()
40.	Yeme sorunları vardır. (iştahsızdır, yemek sırasında sofradan sık sık kalkar.)	()	()	()	()
41.	Karın ağrıları olur.	()	()	()	()
42.	Uyku sorunları vardır.(uykuya kolay dalamaz, geceleri kalkar, çok erken uyanır.)	()	()	()	()
43.	Çeşitli ağrı ve sancıları olur.	()	()	()	()
44.	Bulantı kusmaları olur.	()	()	()	()
45.	Aile içinde daha az kayırıldığını düşünür.	()	()	()	()
46.	Övünür, böbürlenir.	()	()	()	()
47.	İtilip kakılmaya müsaitdir.	()	()	()	()
48.	Dışkılama sorunları vardır.(sık ishal, kabızlık ve düzensiz tuvalet alışkanlığı gib.)	()	()	()	()

ÖZGEÇMİŞ

Fatma AKÇAKOCA

İLETİŞİM BİLGİLERİ

E - Mail : akcakocaf@gmail.com

GSM : 0533 7461597

İş Tel : 0274 5020140

İş Adresi:

Neva Eğitim ve Danışmanlık Merkezi, Kurucu ve Yöneticisi.

Yıldırım Beyazıt Mah., Erdoğan Atasoy Cad., Bulvar Delux Evleri, Safir Apt.,
No:20/4, Kütahya

EĞİTİM

- **Üsküdar Üniversitesi** Yüksek Lisans (Master), Psikoloji 2014 – 2018
- **Anadolu Üniversitesi** Lisans, Sosyoloji Bölümü,
- **Psikoterapi Enstitüsü** Bütüncül Psikoterapi 2014 – 2018
- **Dumlupınar Üniversitesi** Aile Danışmanlığı 2014 – 2014

SERTİFİKALAR, AKTİVİTELER VE EĞİTİMLER

- **Client Centered Play Therapy (Çocuk Merkezli Oyun Terapisi)**

Reyhana Seedat, Aralık 2016, İzmir

- **Developmental Touch Therapy (Gelişimsel Temas Terapisi)**

Reyhana Seedat, Aralık 2016, İstanbul

- **Bütüncül Psikoterapi**

Psikoterapi Enstitüsü - Uzm. Dr. Psikoterapist Tahir ÖZAKKAŞ

- **Dikkat Eksikliği, Hipeaktivite ve Karşı Gelme Bozukluğu Tanı ve Terapi**

Teknikleri

RUHSAK - Prof. Dr. Mücahit ÖZTÜRK, İstanbul, 2015

- **Çocuk İhmal ve Cinsel İstismarına Bağlı Travma Sonrası Stres Bozukluğu Terapisi**

Reyhana SEEDAT, İstanbul, 2016

- **Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Bozukluğu ve Otistik Çocuklarla Çalışma ve Psikoterapi**

Reyhana SEEDAT, İstanbul, 2016

- **Zor Çocuklarla (Karşı gelme bozukluğu) Çalışma ve Psikoterapi**

Reyhana SEEDAT, İstanbul, 2016





T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2017 /202

15.08.2017

Sayın Doç. Dr. Barış Metin
(Fatma Akçakoca)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 14 Ağustos 2017 tarihinde, 08 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu "**Gelişimsel Temas Terapisinin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) Olan Çocuklarda Kullanımının Retrospektif İncelenmesi**" adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuriyet TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı