

Derleme / Review**Okul öncesi dönemde DEHB: Psikososyal tedavi yaklaşımlarının gözden geçirilmesi**

Özlem YILDIZ GÜNDOĞDU,¹ Fatma VAROL TAŞ,² Esra YILDIRIM ÖZYURT,³
Funda DÖNDER,³ Nursu ÇAKIN MEMİK¹

ÖZ

*Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında en sık tanı konan ve tedavi edilen bozukluklardan biridir. Alan çalışmaları etiyoloji, tedavi ve uzun dönem sonuçları üzerinde yoğunlaşmakta ve daha çok okul çağı-ergenlik dönemlerini ele almaktadır. Okul öncesi döneme özgü belirtiler, tanı ve tedavi yaklaşımları ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıda olup son yayınlarda bu döneme ilginin arttığı görülmektedir. Bu derleme çalışmasında okul öncesi dönemde DEHB'nin tanı ve ayırıcı tanı zorlukları ve tedavi etkinliği kanıtlanmış anne-baba eğitim programlarının tanıtılması amaçlanmıştır. Çalışmanın ilk bölümünde okul öncesi DEHB'nin klinik özellikleri ve tanı aşamaları ele alınırken, ilerleyen bölümlerde etkinliği kanıtlanıp tedavi kılavuzlarına girmiş anne-baba eğitim programları ayrıntılı olarak tanıtılmaya çalışılmış, bu alanda çalışan klinisyenlere yeni bakış açıları sunabileceğine ilişkin sonuçlar sunulmuştur. **Anadolu Psikiyatri Derg 2016; 17(2):143-155***

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, okul öncesi dönem, çocuk, psikososyal yaklaşımlar

ADHD in preschool children: review of psychosocial interventions**ABSTRACT**

*Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most diagnosed and treated disorders among child and adolescent psychiatry. Current studies focus on etiology, treatment, long-term results and mostly contain school age, adolescence and adulthood. Studies regarding symptoms, diagnosis and treatment of pre-school age are limited and interest on this issue has been increasing over the last years. Therefore, the purpose of present review is to give difficulties of diagnosis and differentiating diagnosis of pre-school ADHD and presentation of proven parent training programs. In the first section of the paper, clinical features and diagnosing stages of pre-school ADHD are presented. In the following parts parent training programs are attempted to be presented in a detailed way which may represent new perspectives to clinicians in the field. **(Anatolian Journal of Psychiatry 2016; 17(2):143-155)***

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder, preschool age, child, psychosocial interventions

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocuk ve ergen psikiyatrisi alanında en sık tanı konan ve tedavi edilen bozukluklardandır. Alan çalışmaları daha çok okul çağı ve ergenlik

dönemlerinde tedavi üzerinde yoğunlaşmaktadır.^{1,2} Okul öncesi döneme özgü belirtiler, tanı ve tedavi yaklaşımları ile ilgili çalışmalar az sayıda olup son yayınlarda bu döneme ilginin arttığı görülmektedir.

¹ Doç. Dr., ³ Arş. Gör. Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Kocaeli

² Doç. Dr. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İzmir

Yazışma Adresi / Correspondence address:

Doç. Dr. Özlem YILDIZ GÜNDOĞDU, Kocaeli Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi ABD, Umutepe Kampüsü İzmir/Kocaeli

E-mail: drozlemyildiz@hotmail.com

Geliş tarihi: 09.03.2015, **Kabul tarihi:** 22.06.2015, **doi:** 10.5455/apd.196548

Epidemiyolojik çalışmalar okul öncesi çocuklarda DEHB (OÖ-DEHB) yaygınlığını %2-7 arasında bildirmiştir. Ölçek temelli çalışmalarda yaygınlık oranı %18 iken, yarı-yapılandırılmış görüşme sonucunda %7'ye düşmektedir.³ İngiltere'de kliniğe başvuran 307 okul öncesi yaş grubunun değerlendirildiği çalışmada OÖ-DEHB yaygınlığı %3.3 olarak, bir başka çalışmada 995 çocuk yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilmiş ve OÖ-DEHB yaygınlığı %1.9 olarak bulunmuştur. OÖ-DEHB'nin en sık rastlanan alt tipi hiperaktivite/dürtüsellik önünde geldiği tip olup %1.6-1.8 arasında bildirilmiştir.^{4,5}

Annenin ruhsal durumu, aile içi çatışmalar, kaotik aile ve okul ortamlarının DEHB gelişimi açısından önemli çevresel risk etkenleri olabileceği vurgulanmıştır. Çocuk ve anne-baba arasındaki ilişkinin niteliğinin gelecekte DEHB gelişimini etkileyebileceği, girici ve aşırı uyarıcı anne-baba tutumunun erken çocukluk döneminde özellikle hiperaktivite ve dikkatlilikle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. Yaşamın ilk üç yılında anne-babalarının depresyon olan ve anne-baba şiddetine maruz kalan çocuklara 3-6 yaşlarında diğer çocuklara göre dört kat daha fazla DEHB tanısının bulunduğu saptanmıştır.⁶

DEHB belirtileri erken yaşlarda belirgin olan çocuklarda dil ve bilişsel alanda daha fazla bozulma, daha fazla ruhsal bozukluk, daha belirgin psikososyal ve akademik bozulma ve okul yıllarında daha dirençli davranış sorunlarının olduğu belirtilmiştir.⁷ Bozukluğun ileriki yıllarda ortaya çıkaracağı sorunların azaltılmasında DEHB'nin okul öncesi dönemde tanınması önemlidir. Ancak küçük çocuklardaki gelişim dönemlerine özgü normal taşkınlıklar bu yaş grubunda tanı karmaşasına yol açabilmektedir. Ayrıca stresli ve kaygılı annelerin çocukların davranışlarını daha olumsuz algılayabilecekleri, depresif annelerin çocukların dışarıya vuran davranış sorunlarını daha fazla bildirebilecekleri göz önüne alındığında, OÖ-DEHB belirtileri ile başvuran çocukların değerlendirmesinde davranışsal, ilişkisel ve etkileşimsel açıdan kapsamlı bir değerlendirme yapılması gerekmektedir.^{8,9}

DEHB tedavisi ile ilgili çalışmalar genellikle okul çağı ve ergenlik dönemi ilaç tedavilerini içermekte olup, okul öncesi dönemdeki çocuklarla ilgili tanı zorlukları ve tedavi yaklaşımlarına yönelik kapsamlı çalışmalar az sayıdadır. Bu gözden geçirme yazısında okul öncesi dönemde DEHB'nin ele alınması, tanı ve ayırıcı tanı aşamaları ve tedavide etkinliği kanıtlanmış anne-baba eğitim programlarının ayrıntılı olarak tartışılması amaçlanmıştır.

OKUL ÖNCESİ-DEHB İÇİN DEĞERLENDİRME AŞAMALARI

Tanı ve ayırıcı tanı değerlendirmesi ayrıntılı klinik öykü ve çocuğun gözlemi ile başlamalı, eş tanı varlığı değerlendirilmelidir. Bakım veren ve öğretmenlerden ayrıntılı bilgi alınmalı, şüphe duyulan olgularda işitme ve görme muayenesi önerilmelidir.

Gelişimsel ve tıbbi öykü: Gelişim öyküsünde annenin gebelik yaşı, gebeliğin planlı/plansız olması, gebelik süresince eşle ilişki ve annenin yaşadığı ruhsal ve sosyal stresler, annenin fiziksel hastalıkları (ateş, enfeksiyon, ilaç-alkol-madde kullanımı, hastaneye yatış), doğumun zamanı, şekli, komplikasyonlar, doğum kilosuna ilgili bilgiler alınmalıdır.

Çocuğun tıbbi öyküsünde geçirdiği hastalıklar, kaza, ameliyat ve hastane yatışları, kullandığı ilaçlar, alerji öyküsü, iştahı, yeme alışkanlıkları, fiziksel gelişme geriliği olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Çocuğun gözlemi: Görüşmeye başlamadan önce okul öncesi çocukların bir oyun odasında zaman geçirmesini sağlamak ve ilk gözlemleri bu ortamda yapmak ortama alışmasını sağlayarak iletişimi kolaylaştıracaktır. Serbest oyun gözleminde çocuğun anne-babayla oyuna nasıl başladığı, anne-baba ile çocuk arasındaki sözlü iletişimin niteliği ve miktarı, çocuğun anne-babaya duygusal yanıtı, anne-babanın çocuğun duygusal yanıtına duyarlılığı, çocuğa ayak uydurması, koruyucu ve kaygılı yönleri değerlendirilmelidir.

Çocuğun gözlemi ve ruhsal değerlendirmesinde fiziksel gelişimi, dismorfik görünüm, kendini kontrol edebilme becerileri, oyuna ilgisi, oyun sırasında dikkatini kaydırabilme becerisi, konuşması, sözcük dağarcığı, ince ve kaba motor becerileri, engellenmeye dayanma gücü, agresyon kontrolü, insan ve aile resmi, çizdiği resimlere anlattığı kısa öyküler, sayı, harf, renk, kavram bilgisi değerlendirilmelidir.

OÖ-DEHB belirtilerinin sorgulanması: OÖ-DEHB'li çocuklar dürtüsel, yıkıcı, agresif davranışlar, aşırı hareketlilik, öfke nöbetleri, zayıf akran ilişkileri, karşı gelme davranışları, konuşma gecikmesi ve konuşma sorunları gibi nedenlerle çocuk psikiyatrisi kliniklerine getirilmektedir.¹⁰ Bu çocuklar okul ortamında diğer çocukların oyunlarını bozacak şekilde sürekli hareket halinde olabilmektedirler. Öykü dinleme gibi grup etkinliklerinde sessizce oturamazlar. Sürekli hareketli ve gürültülü oyunlar oynamak isterler, oyuncak ve eşyalara zarar verebilen tehlikeli

oyunları yeğlerler. Dürtüsellik nedeniyle kaza geçirme, düşme ve yaralanmalar sık görülebilmektedir.¹¹ Tanı ölçütleri sorgulanırken her belirtinin başlangıcı, düzeldiği ve kötüleştiği dönemler ayrıntılandırılmalı, günlük yaşamda yaşanan zorluklar örneklendirilmeli, anne-babaların belirtileri abartılı olarak dile getirdiği düşünülüyorsa anne-babanın beklenti düzeyleri ve ruhsal durumları da sorgulanmalıdır.

Nöropsikolojik değerlendirmeler: Okul öncesi çocuklarda DEHB'nin psikometrik değerlendirilmesinde üç temel yöntem öne çıkmaktadır:

1. Performans testleri,
2. Anne-baba/öğretmen/klinisyen değerlendirme ölçekleri,
3. Yapılandırılmış görüşmeler.

Performans testleri: Sürekli Performans Testleri (SPT) ile hedef uyaran ve hedef olmayan (çeldirici) uyarılara verilen tepkilere göre unutmama, yanlış basma, gecikmiş yanıtlar ve yanıt süresi değerlendirilmektedir. Sesli ve görsel uyarıların birlikte veya tek tek kullanıldığı türleri vardır. İşitsel SPT, Kiddie-SPT, okul öncesi SPT, TOVA bu testlerden bazılarıdır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarında tipik gelişimi olan çocukların, hiperaktivitesi ve karşıt olma davranışları olan çocuklara göre daha az unutmama, daha düşük standart hata tepki süresi, daha kararlı performans gösterdikleri bildirilmiştir.¹²

Anne-baba/öğretmen/klinisyen değerlendirme ölçekleri: Ölçekler tanı, belirti şiddeti, alt tip tanımı ve eş tanı olasılıklarının değerlendirilmesine yardımcı olmaktadır. DEHB'nin sorgulanmasında kullanılan ölçekler:

1. DEHB Ölçeği-4-okul öncesi sürümü,¹³
2. DEHB Belirti Ölçeği-4,¹⁴
3. Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği-1.5-5 yaş (CBCL:1.5-5),¹⁵
4. Conners Erken Çocukluk Ölçeği,¹⁶
5. Erken Çocukluk Envanteri (ECI).¹⁷

Yapılandırılmış görüşmeler: Okul öncesi dönem çocuklarda DEHB'yi sorgulayan yapılandırılmış tanı görüşmeleri DSM-IV ölçütlerinin sorgulanmasını kolaylaştırmaktadır. Bu amaçla hazırlanan üç yapılandırılmış görüşme vardır.

- Küçük Çocuklar için Tanı Görüşmesi (DISC-YC): DISC-IV'den uyarlanmıştır. Anne-babalara yönelik olarak hazırlanmış sorular evet/hayır şeklinde yanıtlanmakta, belirtiler klinik olarak anlamlı düzeyde ise sonraki sorulara geçilmektedir. Başlangıç yaşı, bozulma düzeyi ve tedavi öyküsü sorgulanmaktadır.¹⁸

- Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozukluk-

ları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (K-SADS-PL): Kaufman ve arkadaşlarının oluşturduğu bu yapılandırılmış görüşme tekniği 2-5 yaş çocuklar için uyarlanmıştır.¹⁹ Özellikle DEHB alt bölümünün oldukça geçerli olduğu belirtilmiştir.

- Okul Öncesi Çocukların Psikiyatrik Değerlendirmesi (PAPA): İki-beş yaşları arasındaki çocuklar için anne-babalarla yapılan yapılandırılmış görüşme ile son üç ay değerlendirilmektedir. DEHB'yi sorgulayan 25 madde vardır. DSM-IV ölçütleri olmasa da, okul öncesi çocukların DEHB belirtileri olarak gösterebilecekleri gelişimsel özellikleri sorgulaması önemli bir avantaj olarak görülmektedir.²⁰

Okul öncesi dönem tanısına yönelik kullanılacak yapılandırılmış görüşme ve performans testleri genellikle okul çağı çocuklarına yönelik hazırlanan yöntemlerin bir uzantısı olarak geliştirilmiştir, çok sayıda geçerlilik ve güvenilirlik çalışması vardır. Bu nedenle okul öncesi DEHB'nin tanınmasına yönelik yöntemlerin geliştirilmesi gereksinmesi giderek artmaktadır.

AYIRICI TANI VE EŞ TANI

DEHB'nin değerlendirilmesinde iyi bir öykü alma, tıbbi, psikiyatrik eş tanılarının ve ayırıcı tanılarının fark edilmesini sağlayacaktır. Tıbbi eş tanı ve ayırıcı tanının yapılması için peri-prenatal etkiler (alkol-ilaç gibi toksik madde maruziyeti), gebelik diyabeti, düşük APGAR puanı, erken doğum sorgulanmalıdır. Çocuğun kullandığı steroidler, astım ve alerji ilaçları, huzursuzluk, ajitasyon, hiperaktivite, iritabilite ve uyku sorunlarına yol açabilmektedir. Kurşun gibi zehirler, genetik sendromlar, otoimmün bozukluklar (Sydenham koresi, PANDAS), tiroit işlev bozuklukları şüphelenildiğinde araştırılmalıdır. Adrenolökodistrofinin erkek çocukları etkileyen, çocukluk çağı serebral formu 4-10 yaş arasında başlayan bir bozukluk olup anormal içe çekilme, agresyon, zayıf bellek, düşük okul başarısı, öğrenme zorlukları gibi DEHB tanısının konmasına yol açan davranışsal değişikliklerle kendini gösterebilmektedir.²¹ Özellikle absans nöbetleri DEHB'nin dikkatsizlik belirtileri ile karışabilmektedir. Ayrıca nöbet ve zeka geriliği olan çocuklarda DEHB eş tanısına sık rastlanmaktadır.

Okul öncesi çocukların DEHB tedavisi çalışmasında (The Preschool ADHD Treatment Study-PATS) DEHB'li okul öncesi çocukların %72'sinde bir ve birden çok eş tanı olduğu, en yaygın eş tanının %54.5 oranında karşıt olma karşı gelme bozukluğunun (KOKGB) olduğu bildirilmiştir.²²

Eşlik eden diğer ruhsal bozukluklar anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları, özgül öğrenme güçlüğü, gelişimsel koordinasyon bozukluğu, otizm spektrum bozuklukları, zeka geriliği, Tourette bozukluğu, uyum bozuklukları ve uyku bozuklukları olmuştur. Psikiyatrik eş tanının varlığı kötü sonlanma göstergelerinden biri olarak kabul edilmektedir.

RUHSAL-TOPLUMSAL VE DAVRANIŞÇI YAKLAŞIMLAR

Anne-baba eğitimi programlarının temel amacı, anne-babaların özgüvenini güçlendirerek çocuklarının fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimi için anne-babalık becerilerini geliştirecek rehberlik eğitimi almalarını sağlamaktır. Uygulanan programlar çocuğa, anne-babaya, yakın çevresine yardım sağlamayı amaçlamaktadır. Davranış sorunlarının önlenmesinde anne-baba eğitimi programlarının diğer tedavi yöntemlerinden daha etkili olduğu gösteren araştırmalar vardır.²³

Erken girişimde bulunma, DEHB'li çocuk ve gençlerde görülen eş tanınların gelişmesi gibi olumsuz gidişi de önleyebilmektedir.²⁴ Anne-baba eğitim programları (ABEP) ve diğer davranışçı terapiler çeşitli bağımsız kuruluşlar tarafından, DEHB'li okul öncesi çocuklar için ilk girişim olarak kabul edilmektedir.²⁵

ABEP'nin kuramsal modeli sosyal öğrenme, sosyal etkileşim ve davranışsal bakış açısına dayanmaktadır.²⁶ 1960'lı yıllarda karşıt olma davranışları olan çocuklar için geliştirilen ABEP, 1980'lerin başından beri DEHB'li çocuklara da önerilmektedir.²⁷ Birçok ABEP, Hanf'in iki aşamalı anne-baba eğitim modelini temel almıştır.²⁸

Ruhsal-toplumsal girişimler DEHB'li okul öncesi çocuklarda tedavide ilk basamak olarak önerilmesine rağmen, kolay ulaşılabilir olmaması ve/veya anne-babaların programlara düzenli devam etmemesi önemli bir sorundur. Bu programlar klinisyenlerin ve bakım verenlerin önemli bir zaman ve çaba harcamasını gerektirmektedir. Beş-on üç yaşları arasında 80 çocuğun alındığı bir çalışmada davranışçı girişim önerilerine uyum %58, ilaç tedavisine uyum %78 olarak bulunmuştur.²⁹ Yüksek oranda hiperaktivite, dürtüsellik, dikkat eksikliği ve agresif davranışların görüldüğü ana okulu çocuklarının alındığı bir çalışmada (s=158), anne-baba davranış eğitimine dört oturumdan fazla katılım oranı %25 olmuştur.³⁰ Sosyoekonomik düzeyde düşüklük, tek anne-babalı aile, genç anne yaşı, yüksek anne-baba stresi ve anne-babada DEHB olması

gibi yüksek riskli ailelerde anne-baba eğitiminin etkinliği azalmaktadır.³¹

Anne-Baba Eğitim Programları: Anne-baba eğitim programları, çeşitli ülkelerde farklı program modelleri ile uygulanmaktadır. Bu program modelleri amaç ve türleri açısından farklılık göstermektedir. En kapsamlı anne-baba eğitimi programları ABD, İngiltere ve Avustralya'da yapılmaktadır. DEHB ve yıkıcı davranışları olan okul öncesi çocuklarda etkili olduğu kabul edilen yapılandırılmış anne-baba eğitim programları aşağıda belirtilmiştir:

1. Anne-Baba/Çocuk Etkileşim Terapisi (ABÇET) (Parent-Child Interaction Therapy-PCIT),
2. İnanılmaz Yıllar Programı (İYP) (Incredible Years Program-IYP),
3. Olumlu Anne-Babalık Programı (OABP) (Positive Parenting of Program-Triple P).

1. *Anne-Baba/Çocuk Etkileşim Terapisi (ABÇET):* Eyberg tarafından 1970'li yıllarda 2-7 yaşları arasındaki yıkıcı davranışları olan çocuklar için geliştirilmiştir.³² Bir gözden geçirme çalışmasında ABÇET'in etkin olduğu ve etkinliğinin altı yıla kadar sürdüğü bildirilmiştir.³³ DEHB'li çocuklara uygun hale getirilen ABÇET programına www.pcit.org adresinden ulaşılabilir.

ABÇET'te çocukların sosyal davranışlarını artırıp olumsuz davranışlarını azaltmanın yanı sıra, anne-babalara çocuklarıyla güvenli ve doyurucu bir ilişki kurmaları için özel beceriler öğretilmektedir. ABÇET iki temel etkileşimin üzerinde durmaktadır. Çocuk odaklı etkileşimde (ÇOE) anne-babanın, çocuğu anne-baba/çocuk ilişkisini güçlendirmek amacıyla bir oyun içine çekerek farklılaşmış sosyal dikkat ile çocuğun davranışlarını şekillendirmesi amaçlanmaktadır. Anne-baba odaklı etkileşimde (ABOE) klinik davranışçı terapiye benzer şekilde, anne-babaların özel davranış yönetim tekniklerini çocukla oyun oynayarak öğrenmeleri sağlanmaktadır.

Başlangıçta tedavi gereksinmelerini belirlemek, terapinin gidişini yönlendirmek, tedavi ile ilerlemeyi ölçebilmek ve sonuçları değerlendirmek için anne-baba ve öğretmenlerden bilgi almayı sağlayan ölçekler verilmekte ve anne-baba/çocuk etkileşimi doğrudan gözleme dayalı ve yapılandırılmış ölçeklerle değerlendirilmektedir.

Çocuk odaklı etkileşim: Anne-babalar çocuklarıyla oyun oynarken, çocuğun istenen davranışlarına olumlu geribildirimde bulunmak için beş önemli beceriyi (açık övgü, aynalama, davranış taklit, açıklama, keyif aldığı bildirme) ve yapı-

maması gereken tutumlar olarak adlandırılan çocuğun liderliğini ortadan kaldıran komutları, soruları ve eleştirileri kullanmamayı öğrenmektedirler. ÇOE'de anne-baba çocuğu izlemeyi öğrenirken, terapist de anne-babanın becerilerini izlemektedir. Anne-babalar gözlem sırasında ÇOE becerilerini kullanmada yeterlilik ölçütlerini karşılayana kadar, terapist koçluk yapmayı sürdürmektedir. Bu ölçütler 10 davranışsal tanımlama, 10 aynalayıcı anlatım, 10 açık övgü olması ve toplam üç soru, emir ve eleştiriden fazlası olmaması gerektiği şeklinde belirlenmiştir. Anne-babalar bu ölçütleri karşıladığında anne-baba odaklı etkileşim aşamasına geçebilmektedirler.

Anne-baba odaklı etkileşim (ABOE): Anne-babalar etkili yönerge verme, sakinliğini sürdürme ve çocuğun davranışlarına tahmin edilebilir tepkiler verme becerisi kazanmaktadır. Açık, kesin olarak belirtilmiş ve doğrudan komutlar vermeyi (örneğin, 'Koşmayı bırak' yerine 'Yanımda yürümeni istiyorum' gibi) ve çocuklara nedenleri açıklamanın zamanlamasını öğrenmektedirler. Çocuk itaat ettiğinde anne-baba çocuğu söz dinlediği için övmekte, söz dinlemezse mola zamanını başlatmaktadır.

Terapistler ABOE'de başlangıç oturumlarında kısaca yol göstermekte, doğrudan talimat vermekte, anne-babalar ustalık kazandıkça talimatlarını aşama aşama azaltmaktadır. Bazı anne-babalar ABOE becerilerini öğrenmeyi dört oturmada başarmakta, ancak belirgin yıkıcı davranışı olan çocukların anne-babalarında genellikle ayrıntılı eğitim ve öğretim gerekmektedir. Terapistin anne-baba ve çocuğu gözlemine dayalı puanlama düzeyleri ve anne-babaların çocuğun davranış sorunlarıyla kendi başlarına baş etmeye hazır olup olmadıklarına karar vermeleri terapi süresini belirlemektedir. Bu nedenle ABÇET için tanımlanmış bir zaman sınırlaması yoktur.

2. İnanılmaz Yıllar Programı (İYP): İYP'nin temel hedefleri DEHB'li çocukların anne-babalarının DEHB'yi öğrenmeleri, çocuklarının dikkat ve odaklanmasını artırmak, istenmeyen davranışlarını azaltmak, duygu düzenleme becerilerini güçlendirmek, çevreyi yeniden düzenlemek, anında geribildirim vermek ve gelişimlerine uygun hedefler belirlemek için gerekli beceriler kazanmalarını sağlamaktır. İYP'nin davranış sorunlarını azaltmada etkili olduğu küçük çocuklarla yapılan randomize kontrollü çalışmalarla kanıtlanmıştır.^{34,35} DEHB'li erkek çocuklarda İYP, öğretmen sınıf müdahale programının tedaviye katıldığı durumlarda tedavi etkinliğinin arttı-

ğı gösterilmiştir.³⁶ İYP kılavuzuna ulaşma adresi şudur: www.incredibleyears.com

DEHB'li çocukların anne-babalarının akademik, sabır, toplumsal, duygusal ve akran koçluğu becerileri kazanmasının hedeflendiği program haftada iki saatlik oturumlarla 20-24 hafta sürmektedir. Programda anne-babaların somut ödüller ve övgülere dikkat çekmeyi, net sınırlar belirlemeyi ve öngörülebilir çizelgeler hazırlamayı öğrenmesi hedeflenmektedir. Anne-babalar net ve saygılı bir biçimde komut vermek ve uyulmadığında davranışı sonlandırmaya hazır olmak gibi konularda eğitilmekte, çocuklarının daha iyi konsantre olmasına yardım edebilmek için gerekli uyum alıştırmaları öğretilmektedir. Çocuklarıyla birlikte sorun çözüme becerileri kazandırılmaya çalışılırken programın içeriğinde bulunan "*Dedektif Wally'nin Evde ve Okulda Sorun Çözme Kitabı*"nı kullanarak çocuklarına çeşitli olumlu toplumsal davranışlar ve özdenetim yöntemlerini öğretme eğitimi verilmektedir.³⁷ Bu kitapta bilgisayar için sıra beklemek, oyundan dışlanmak, kışkırtılmak gibi çözülmesi gereken çeşitli sorunları olan çocuklar örneklenmiştir. Anne-babalar çocuklarıyla birlikte çözüm yollarını konuşmakta ve kuklalarla canlandırmaktadırlar. Ek olarak anne-babalara öğretmenler ve birbirleriyle etkili iletişim kurma, cesaret kırıcı ve depresif düşüncelerle başa çıkma, öfke kontrolü, diğer aile üyelerinden destek alma ve etkili sorun çözme yöntemlerini öğrenme alanlarında yardımcı olmak hedeflenir.

Çocuklar için küçük grup yöntemleri: İYP'de çocuk grupları oluşturularak oturumlar sırasında müzik, özel içerikli skeç DVD'leri, canlandırmalar, kuklalar, oyun etkileşimi kullanılır. Terapistler gruplarındaki çocukların farklı gereksinmelerine göre düzenlemeler yaparlar. Örneğin, kuklalarla sorun senaryoları hazırlanarak çocukların sorunlarını çözmeye yardımcı olmasını isterler. Özdenetim, öfke kontrolü ve yaşit ilişkisini geliştirmeye yönelik çalışmalar da çocuk küçük grup etkinliklerinde ele alınır.

Programın temel içeriği Tablo 1'de ve çocuklara kazandırılması hedeflenen beceriler Tablo 2'de gösterilmiştir.

Terapistlerin DEHB'li çocukların öğretmenleri ile iletişime geçmesi önemlidir. Anne-baba, öğretmen ve terapistler bu davranış planlarını geliştirmek, belirlenen hedefler konusunda işbirliği yapmak, stratejileri paylaşmak amacıyla 2-3 hafta aralarla bir araya gelmektedirler. Terapistler öğretmenlere öfke kontrolü, problem çözme becerileri veya ödül listelerini nasıl kullanacakla-

Tablo 1. İnanılmaz Yıllar Programının temel hedefleri ve içeriği

Hedefler	
Anne-baba/çocuk ilişkisi ve çocuğun anne-babasına bağlanmasını güçlendirmek	Anne-babaların anlayışını, empati yeteneğini, çocuğun mizacı ve gelişimsel düzeyini kabullenmesini sağlamak. Anne-babaların çocuğu hakkındaki olumlu söylemlerini artırıp olumsuz söylemlerini azaltmak ve çocuğun gelişim düzeyiyle uyumlu, gerçekçi beklentilerini desteklemek. Anne-babalara çocuk odaklı oyun etkileşimi sırasında sosyal, duygusal, sabır ve akademik koçluğu nasıl kullanacaklarını öğretmek. Anne-babaları çocuklarının sakin kalma ve özdenetim çabalarını, olumlu sosyal davranışlarını desteklemeleri ve daha etkili övgülerde bulunmaları konusunda cesaretlendirmek. Olumlu anne-baba/çocuk ilişkisini sağlamak ve çocuğun anne-babasına bağlanmasını güçlendirmek.
Etkili sınır koyma, cezalandırıcı olmayan disiplin ve sistematik davranış planlarını iyileştirmek	Anne-babalara çocuklarında hedeflenen olumlu sosyal davranışlar için dikkat çekici ödülleri geliştirme konusunda yardım etmek. Anne-babalara çocukları için öngörülebilir ve net ev rutinleri, listeleri ve kural-ları belirleme konusunda yardım etmek. Anne-babaların hatalı davranışlar için önleyici olan ve cezalandırıcı olmayan disiplin yaklaşımlarını öğretmek. Anne-babalara disiplin uygularken sakin kalabilmeleri için öfke kontrol yöntemlerini öğretmek. Anne-babalara çocuklarına isteklerini yaptırabilme alıştırmalarını nasıl yapacaklarını öğretmek. Anne-babalara çocuklarına problem çözme, öfke kontrolü ve duygusal özdenetim konusunda nasıl yardım edeceklerini öğretmek. Anne-babaların televizyon ve bilgisayar oyunları başında geçirilen saatleri azaltıp, çocukları ile eğlenceli saatler ve mutlu deneyimler yaşamayı artırmayı öğrenmelerine yardım etmek.
Anne-babaların insan ilişkilerini ve destek kuvvetlerini güçlendirmek	Anne-babalara kendileri için depresyon, stres ve öfke kontrolü gibi durumlarla başa çıkmaya yönelik etkili iletişim becerilerini ve problem çözme yöntemlerini öğretmek. Anne-babalara sosyal, duygusal ve akademik sonuçlara odaklanan ev-okul davranış planını geliştirmek için öğretmen ile birlikte çalışma yollarını öğretmek. Anne-babalara çocuklarının akran ilişkilerini arttırmak için onlara destek olmayı öğretmek.

rını anlatmaktadırlar. Araştırmalar öğretmenlerle işbirliğinin sonuçları daha da iyileştireceğini göstermiştir.³⁵

3. Olumlu Anne-Babalık Programı (OABP): OABP aile ve toplumla işbirliği yapan, risk etkenlerini azaltan, koruyucu etkenleri destekleyen, multidisipliner yaklaşıma sahip, kanıt standartları yüksek, randomize kontrollü çalışmaların kullanıldığı ve uzun süreli sonuçların elde edildiği dünyadaki en etkili anne-baba eğitimi programıdır.^{38,39} Yirmi altı ülkede uygulanmakta olan OABP, Queensland Üniversitesi Anne-Babalık ve Aile Destek Merkezi'nin 1979 yılında başlattığı bir çalışmadır. Çocuk ve anne-baba arasında olumlu bir ilişkinin oluşturulması, anne-babalık

becerilerinin geliştirilmesi, çocuğun yetenek ve gelişiminin desteklenmesi, eşlere etkili iletişim becerilerinin öğretilmesi ve anne-babalık stresinin azaltılması amaçlanmaktadır. Uygulanan girişimler, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından 'iyi yapılandırılmış girişimler' olarak değerlendirilmiştir.⁴⁰

OABP beş düzeyden oluşmaktadır:

1. düzey: Anne-babalar için anne-babalık bilgisinin yer aldığı broşürleri ve özel anne-baba tutum önerilerini gösteren videoları kullanarak medya yoluyla anne-babalıkla ilgili yararlı bilgilere ulaşımı sağlayan temel düzeydir.
2. düzey: Hafif düzeyde davranışsal ve duygusal

Tablo 2. Sosyal beceriler, duygular ve problem çözme programının içeriği ve hedefleri

Hedefler	
Arkadaş edinme ve okul kurallarını öğrenme	Kuralların önemini anlamak. Kural belirleme sürecine katılmak. Kuralların çiğnenmesinin sonuçlarını anlamak. İyi davranışların sonucunda ödül kazanmayı öğrenmek. Arkadaşlık kurmayı öğrenmek.
Okulda elinden gelenin en iyisini yapmayı öğrenme	Dinlemeyi, beklemeyi, araya girmemeyi, sınıfta soru sormak için sessizce el kaldırmayı öğrenmek. Okulda araya giren ve sataşan diğer çocuklarla baş etmeyi öğrenmek. Durmak, düşünmek ve yapılan işi kontrol etmeyi öğrenmek. Öğretmene ve diğer çocuklara dikkatini vermeyi öğrenmek. Konsantre olmayı ve iyi sınıf becerilerini çalışmak.
Duygularını anlamayı ve keşfetmeyi öğrenme	Farklı duyguları isimlendirmeyi öğrenmek. Nasıl hissettiğini sözlü ve sözlü olmayan şekilde ifade etmeyi öğrenmek. Duygularını tanımlamak için kullanılan sözsüz ifade şekillerinin farkına varmak. Sakinleşme termometresi, derin nefes alma, olumlu hayaller gibi rahatlamanın farklı yollarını öğrenmek. Duygularını farklı bakış açılarıyla anlamak. Duygular hakkında konuşmaya çalışmak.
Problem çözme basamaklarını öğrenme	Bir sorunu tanımayı öğrenmek. Hayali sorunlar için çözüm yolları düşünmek. Sözlü savunma becerilerini öğrenmek. Dürtüsel tepkileri önlemeyi öğrenmek. Özür dilemenin ne demek olduğunu öğrenmek. Kışkırtılmak, vurulmak ve reddedilmek gibi sorunlara çözüm yolları düşünmek. Çözüm yollarının sonuç verdiğini anlamak. Çözümleri ciddi olarak değerlendirmeyi öğrenmek.
Öfke kontrolünü öğrenme	Öfkenin sorunu başarıyla çözmeyi engelleyebileceğini fark etmesini sağlamak. Öfkeyle başa çıkmada kaplumbağa tekniğini kullanmak. Özür dilemenin hangi durumlarda işe yaradığını anlamak. Kendinde ve başkalarında öfkenin farkına varabilmek. Öfke duymanın normal olduğunu ama öfkeyle birine vurmanın veya yaralamasının normal olmadığını anlamak. Öfke tepkilerini kontrol etmeyi öğrenmek. Öfkeli bir erişkini ya da akranını kızdırdığında, zorbalık uyguladığında veya bağırdığında uygulanacak yöntemleri çalışmak. Bашkalarının öfkesi ile başa çıkma becerilerini öğrenmek.
Arkadaş canlısı olmayı öğrenme	Arkadaşlığın anlamını ve arkadaş canlısı olmayı öğrenmek. Bашkalarına yardım etmenin yollarını öğrenmek. Paylaşmak ve yardım etmek kavramlarını öğrenmek. Ekip olmanın ne demek olduğunu öğrenmek. Paylaşma, yardımlaşma ve takım çalışmasının faydalarını anlamak. Arkadaşlık becerilerini çalışmak.
Arkadaşlarla nasıl konuşulacağını öğrenme	Arkadaşa soru sormayı ve bir şey anlatmayı öğrenmek. Arkadaşının söylediğini dikkatle dinlemeyi öğrenmek. Canını sıkı bir şey hakkında konuşmayı öğrenmek. İltifat etmeyi ve özür dilemeyi öğrenmek. Oyun oynayan çocuklara katılmayı öğrenmek. Emir vermek yerine öneride bulunmayı öğrenmek.

Tablo 3. Olumlu Anne-Babalık Programı ile kazandırılması hedeflenen anne-babalık becerileri⁴⁴

Temel anne-babalık becerileri	Tanım	Uygulama
<i>Olumlu ilişkiler geliştirme</i>		
Çocuk ile birlikte zaman geçirmek	Diğer işleri yapmak için zorlayıcı bir durum yoksa sık sık, ama kısa süreli zaman geçirmek	Çocuklar için anne-baba ile iletişim halinde olmanın keyfine varma ve olumlu bir ilişkiyi sürdürme fırsatları
Çocuk ile konuşmak	Onların ilgisini çekecek konularda kısa konuşmalar yapmak	Düşüncelerini açıklama ve onlar için önemli olan konuları tartışma fırsatları yaratmak
Sevgi göstermek	Toplum içinde duruma uygun sevgi gösterilerinde bulunmak	Sevgi göstermenin ve anne-baba/çocuk ilişkisini sürdürmenin uygun yollarını göstermek
<i>Doğru davranışın teşvik edilmesi</i>		
Tanımlayıcı takdiri kullanmak	Takdir edilen davranışın tanımlanması ve doğru bulunduğunun veya beğenildiğinin belirtilmesi	Doğru davranışı özendirmek (hoş bir ses tonu ile konuşmak, başkalarıyla oynarken işbirliği yapmak, paylaşmak, resim yapmak, kitap okumak)
İlgi göstermek	Doğru davranışın sözsüz olarak kabulü, onaylanması (gülme, göz kırpmak, sırtını sıvazlamak)	Doğru davranışı özendirmek (hoş bir ses tonu ile konuşmak, başkalarıyla oynarken işbirliği yapmak, paylaşmak, resim yapmak, kitap okumak)
Eğlenceli etkinlikler için fırsatlar sağlamak	Çocukların yeni sosyal ve boş zaman etkinlikleri keşfetmesi ve bunları denemesi için fırsatlar yaratılması	Bağımsız hareket etmeyi özendirmek; çocukların katılabileceği ve yeni ilgi ve beceriler geliştirebileceği etkinlikleri tanımlamak
<i>Yeni beceri ve davranışların öğretilmesi</i>		
İyi bir örnek olmak	Anne-baba olarak doğru davranışları göstermek	Özellikle kişiler arası iletişimde çocuklara nasıl uygun şekilde davranılacağını göstermek
Sor-söyle-yap ilkesini kullanmak	Yeni becerileri öğretmek için söz, jest, mimik ve el hareketlerini kullanmak	Çocuğa özbakım becerilerini (dış fırçalamak, yatağını toplamak) ve diğer yeni becerileri (yemek yapmak, araç gereç kullanımı) öğretmek
Raslantısal öğretmeyi kullanmak	Çocuğun iletişimine ve öğrenmesine destek olmak için sorular sormak	Dil, problem çözme, bilişsel yetenek ve bağımsız oyun oynamayı desteklemek
Davranış anlaşması kullanmak	Tartışma veya gerginlik yaratan bir konu ile başa çıkmak için bir anlaşma üzerinde uzlaşmak	Uzlaşmayı, karar vermeyi ve bireysel sorumluluğu öğretmek
<i>Problemlili davranışla başa çıkma</i>		
Uygun aile içi temel kurallar belirlemek	Baştan bir takım adil, açık, anlaşılır ve uygulanabilir kurallar üzerinde uzlaşmak	Beklentileri netleştirmek ve günlük çatışmalardan kaçınmak
Amaca yönelik tartışmayı kullanmak	Yineleyen kurallara uymama sonrasında doğru davranışın tanımlanması ve provasının yapılması	Yineleyen kurallara uymama veya yeni bir kuralın uygulanmaya başlamasının ardından olabilecek uymamaları düzeltmek
Açık, net ve sakin talimatlarda bulunmak	Yeni bir görevi başlatmak veya problemlili bir davranışı sona erdirmek ve doğru davranışı başlatmak için özel bir talimatta bulunmak	Bir aktivite başlatmak veya problemlili bir davranışı sona erdirmek ve bunun yerine neyin gerekli olduğunu söylemek

Tablo 3 (devamı). Olumlu Anne-Babalık Programı ile kazandırılması hedeflenen anne-babalık becerileri⁴⁴

Temel anne-babalık becerileri	Tanım	Uygulama
Talimatları (duruma uygun) ilgili yaptırımlarla desteklemek	Çocuklara belirli bir zaman dilimi için bir aktivitenin veya ayrıcalığın sona erdirilmesini de kapsayan belirli bir sonucun sağlanması	Kurallara uymama ve sıklıkla meydana gelmeyen hafif düzeyde davranış sorunları ile başa çıkma
Sorunlu davranışlar için sessizlik zamanını kullanmak	Çocuk bir etkinlikte bulunurken bir sorun ortaya çıktığında, kısa bir süre için çocuğa etkinlik yasaklanarak, hemen orada bir köşede sessizce oturmasını sağlamak	Sorunlu davranış için duruma uygun yaptırım uygulanmasını sağlamak
Sorunlu davranışlar için mola yöntemini kullanmak	Çocuk bir etkinlikte bulunurken bir sorun ortaya çıktığında, kısa bir süre için çocuğa etkinlik yasaklanarak, hemen oradan uzaklaştırmak	Öfke patlamaları ile başa çıkmak, (başkalarına zarar verme, sessizlik zamanında sessiz durmamak gibi)

sorunları olan çocukların anne-babaları için erken tanılamaya yönelik davranış rehberi sunmayı amaçlayan, temel anne-babalık tutumlarına ilişkin bilgiler veren üç seminer dizisinden oluşan birincil koruma girişimleridir.

3. düzey: Dört oturumdan oluşur. Hafif ve orta düzeyde davranışsal ve duygusal sorunları olan çocukların anne-babalarının aktif beceri eğitimi içerir.

4. düzey: Daha ciddi davranışsal ve duygusal sorunları olan çocukların anne-babaları için 10 oturumluk bireysel veya sekiz oturumluk grup eğitim programıdır. On-on iki anne-babadan oluşan gruplarda ayrıntılı biçimde tanımlanan ve uygulanan beceri eğitimidir.

5. düzey: Anne-babalığın diğer sıkıntılar (ilişki sorunları, anne-babaların depresyonu veya yüksek düzeylerde stres) ile daha da karmaşık bir hale geldiği durumlarda ileri bir davranışsal aile girişim programıdır.⁴¹⁻⁴³

Programın farklı düzeylerde olması, OABP'yi diğer anne-baba eğitimi programlarından ayıran en önemli özelliklerdendir. Aşamalı girişimin mantığı, çocuklarda ve ergenlerde farklı düzeylerde işlevsel ve davranışsal sorunların olması ve anne-babaların, gereksinim duyacakları desteğin türüne, yoğunluğuna ve şekline ilişkin farklı gereksinim ve isteklere sahip olmasıdır.

OABP'nin güvenli ve olumlu bir öğrenme ortamı yaratmak, tutarlı disiplin kullanmak, kendisi ve çocuğu için gerçekçi beklentilere sahip olmak ve anne-baba olarak kendine zaman ayırmak şeklinde tanımlanan beş yapı taşı vardır. Olumlu anne-babalık becerileri, çocuk (0-12 yaş) ve

ergen yaş grubu (12-18 yaş) için hazırlanmış grup veya seminer uygulamaları ile anne-babalara sunulmaktadır. Programla anne-babalara kazandırılması hedeflenen beceriler Tablo 3'te, çocuklarda desteklenen beceriler Tablo 4'te gösterilmiştir.⁴⁴

OABP'nin okul öncesi dönemde çocukları olan anne-babalara uygulandığı bir çalışmada, sonuçlar programa katılmayan anne-babaların sonuçlarıyla karşılaştırılmış ve aileler iki yıl süreyle izlenmişlerdir.⁴⁴ OABP'ye katılan anne-babalar, programa katılmayan anne-babalara göre çocuklarının yıkıcı davranışlarında ve şiddete başvurularında önemli bir azalma belirtmişlerdir. Anne-babaların depresyon, anksiyete ve stres düzeyinde önemli iyileşmeler, evlilik uyumlarında artış ve çocuk yetiştirme üzerine yaşadıkları çatışmalarda azalma, programa katılmayan anne-babaların sonuçlarına göre belirgin olarak farklı bulunmuştur. Anne-babalar programa katılmaktan %89'luk bir memnuniyet belirtmişlerdir.

Grup OABP uygulamasının sonuçları iki çalışmada paylaşılmıştır.^{45,46} Bu çalışmaların bulguları anne-babalık eğitiminin çocukların sorun davranışlarını azalttığı yönündedir. Çocuklarının yaşları 36-48 ay arasında olan ailelerin katıldığı çalışmada anne-babalar; standart bireysel eğitim grubu, evliliğe ilişkin sorunlar üzerinde durulan iki oturumun eklendiği genişletilmiş anne-baba eğitimi grubu ve girişimin yapılmadığı kontrol grubu olarak ayrılmıştır. Programın başlangıcında, bitişinde ve bir yıl sonra, çocukların duygusal ve davranışsal sorunları, anne-

Tablo 4. Olumlu Anne-Babalık Programı ile desteklenen çocuk becerileri⁴⁴

Çocuk becerileri	
Sosyal ve dil becerileri	Görüşlerini, düşüncelerini ve ihtiyaçlarını uygun bir şekilde belirtme, gerek duyduklarında destek veya yardım isteme. Yetişkinlerin isteklerine yönelik işbirliği yapma. Başkalarıyla işbirliği yaparak yaşlarına uygun etkileşime girme. Başkalarının duygularının farkında olma. Kendi hareketlerinin başkalarını nasıl etkilediğinin farkında olma.
Duygusal öz düzenleme becerileri	Duygularını başkalarına zarar vermeden ifade etme. Başkalarını incitici hareketlerin kontrol edilmesi ve hareket etmeden önce düşünme. Kendileri ve başkaları hakkında olumlu duygular geliştirme. Kuralları ve sınırları kabul etme.
Bağımsızlık becerileri	Kendileri için bir şeyler yapmaları\Kendi kendine öğrenme. Görevlerini sürekli yetişkin denetimi olmadan yapma. Kendi davranışlarından sorumlu olma.
Problem çözme becerileri	Günlük olaylara ilgi gösterme. Soru sorma ve düşünce geliştirme. Problemlere alternatif çözümler düşünme. Anlaşma ve uzlaşma. Kararlar verme ve bu kararların sonuçlarını üstlenme.

babaların ruhsal durumları, anne-babalık tutumları ve anne-babaların programdan memnuniyet düzeyleri ölçülmüş, OABP uygulanan iki grubun eşit düzeyde ve kontrol grubuna göre daha fazla etkin olduğu gösterilmiştir. Çocukların yıkıcı davranışlarında ve işlevsel olmayan anne-babalık tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmanın olduğu, anne-babaların kendilerini yeterli hissetmelerinin ve programdan memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılan annebabaların bir yıl sonraki değerlendirmelerinde, belirtilen alanlardaki iyilik halinin sürdüğü saptanmıştır.⁴⁶ Davranışsal sorun geliştirme riski olan okul öncesi yaş grubundaki çocukların anne-babalarına uygulanan eğitim programlarının etkinliğinin incelendiği bir çalışmada, eğitim alan gruplarda, çocukların sorunlu davranışlarının sıklığında ve işlevsel olmayan anne-baba tutumlarında azalma ve anne-babanın baş etme becerilerinde ve memnuniyet düzeylerinde kontrol grubuna göre anlamlı artış olduğu bulunmuştur. Bir yıl sonraki izlemede olumlu etkilerin sürdüğü görülmüştür.⁴⁵

Literatürde farklı çalışmalarda OABP-grup programının, DEHB'li okul öncesi ve ilkököl dönemindeki çocuklarda, davranışsal sorunları azalttığı, anne-babalık tutumlarını ve anne-babaların ruhsal iyilik durumlarını iyileştirdiği, anne-baba ve çocuk ilişkisinde olumlu bir etki sağladığı, **Anatolian Journal of Psychiatry 2016; 17(2):143-155**

anne-baba arasındaki çatışmayı da azaltarak evlilik doyumunu artırdığı bildirilmiştir.⁴⁷⁻⁵⁰

OABP, Türkiye'de yeni uygulanmaya başlayan bir programdır. Klinik çalışmalarda, davranış sorunları olan ergenlerin, anksiyete bozukluğu bulunan ve DEHB'li çocukların anne-babalarında OABP-grup programının etkinliği ve kalıcılığı değerlendirilmiştir. Toplum örneğinde ise, OABP'nin İzmir-Balçova ilçesindeki anne-babalar ve çocuk/ergenler üzerindeki etkileri incelenmiştir. Öztürk ve arkadaşlarının randomize kontrollü çalışmasında, 7-12 yaşları arasındaki DEHB'li çocukların anne-babalarına uygulanan OABP-grup programının, çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarına, DEHB belirtilerine ve şiddetine, ruhsal-toplumsal işlevsellik düzeyine, anne-babalarda ise anne-babalık tutumlarına ve aile işlevselliğine etkileri incelenmiştir. Sonuçta çocukların DEHB belirti düzeyinin, hastalığın şiddetinin ve duygusal-davranışsal sorunlarının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı, çocuğun işlevselliğinin arttığı, anne-babaların da demokratik tutum göstermelerinde anlamlı düzeyde bir artışın olduğu bulunmuş, OABP'nin DEHB tedavisinde etkili bir yöntem olduğu bildirilmiştir.⁵¹

Bir gözden geçirme yazısında DEHB'li çocukların dinleme, dikkatini yöneltme ve davranışlarını

kontrol etme gibi kendini düzenleme becerilerinde yaşadıkları zorlukların OABP ile kazandırılan olumlu anne-babalık tutumları ile azaldığı bildirilmiştir. Anne-babaların, bireysel gereksinimlerine yönelik etkili tutum önerilerini uygulaması ile birlikte çocukların kendilerini düzenleyebilme becerileri desteklenmekte ve DEHB belirtilerinde azalma gözlenmektedir. Aynı zamanda anne-babalar, DEHB'li çocukların günlük yaşamdaki sorunlarıyla baş ederken daha uygun baş etme yolları bulabilmekte, etkili sorun çözme ve iletişim becerileri gösterebilmektedirler.⁵²

SONUÇ

Okul öncesi yaş grubunda DEHB en çok tanı konan bozukluk olup, etkili anne-baba girişim programlarına gerek duyulmaktadır. Son 10

yılda, bu popülasyon için geliştirilen anne-baba eğitim programlarında, deneysel projeler kullanılarak ciddi çalışmalar yapılmış, birkaç girişimin DEHB'si ve yıkıcı davranışları olan çocuklarda etkili olduğu güçlü kanıtlarla gösterilmiştir. Çocuklarda, doğrudan becerileri geliştirme yaklaşımları çalışılsa da, geçerli ABEP'lerde toplumsal etkileşimle öğrenmeyi ve ilişki kuramını temel alan yaklaşımlar kullanılmaktadır. ABEP'nin en önemli zorlukları arasında, düşük katılım oranlarının ve en çok gerek duyan ailelerde düşük etkinlik oranlarının olmasıdır. Aileye özgü uyumun geliştirilmesini sağlayacak yöntemlerin araştırılması, ABEP'nin etkinliğini olabildiğince geniş alana yaymak için kanıta dayalı EEP'nin uygulanma alanlarının genişletilmesi ve ulaşılabilirliğinin artırılması gerekmektedir.

Yazarların katkıları

Ö.Y.G.: Konuyu bulma, literatür tarama, planlama, araştırmanın yürütülmesi, makaleyi yazma; **F.V.T.:** Literatür tarama, makaleyi yazma; **E.Y.Ö.:** Literatür tarama, makaleyi yazma; **F.D.:** Literatür tarama, makaleyi yazma; **N.Ç.M.:** Literatür tarama, makaleyi yazma.

KAYNAKLAR

1. Yıldız Oc O, Agaoglu B, Sen Berk F, Komsuoğlu S, Karakaya I, Coskun A. Evaluation of the effect of methylphenidate by computed tomography, electroencephalography, neuropsychological tests, and clinical symptoms in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: a prospective cohort study. *Curr Ther Res* 2007; 68:432-449.
2. Yıldız O, Sismanlar SG, Cakin Memik N, Karakaya I, Agaoglu B. Atomoxetine and methylphenidate treatment in children with ADHD: the efficacy, tolerability and effects on executive functions. *Child Psychiatry Hum Dev* 2011; 42(3):257-269.
3. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GC. Prevalence estimations of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. *Int J Neurosci* 2003; 113(1):49-71.
4. Egger HL, Kondo D, Angold A. The epidemiology and diagnostic issues in preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: A review. *Infants and Jung Children* 2006; 19:109-122.
5. Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53(6):695-705.
6. Bauer NS, Gilbert AL, Carroll AE, Downs SM. Associations between early exposure to intimate partner violence, parental depression and subsequent mental health outcomes. *JAMA Pediatr* 2013; 167(4):341-347.
7. Willoughby MT, Curran PJ, Costello EJ, Angold A. Implications of early versus late onset of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(12):1512-1519.
8. Berg-Nielsen TS, Solheim E, Belsky J, Wichstrom L. Preschoolers' psychosocial problems: in the eyes of the beholder? Adding teacher characteristics as determinants of discrepant parent-teacher reports. *Child Psychiatry Hum Dev* 2012; 43(3):393-413.
9. Garstein MA, Bridgett DJ, Dishion TJ, Kaufman NK. Depressed mood and maternal report of child behavior problems: another look at the depression-distortion hypothesis. *J Appl Dev Psychol* 2009; 30(2):149-160.
10. Ghuman JK, Ghuman HS. Pharmacologic intervention for attention-deficit hyperactivity disorder in preschoolers: is it justified? *Paediatr Drugs* 2013; 15(1):1-8.
11. Murray DW. Treatment of preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12(5):374-381.
12. Youngwirth SD, Harvey EA, Gates EC, Hashim RL, Friedman-Weieneth JL. Neuropsychological abilities of preschool-aged children who display hyperactivity and/or oppositional-defiant behavior problems. *Child Neuropsychol* 2007; 13(5):422-443.

13. McGoey KE, DuPaul GJ, Haley E ve ark. Parent and teacher ratings of attention deficit /hyperactivity disorder in preschool: The ADHD Rating Scale-IV Preschool Version. *J Psychopathol Behav Assess* 2007; 29:269-276.
14. Gadow KD, Sprafkin J, Nolan EE. DSM-IV Symptoms in community and clinic preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:1383-1392.
15. Achenbach TM, Rescorla LA. Manual for ASEBA preschool forms and profiles. Burlington VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth and Families, 2000.
16. Conners CK. Conners Early Childhood. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, 2009.
17. Sprafkin J, Gadow KD. Early Childhood Symptom Inventories. Stony Brook, NY: Checkmate Plus, 1996.
18. Lucas CP, Fisher P, Luby JL. Young Child DISC-IV Research Draft: Diagnostic Interview Schedule for Children. New York, NY: Columbia University, Division of Children Psychiatry, Joy and William Ruane Center to Identify and Treat Mood Disorders, 1998.
19. Brimamer B, Ehmann M, Axelson DA, Goldstein BI, Monk K, Kalas C, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS-PL) for the assessment of preschool children-a preliminary psychometric study. *J Psychiatr Res* 2009; 43:680-686.
20. Egger H, Angold A. The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): a structured parent interview for diagnosing psychiatric disorders in preschool children. R DelCarmen-Wiggins, A Carter (Eds.), *Handbook of Infant, toddler, and Preschool Mental Health Assessment*, New York: Oxford University Press, 2004, p.223-246.
21. Yıldız Ö, Çakın Memik N, Kara B, Ağaoğlu B. Çocukluk çağı serebral tip adrenolökodistrofi'de tanı ve ayırıcı tanı zorlukları: bir olgu sunumu. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2011; 48:261-264.
22. Ghuman JK, Riddle MA, Vitiello B, Greenhill LL, Chuang SZ, Wigal SB. Comorbidity moderates response to methylphenidate in the Preschoolers with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS). *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2007; 17(5):563-580.
23. Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P - Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. *Parent Res Practice Monograph*, 2003; 1:1-21.
24. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Kipp H, Ehrhardt A, Lee SS. Three-year predictive validity of DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in children diagnosed at 4-6 years of age. *Am J Psychiatry* 2004; 161(11):2014-2020.
25. Wolraich M, Brown L, Brown RT, Du Paul G, Earls M, Feldman HM, et al. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics* 2011; 128(5):1007-1022.
26. Patterson GR, Forgatch MS, Degarmo DS. Cascading effects following intervention. *Dev Psychopathol* 2010; 22(4):949-970.
27. Barkley RA. *Hyperactive Children: A handbook for diagnosis and treatment*. New York: Guilford Press, 1981.
28. Reitman D, McMahon RJ. *The Mentor and the Model*. Cognitive and Behavioral Practice, 2012.
29. Dreyer AS, O'Laughlin L, Moore J, Milam Z. Parental adherence to clinical recommendations in an ADHD evaluation clinic. *J Clin Psychol* 2010; 66(10):1101-1120.
30. Barkley RA, Shelton TL, Crosswait C, Moorehouse M, Fletcher K, Barrett S, et al. Multi-method psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior: preliminary results at post-treatment. *J Child Psychol Psychiatry* 2000; 41(3):319-332.
31. Werba BE, Eyberg SM, Boggs SR, Algina J. Predicting outcome in parent-child interaction therapy: success and attrition. *Behav Modif* 2006; 30(5):618-646.
32. Eyberg SM, Bussing R. Parent child interaction therapy for preschool children with conduct problems. RC Murrihy, AD Kidman, TH Ollendick (Eds.), *A Clinician's Handbook for the Assessment and Treatment of Conduct Problems in Youth*, New York: Springer Press, 2011, p.139-162.
33. Charach A, Dashti B, Carson P, Booker L, Lim CG, Lillie E, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Effectiveness of Treatment in At-Risk Preschoolers; Long-Term Effectiveness in All Ages; and Variability in Prevalence, Diagnosis, and Treatment Agency for Healthcare Research and Quality (US). *AHRQ Comparative Effectiveness Reviews* 2011 Oct. Report No. 12-EHC003-EF.
34. Menting AT, Orobio de Castro B, Matthys W. Effectiveness of the Incredible Years parent training to modify disruptive and prosocial child behavior: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(8):901-913.
35. Webster-Stratton C, Reid MJ, Hammond M. Treating children with early-onset conduct problems: intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2004; 33(1):105-124.
36. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. Combining parent and child training for young children with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2011; 40(2):191-203.

37. Webster-Stratton C. *Wally's Detective Book for Solving Problems at Home*. Seattle, WA: Incredible Years, 1998.
38. Mullett J. *Triple P Community Implementation Report*. Victoria, BC: Action Research Consulting. Report Prepared for the Vancouver Island Health Authority, 2007.
39. Sanders MR, Ralph A, Sofronoff K, Gardiner P, Thompson R, Dwyer S, et al. *Every Family: A population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school*. *J Prim Prev* 2008; 29: 197-222.
40. Sanders MR. *Triple P - Positive Parenting Program: A population approach to promoting competent parenting* Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health 2003; <http://www.researchgate.net/publication/43471676>.
41. Sanders MR. *Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multilevel parenting and support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children*. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999; 2:71-90.
42. Sanders M, Calam R, Durand M, Liversidge T, Carmont SA. *Does self-directed and web-based support for parents enhance the effects of viewing a reality television series based on the Triple P-Positive Parenting Programme?* *J Child Psychol Psychiatr* 2008; 49:924-932.
43. Turner KMT, Richards M, Sanders MR. *Randomised Clinical Trial of a Group Parent Education Programme for Australian Indigenous Families*. *J Pediatr Child Health* 2007; 43:429-437.
44. Sanders MR, Ralph A. *Facilitator's Manual for Group Teen Triple P*. Milton, QLD, Australia: Triple P International Publishing, 2009.
45. Sanders MR, Markie-Dadds C, Tully LA, Bor V. *The Triple P-Positive Parenting Program: A comparison of enhanced, standard and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problem*. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68:624-640.
46. Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. *The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties*. *J Abnorm Child Psychol* 2002; 30:571-587.
47. Leung C, Sanders MR, Leung S, Mak L, Lau J. *An outcome evaluation of the implementation of the Triple P Positive Parenting Program in Hong Kong*. *Fam Process* 2003; 42: 531-544.
48. de Graff I, Speetjens P, Smit de Wolff M, Tavecchio L. *Effectiveness of the TripleP Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis*. *Behav Modif* 2008; 32:714-735.
49. Reese RJ, Slone NC, Soares N, Sprang N. *Telehealth for underserved families: An evidence-based parenting program*. *Psychol Serv* 2012; 9:320-322.
50. Aghebati A, Gharraee B, Shoshtari MH, Gohari MR. *TripleP-Positive Parenting Program for mothers of ADHD Children*. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2014; 8:59-65.
51. Öztürk Y. *Triple P Olumlu Annebabalık Eğitimi'nin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 7-12 Yaş Arası Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri Üzerine Etkilerinin Araştırıldığı Randomize Kontrollü Bir Çalışma*. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2013.
52. Daley D, Jones K, Hutchings J, Thompson M. *Attention deficit hyperactivity disorder in preschool children: current findings, recommended interventions and future directions*. *Child Care Health Dev* 2009; 35:754-766.