

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA AİLE EĞİTİM PROGRAMLARI

Yusuf ÖZTÜRK*, Gonca ÖZYURT**, Aynur PEKCANLAR AKAY***

ÖZET

Amaç: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukların ev, okul ve sosyal işlevselliğini ciddi bir şekilde etkileyen gelişimsel bir bozukluktur. Bu yazının amacı; DEHB’de uygulanan aile tedavilerinin etkilerini gözden geçirmektir. **Yöntem:** “ADHD” ve “family therapy, parenting training, positive parenting programme” anahtar kelimeleri kullanılarak pubmed taraması yapılmıştır. Ayrıca Mayıs 2016 tarihine kadar olan makale ve gözden geçirme yazılarının kaynak listeleri araştırılmıştır. **Sonuçlar:** DEHB tedavisinde kullanılan aile eğitim programları; DEHB nedeniyle bozulan aile işlevselliğini arttırdığı ve ebeveynlerin depresif ve anksiyete belirtilerini azalttığı gösterilmiştir. Aile tedavilerinin DEHB tanılı çocukların davranışsal sorunlarını ve DEHB belirtilerini azalttığı da saptanmıştır. **Tartışma:** DEHB’de uygulanan aile eğitim programlarının, DEHB tanılı çocukların tedavisinde yararlı olduğu söylenebilir. DEHB tanılı çocuklar için uygulanan aile eğitim programlarının çocuk ve ebeveynler üzerindeki etkinliğinin gösterilmesi için gelecekte daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Aile tedavisi, DEHB, çocuk, aile

SUMMARY: FAMILY EDUCATION PROGRAMS IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER

Objective: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a developmental disorder that may seriously affect a child’s home, school, and social functions. The aim of the current review is to revisit the impact of family therapy in ADHD. **Method:** Using key words that include “ADHD” and “family therapy, parenting training, positive parenting program”, the PubMed was screened. In addition, the reference lists of retrieved articles and reviews were searched up to May 2016. **Results:** Parent Training programs used in the treatment of ADHD have been shown to increase family functionality impaired by ADHD and to reduce parental depressive and anxiety symptoms. Family therapy has been shown to reduce behavioral problems and ADHD symptoms in ADHD children. **Discussion:** Parent training programmes used in the treatment of ADHD can be useful in the treatment of children diagnosed with ADHD but further more studies aboutto demonstrate effectiveness of parent training programon children diagnosed with ADHD are needed.

Key words: Family therapy, ADHD, child, family

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik gibi heterojen klinik özellikleri olan erken başlangıçlı bir çocukluk çağı nöropsikiyatrik bozukluğudur (APA 2010). DEHB tanısı almış bireylerde yaş dönemine bağlı klinik bulgular değişebilmektedir. Sıklıkla çocukluk çağı bozukluğu olarak bilinen DEHB’nin gelişimsel bir nitelik taşıdığı; bozukluğun, çocukluk ve ergenlik döneminden sonra yetişkinlikte de devam ettiği gözlenmektedir (Tannock 1998). DEHB tanısı almış çocukların ebeveynleri çoğu

zaman çocuklarının bebeklik döneminden itibaren aşırı hareketli olduğunu belirtmektedirler (Bussing ve ark. 2006). Okul çağında DEHB tanılı çocukların olmayanlara göre akademik işlevselliklerinin daha fazla bozulduğu, okul başarılarının daha düşük olduğu ve daha fazla olasılıkla sınıf tekrarı yapmış oldukları bildirilmektedir (Biederman ve ark. 1999). Çocuk yetiştirmek, birçok kişi için hayatının en zorlu göreviyken ek olarak çocuklarında DEHB gibi öz düzenleme bozukluğunun eşlik ediyor olması ebeveynleri çaresiz hissettirebilmekte ve buna bağlı aile işlevselliğinde bozulmalar olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda DEHB tanısı olan çocuklara sahip ebeveynlerin anksiyete ve depresyon düzeyinin topluma göre daha yük-

*Uzm. Dr., Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir

**Uzm. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir

***Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir

sek olduğu görülmüştür (Durukan ve ark. 2008, Gerdes ve ark. 2007, Ray ve ark. 2009). Ebeveynler; DEHB tanısı olan çocukların davranış sorunlarıyla başa çıkma dışında tıbbi tedavileri, okul başarısı ve akran ilişkisinde bozulmanın onarılması gibi birçok konu ile mücadele ederler (Riley ve ark. 2006). Zorlayıcı bu durum ebeveynlerde özellikle depresyon, anksiyete bozukluğu, artmış alkol ve madde kullanımı gibi psikiyatrik bozukluklara sebep olabilmektedir (Biederman ve ark. 1992, Chronis ve ark. 2003, Fones ve ark. 2000).

Epidemiyoloji

DEHB çocukluk çağında yaygın görülen bir psikiyatrik bozukluktur. Dünya genelinde yapılan çalışmalar %1 ile %20 arasında değişen farklı oranlar bildirmiştir (Polanczyk ve ark 2007). 1978 ve 2005 arasında tüm dünya bölgelerinde yapılan DEHB epidemiyoloji çalışmalarının sistematik derleme ve metaregresyon analizinde DEHB'nin dünya geneli birleştirilmiş prevalansı %5.29 olarak belirlenmiştir (Polanczyk ve ark 2007). Ayrıca yapılan çalışmalar DEHB'nin erkeklerde kızlara göre daha sık görüldüğünü göstermiştir. Toplum tabanlı çalışmalar erkek/kız oranının 1/1 ile 3/1 aralığında değiştiğini, klinik tabanlı çalışmalar ise bu oranın 9/1'e kadar yükseldiğini göstermiştir (Skounti ve ark. 2007).

Etiyoloji

DEHB'nin birçok genetik, çevresel ve biyolojik etkenin erken gelişim sırasındaki etkileşimiyle oluşan kompleks bir etiyojisi olduğu bilinmektedir (Ercan 2009). Etiyojisinde en temel rolü genetik etkenlerin oynadığı ve DEHB'nin oluşumunda genetik etmenlerin 0.79'luk bölümü açıkladığı gösterilmiştir (Faraone ve Doyle 2011). Görüntüleme çalışmalarında DEHB tanılı bireylerde prefrontal korteks, kaudat nukleus, globus pallidus, korpus kallosum ve serebellum hacminin düşük olduğu bulunmuştur (Castellanos ve ark. 2001). DEHB etiyojisinde frontal lobun gelişimsel ve işlevsel anormalliklerinin önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Dopamin

(DA) ve noradrenalin (NA) dikkat, yoğunlaşma, motivasyon ve uyanıklık gibi bilişsel işlevlerde rol oynamaktadır (Doğangün ve Yavuz 2011).

Psikososyal etkilerin DEHB gelişiminde hazırlayıcı ve ortaya çıkışı hızlandırıcı rol oynadıkları düşünülmektedir. DEHB'li olgularda, parçalanmış aile yapısı, anne baba arasında ciddi sorunlar, anne ve babada psikiyatrik bozukluk öyküsü ile bireyin ailenin tek ya da ilk çocuğu olması gibi psikososyal özelliklerin sağlıklı kontrollere göre daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Anenin gebelik öncesi ya da gebelik sırasında tıbbi ve duygusal sorunları bulunması, gebelikte sigara ve alkol kullanım öyküsü, doğum komplikasyonları, düşük doğum ağırlığı öyküsü ve çocuğun anne sütü alma süresinin az olması DEHB gelişim riskini arttırmaktadır (Froehlic ve ark. 2011, Mick ve ark. 2002).

TEDAVİ

DEHB tedavisinde seçenekler farmakolojik ve nonfarmakolojik tedaviler olarak özetlenebilir.

Farmakolojik tedaviler

DEHB tedavisinde günümüze kadar MSS stimulanları (metilfenidat, dekstroamfetamin, pemo-lin), atomoksetin, trisiklik antidepressanlar, MAO inhibitörleri, klonidin gibi ilaçlar kullanılmıştır. Günümüzde DEHB'nin tedavisinde psikostimulanlar ilk farmakolojik seçenektir. DEHB tedavisi için ilaç alan çocukların büyük bir kısmı stimulan ve atomoksetin kullanmaktadır. DEHB'nin tedavisinde sık olarak kullanılan metilfenidat, semptomimetik ve psikostimulan etki gösteren bir ilaçtır. Etkisini katekolaminlerin geri alımını bloke ederek gösterir (Reich ve ark 2006). DEHB tedavisinde diğer bir seçenek ise stimulan olmayan ve selektif noradrenalin geri alım inhibitörü olan atomoksetindir. Atomoksetin ile ilgili in vivo ve in vitro çalışmalar, presinaptik noradrenaline yüksek selektif antagonist etki gösterdiğini, diğer nörotransmitter taşıyıcılarına, reseptörlere veya diğer noradrenalin reseptörlerine affinitesi-

nin az olduğu yada hiç olmadığını göstermektedir (Simpson ve Perry 2003).

Farmakolojik olmayan tedaviler:

Psikososyal eğitim, DEHB tedavisinde önemli bir rol oynamaktadır. DEHB tanısının sadece çocuklar üzerinde değil aileleri üzerinde de etkisi vardır. Bu etkiler hem olumlu hem de olumsuz olabilmektedirler. Hastalığın tedavisi ve gidişatı aileler tarafından merak edilen konulardandır. Bu nedenle tedavinin planlanması aile ve çocuk ile birlikte yapılmalıdır ve tedavi esnasında aile ve çocuğa aktif bir bilgilendirme yapılmalıdır (Barkley 2002).

DEHB' de etkilenmiş alanlardan biride sosyal becerilerdir ve bu alan tedaviye karşı oldukça dirençlidir. Sosyal eğitim, çocuğun iletişim kurma becerilerini kendi sosyal çerçevesinde arttırmayı hedefler. Genellikle çocuğun kendi yaş ve okul grubundan oluşan küçük gruplarda bilişsel davranışçı teknikler kullanılarak sosyal eğitim gerçekleştirilir (Tutty ve ark. 2003).

DEHB tanısı konulmuş çocuklarda aile ilişkileri genel olarak olumsuz ve engelleyicidir. DEHB tanısı alan çocuklar diğer çocuklara göre aileleri tarafından daha fazla uyarılırlar. Bu nedenle ilaç dışı tedaviler içerisinde aile tedavisini eklemek gerekmektedir (Barkley 2002, Waslick ve Greenhill 2004). Genellikle ortalama 1–2 saatlik 10–20 seans süren, DEHB hakkında bilgi veren, çocuğun yanlış davranışlarına daha dikkatli yaklaşmayı öğreten, ailelere yönelik eğitim programları uygulanmaktadır (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2007).

DEHB' de çocuk ve ergenlere uygulanan bilişsel davranışçı tedavide yetişkinlik döneminden farklı olarak bilişsel yaklaşımlardan daha çok davranışçı yaklaşımlar ön plandadır (Antshel ve Olszewski 2014). Bilişsel davranışçı tedavinin yardımıyla DEHB tanısı almış çocukların kendilerini ve davranışlarını kontrol etmeleri sağlanır. Verilen ödevler ve yapılan araştırmalar sayesinde öfke dışı vurum davranışları ve sos-

yal durumlarla ilgili problem çözme yöntemleri öğretilir (Weis ve Weis 2002). DEHB tedavisinde bilişsel davranışçı tedavinin ilaç tedavisine eklenmesi önerilmektedir (Antshel ve Olszewski 2014).

DEHB' de aile eğitim programları

Ebeveyn eğitim programları, ailelerin ebeveynlik becerilerini ve bilgilerini geliştirme, çocuk gelişimi ve ailelerin yaşadığı sorunlarla pozitif yollarla başa çıkabilme ile ilgili öğrenme deneyimlerini geliştirmeye odaklanmış programlardır. Ailelerin ebeveyn olma becerilerini kazanmaları, aynı zamanda çocukların gelişim ve gereksinimlerine duyarlılığı da beraberinde getirmektedir (Şahin ve Özbey 2007).

Ebeveyn eğitiminin temel amacı ebeveynlerin özgüvenini güçlendirerek, çocuklarının fiziksel, zihinsel, sosyal ve duygusal gelişimi için anne-babalık becerilerini geliştirecek şekilde anne-babalara rehberlik etmektir. Uygulanmakta olan programların bir kısmı doğrudan çocuğa ve yakın çevresine, bir kısmı ise hem çocuğa hem anne babaya hizmet götürmeyi amaçlamaktadır. Ebeveyn eğitimi programlarının amaçları tablo 1' de verilmiştir (Sanders 2012, Şahin ve Ünver 2005).

Ebeveyn eğitim programları ilişki temelli ve davranışsal yaklaşım temelli olmak üzere iki grupta incelenmektedir.

İlişki temelli ebeveyn eğitim programları arasında Etkili Ebeveyn Eğitimi (Parent Effectiveness Training-PET), Adlerian Programı (Adlerian Program), Sistematik Ebeveyn Eğitimi Programı (STEP-Systematic Training for Effective Parenting), Aktif Ebeveynlik (Active Parenting), Hoşgörülü Ebeveynlik (Mellow Parenting), Şiddetsiz İletişim (Nonviolent Communication-N.V.C.), Gençlerle Konuşma Sanatı (How to Talk so Kids Will Listen and Listen so Kids Will Talk) programları yer almaktadır. Bu programlar psikodinamik, hümanistik ve aile sistem teorisini temel alırlar. Programların amacı çocuk-

Tablo 1: Ebeveyn eğitim programlarının amaçları

Çocuktaki sorunlu davranışları azaltmak,
Ebeveyn-çocuk ilişkisini geliştirmek,
Ebeveynlerin sıcaklığını ve uygun yaklaşımlarını arttırmak,
Ebeveynlerin tutarlı disiplin yaklaşımlarını arttırmak,
Ebeveynlerin denetici ve danışılan olmasını arttırmak,
Ebeveynlerin katı ve kaba tutumlarını azaltmak,
Ebeveynlerin ruhsal durumunu desteklemek,
Ebeveynlerin benlik saygısını arttırmak,
Ebeveynlerin yeterlilik ve kendine güven duygusunu arttırmak,
Ebeveynlere çocuklarının davranışlarının nedenleri konusunda farkındalık kazandırmak,
Ebeveynlerin problem çözme ve baş etme becerilerini arttırmak,
Ebeveynlerin iletişim becerilerini arttırmak

ların problemleri davranışlarının altında yatan duygular ve düşünceleri anlamak, onların düşünce tarzlarını öğrenmek ve ebeveynlerin çocuğa olan yanıtını değerlendirmektir. Programların içeriğinde iletişim becerileri (aktif dinleme, ben dili, geribildirim, çatışma çözümü) ve ebeveynlere çocukları ile nasıl iletişim kuracaklarına dair yaklaşımlara yer vermektedir. Programın odağını çocuk oluşturmaktadır (Goddard ve ark 2004, Gross ve Grady 2002, Money 1995).

Davranışsal yaklaşım temelli ebeveyn eğitimi programları Triple P (Positive Parenting Programme- Triple P), İnanılmaz Yıllar (Incredible Years), Suç Önleme Programı (Delinquency Prevention Program), Uyumsuz Çocuklara Yardım Programı (Helping Noncompliant Child Program), Çocuk Programlı Hayat (Living with Children Program) olarak belirtilmektedir. Bu programlar sosyal bilişsel teoriyi temel alırlar (Gross ve Grady 2002, Money 1995). Sosyal öğrenme kuramına göre benzer davranışların ben-

zer sonuçlar doğuracağı düşüncesi davranışları şekillendirmektedir. Davranış repertuarının ve buna bağlı sonuçların artmasıyla, çocuklar belirli davranışların olası sonuçlarını değerlendirip kendi davranışlarını şekillendirmektedirler. Bu noktada ebeveynler çocuk ve ergenin davranışlarını şekillendirirken, diğer yandan çocuk ve ergenler de aktif biçimde ebeveyn davranışlarını etkilemektedir. Zaman içinde çocuk ve ergenler bir davranışı seçmeden önce ebeveynlerinin o davranışa gösterecekleri tepkileri tahmin etmeyi öğrenmektedir. Ayrıca ebeveyn ve çocuğun birbirine karşı göstermiş oldukları uyumsuz ve uygunsuz davranışlar çocuklarda problemleri davranışların artmasına; ebeveynlerin ise sert, otoriter ve etkisiz disiplin yöntemleri kullanmalarına neden olur (Bayraktar 2007, Knapp ve Deluty 1989). Bu amaçla bu programlarda çocuğun problemleri davranışlarını destekleyen ebeveyn güçlükleri değiştirilerek ebeveynlerin öz-yeterlilik algıları güçlendirilir ve öz-düzenleme becerileri geliştirir-

lir. Buna bağılı olarak da çocuklarda değiştirilmek istenen davranışlar azaltılır, olması istenen davranışlar kazandırılır. Programın odağını ebeveyn oluşturmaktadır (Assemany 2002, Mullett 2007).

Yapılan bir çalışmada; DEHB'li ergenlerin ailelerine uygulanan aile tedavisinde ailelere 8 anahatar öneride bulunmuştur. Bu öneriler; 1- Aileye DEHB ile ilgili bilgi verme, 2- DEHB'li bir ergene ebeveynlik için ilkeler oluşturma, 3- Ebeveyn genç ilişkisi hakkında gerçekçi beklentileri teşvik etme, 4- Ergeni ilaç tedavisine hazırlama, 5- Ailenin gençle birebir zaman geçirmesi ve övgü yoluyla olumsuzlukları yok etme, 6- Cezalardan önce olumlu davranışın teşvik edilmesinin öğretilmesi, 7- Gençlere ve ailelere problem çözme becerilerinin adım adım öğretilmesi, 8- Olumsuz iletişimi olumlu iletişimle yer değiştirmediir (Robin 2014).

Aile tedavileri bazen grup terapileri şeklinde bazen de bireysel olarak uygulanabilir. Bireysel aile tedavilerinin grup aile tedavilerine üstünlüğü olmasına rağmen her iki yöntem de yararlıdır. Çocuklarında DEHB belirtileri olan ailelere uygulanan aile eğitimlerinin (grup ya da bireysel) hangisinin daha etkin olduğunun araştırıldığı bir çalışmada; 445 çocuğun ailesi çalışmaya alınmuş ve hangi yöntemi seçeceği hastalara bırakılmış. 261'i (%58.7) bireysel aile eğitimini 86'sı (%19.4) grup aile eğitimini almış, 98'i ise (%21.9) herhangi bir aile eğitimi almamıştır. Bireysel aile tedavisi alan ailelerde çocuklarının problemlili davranışlarını çözme konusunu daha iyi anladıkları ve çocuklarının problemleri hakkında daha fazla bilinçli hissettikleri görülmüştür. Grup aile tedavisi alanlarda çocuklarının problemlerini çözmeye yardım etmede ve beceri geliştirici özellikler konusunda daha aktif oldukları gösterilmiştir (Wymbs ve ark. 2015).

DEHB tedavisinde kullanılan aile eğitim programlarından kanıt düzeyi yüksek bir program olan Triple P Olumlu Anne-Babalık Eğitimi bir klinik araştırma programından geliştirilmiştir. Triple P'de kullanılan ebeveyn eğitim yöntemle-

rinin, uyumsuz evliliğe sahip ve depresif anne-babaların çocukları, kırsal bölgelerde yaşayan, sürekli yeme problemi ve davranış problemi olan çocukları içeren farklı toplumlarda, çocukların duygusal ve davranışsal problemlerini azaltmada etkili olduğu kanıtlanmıştır. Bu ebeveyn eğitim yöntemleri hafif ve orta düzeyde zihinsel engeli olan çocukların ebeveynleri için de geliştirilmiştir (Sanders ve ark. 2002). Evrensel ebeveyn bilgilendirme stratejilerinden (tutum önerilerinden) oluşan birinci düzey, ilgili ebeveynler için yazılı ve elektronik medyayı, ebeveynlik ile ilgili bilgilerin yer aldığı broşürleri ve özel ebeveynlik tutum önerilerini gösteren videokasetleri kullanarak medya yoluyla ebeveynlik ile ilgili yararlı bilgilere ulaşımı sağlar. Bu düzeyde bir müdahale, ebeveynlik kaynaklarına ilişkin toplumsal bilinci artırmayı, ebeveynleri ebeveynlik programlarına katılımlarına teşvik etmeyi ve çocuklarla ilgili yaygın davranışsal ve gelişimsel endişelere dair çözüm yollarını göstererek daha iyi bir ruh hali yaratmayı amaçlamaktadır. İkinci düzey, hafif düzeyde davranışsal ve duygusal problemleri olan çocukların ebeveynleri için erken tanılamaya yönelik bir davranış rehberi sunmayı amaçlayan, kısa, bir ya da iki oturumluk birincil koruma müdahaleleridir. Üçüncü düzey 4 oturumdan oluşur. Hafif ve orta düzeyde davranışsal ve duygusal problemleri olan çocukların ebeveynlerini hedef alır ve ebeveynler için aktif beceri eğitimini içerir. Dördüncü düzey, daha ciddi davranışsal ve duygusal problemleri olan çocukların ebeveynleri için 10 oturumluk bireysel ya da 8 oturumluk grup eğitim programıdır. Beşinci düzey, ebeveynliğin diğer sıkıntılar (ilişki sorunları, ebeveynlerin depresyonu ya da yüksek düzeylerde stres) ile daha da karmaşık bir hale geldiği durumlarda ileri bir davranışsal aile müdahale programıdır (Sanders 1999, Sanders 2000, Sanders ve ark. 2008, Sanders ve Ralph 2009).

Grup Triple P programının amacı;

- Çocuklarda davranış ve gelişim problemlerini kontrol altına alma yolu ile toplumda ebeveyn yetkinliğini teşvik etmek ve artırmak,

ÖZTÜRK VE ARK.

- Otoriter ebeveynlik tutumlarının kullanılmasını azaltmak,
- Ebeveynlerin ebeveynlik sorunları ile ilgili iletişimini iyileştirmek,
- Çocukların yetişmesi ile ilgili ebeveyn stresini azaltarak çocuk yetiştirmede ebeveynlerin özgüvenini artırmaktır (Sanders 1999).

Grup Triple P Programına katılan ebeveynlere, çocuklarının gelişimini teşvik etmek, problemli davranışları azaltmak ve çocuğun sağlığını tehlikeye atacak riskli durumları azaltmak ya da ortadan kaldırmak için yardım etmek üzere özel bilgiler sağlar. Çocuğu 0-12 yaş arasında olan ebeveynler için düzenlenen program 8 oturumdan oluşur. 10-12 kişilik ebeveyn grupları için 4 tane iki saatlik grup oturumu, 4 oturumun tamamlanmasından sonra her bir ebeveyn ile 3 tane 15-30 dakikalık telefon görüşmesi yapılır ve son bir kapanış oturumu yapılır (Sanders 1999).

Triple P Olumlu Anne-Babalık Eğitiminin DEHB'li olgulara yönelik yapılan araştırmalarda etkinliği gösterilmiştir. Agbehati ve arkadaşlarının 2014 yılında ve Moharreri ve arkadaşlarının 2008 yılındaki yapmış oldukları çalışmalarında; metilfenidat kullanan DEHB'li çocukların ailelerini 2 gruba ayırıp bir gruba grup Triple P eğitimi verilirken diğer gruba ilaç tedavisi dışında herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Eğitim sonrası dönemde eğitim alan grupla almayan grup karşılaştırıldığında; eğitim alan grupta ebeveynlik becerilerinde artış, ebeveyn-çocuk etkileşimde artış, ailenin depresif, anksiyete ve stres belirtilerinde azalma ve çocukların davranış sorunlarında azalma saptanmıştır (Agbehati ve ark. 2014, Moharreri ve ark. 2008). Okul öncesi dönemde Triple P programının etkinliğinin araştırıldığı başka bir çalışmada; DEHB belirtileri (DSM-4 tanı ölçütlerine göre 6 ve üzeri) ve davranış sorunları olan 63 çocuğun aileleri çalışmaya alınmıştır. Bu ailelerden 36'sına 10 haftalık 60-90 dk süren Triple P uygulanmış, 27'sine ise herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Eğitim sonrası dönemde her iki grup karşılaştırıldığında eğitim alan grupta aile işlevselliğinde ve ebe-

veynlik yeterliliğinde artış saptanmıştır (Bor ve ark. 2002).

Okul öncesi DEHB'li çocuklara sahip aileler için oluşturulmuş bir program olan New Forest Parenting Package (NFPP) programı da DEHB tedavisinde kullanılan başka bir aile tedavi yöntemidir. Bu program 8 haftalık 1-1,5 saat süren oturumlardan oluşur. Deneyimli klinisyenler tarafından ailelerin evlerinde uygulanan bir yöntemdir. Ev odaklı doğası gereği problemli davranışın olduğu yerlerde ebeveynler için davranışsal stratejiler ve model olmada terapist olarak sağlar. Aynı zamanda doğal olarak ortaya çıkan problemli davranışlara yönelik öğretilen stratejilerinin terapistin ele almasını sağlar. NFPP programı 4 ebeveynlik becerisinin gelişimini destekler. Bunlar;

- kendini kontrol, dikkat ve bellek ile ilgili çocukları için gerçekçi beklentiler hedefleyerek ebeveynlerin çocuklarının mevcut seviyesini gözlemlemesini öğrenmesi
- çocukların performansına göre yeni hedefler belirlenmesi,
- çocuklarının beceri geliştirme ve hedeflenen başarıya ulaşmasını kolaylaştırmak için oyun gibi aktivitelerin kullanılması,
- çocukların kazanılmış beceri alanlarını teşvik ederek sağlamlaştırmaktır.

NFPP programı, ailelerin DEHB belirtilerinden dolayı çocuklarını suçlamayı önlemeyi ve ebeveyn-çocuk ilişki kalitesini arttırarak ebeveynin toleransını arttırmayı hedefler (Thompson ve ark. 2009). NFPP programının etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada; 3-4 yaş arası DSM-IV tanı kriterlerine göre DEHB'yi karşılayan 164 çocuğun ailelerini; NFPP programı alan, başka bir davranışçı ebeveyn müdahalesi olan "Helping The Noncompliant Child (HNC)- Uygun Olmayan Davranışlara Yardım" (McMahon ve Forehand 2003) programı alan ve müdahale edilmeyen grup olmak üzere 3 grup ele alınmıştır. Hem NFPP programı alan hem de HNC programı alan grupta herhangi bir programa dahil edilmeyen gruba göre hem DEHB belirtilerinde

hem de karşıt olma karşıt gelme belirtilerinde istatistiksel anlamlı bir azalma saptanmış ve bu belirtilerdeki azalma takipteki değerlendirmede devam etmiştir (Abikoff ve ark. 2015). Ayrıca okul öncesi DEHB'si olan çocukların ailelerine uygulanan NFPP programına benzer aile eğitim programlarının; ailelerin uyumunu arttırdığı bulunmuştur (Sonuga-Barke ve ark. 2001, Sonuga-Barke ve ark.2002).

DEHB'de uygulanan aile tedavilerinden biri de 20 haftalık haftada 2 saatten oluşan ve çocuklara problem çözme becerileri öğreten, ev rutinleri ve programları ve duygu düzenleme stratejileri oluşturarak akademik, sosyal ve emosyonel alanlarda ailelere yardımcı olan İnanılmaz Yıllar Aile Eğitimi (Incredible Years Parenting Training-IYPT) programıdır. Bu programın etkinliği, çocuklarında karşıt olma karşıt gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğu olan ailelerle yapılan randomize kontrollü çalışmalarla gösterilmiştir. Bu programın etkinliğinin program sonrasında da 1 yıldan 2 yıla kadar sürdürdüğü gösterilmiştir (Webster-Stratton ve Reid 2010). KOKGB olgularında yaklaşık olarak %30'unda DEHB belirtilerinin olması nedeniyle bu programın sadece KOKGB'li olanlara etkili olduğu kadar DEHB belirtileri olan KOKGB'li çocuklara da olumlu etkisinin olduğu gösterilmiştir (Hartmann 2000). Bu programın 4-6 yaş arası DEHB'li çocuklarda etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada 99 DEHB tanılı çocuğun anne babası çalışmaya dahil edilmiş ve 49'u IYPT programına alınmış 50'sine herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Program uygulandıktan sonra her iki grup karşılaştırıldığında aile eğitim alan gruptaki anne-babaların ebeveynlik becerilerinin arttığı ayrıca bu gruptaki çocukların DEHB belirtilerinin ve dışa dönük davranışsal belirtilerinin azaldığı ve sosyal uyumunun arttığı tespit edilmiştir (Webster-Stratton ve ark. 2011).

DEHB'li çocukların ailelerine uygulanan bir başka yöntem Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi Terapisidir (EÇET-Parent-Child Interaction Therapy). Bu terapi çocuklarının davranışlarının daha iyi

yönetilebilmesini sağlayabilmesi yanında ebeveynlerin çocuklarıyla iletişimde daha sıcak ve duyarlı olmasında ailelere yardımcı olan bir yöntemdir. Terapi ikili oyun şeklinde yapılandırılmıştır. Ebeveynlere bir klinik oyun odasında çocukları ile özel iletişim ve davranış yönetimi becerilerini kazanılması için zaman verilir ve bu özellikler öğretilir. Terapistler bir gözlem odasından mikrofon yardımıyla ebeveynlerin çocuklarıyla olan iletişimine yönelik yanlışları ifade ederler (Nixon ve ark. 2003). Ebeveyn-Çocuk Etkileşimi terapisinin 4-6 yaş arası DEHB'li çocukların ailelerinde etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada; 20 DEHB'li çocuğun ailesine EÇET uygulanmış ve 12 DEHB'li çocuğun ailesine ise herhangi bir tedavi yöntemi uygulanmamıştır. Terapi sonrası dönemde her iki grup karşılaştırıldığında terapi alan gruptaki çocukların DEHB, KOKGB belirtilerinde, davranış sorunlarında ve agresyonunda azalma, ailelerin ise çocukların davranış sorunlarına ikincil gelişen ebeveyn stres düzeyinde azalma ve uygun ebeveynlik becerilerinde artış saptanmıştır (Matos ve ark. 2009).

Farklı aile girişimlerinin DEHB'deki etkisi farklı çalışmalarda değerlendirilmiştir. Malik ve arkadaşlarının 2014 yılında yapmış oldukları çalışmada; Pakistan'daki 4-12 yaş arası 85 DEHB olgusunun ailesinden 55'ine, Barkley'in 1997 yılında "Karşı Gelen Çocuklar-Defiant Children" isimli programından uyarlandırılarak oluşturulan ve 1.5-2 saat süren 10 haftalık aile eğitim programı uygulanmış 30'una herhangi bir girişimde bulunulmamıştır. Aile eğitim sonrası eğitim alan ve almayan grup karşılaştırıldığında; eğitim alan grubun ailelerin rapor ettikleri KOKGB ve DEHB belirtilerinde anlamlı düzelme saptanmıştır (Malik ve ark. 2014). Yine DEHB'li çocukların annelerine uygulanan psikosozal müdahalenin etkinliğinin araştırıldığı başka bir çalışmada; çalışmaya 100 DEHB tanılı çocuğun ailesi dahil edilmiştir. Bu ailelerden 50'sine 8 hafta boyunca "stres yönetimi", "problem çözme becerileri", "etkili ebeveynlik becerilerini artıracak" ve "ebeveynlerin DEHB'ye ilişkin bilgisini arttırmayı" hedefleyen bir program uy-

gulanmış ve geri kalan 50'sine ise herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır. Uygulanan program sonrasında her iki grup karşılaştırıldığında; psikososyal müdahalenin yapıldığı grupta çocukların DEHB belirtilerinde azalma ve ailelerin ebeveynlik becerilerinde ise artış saptanmıştır (Shata ve ark. 2014).

DEHB tedavisinde aile tedavisinin kullanıldığı çalışmalar çeşitli metaanaliz çalışmalarda değerlendirilmiştir. Bu çalışmalardan birinde 15 randomize kontrollü çalışma dahil edilmiş ve okul öncesi dönemde DEHB açısından yüksek risk taşıyan çocuklara yapılan müdahalelerinin etkinliği araştırılmıştır. Bu metaanalizde farmakolojik (metilfenidat) ve non farmakolojik (aileye, öğretmene veya çocuğa davranışçı eğitimler, psikososyal girişimler) yöntemler karşılaştırılmıştır. Çalışmaya herhangi bir alternatif girişim (diyet, masaj, biofeedback yöntemi gibi) dahil edilmemiştir. Yapılan analizler sonucunda DEHB açısından yüksek riskli okul öncesi çocukların tedavisinde davranışçı aile eğitimlerin metilfenidata göre daha üstün bulunduğu gösterilmiştir (Charach ve ark. 2013). Yine Coates ve arkadaşlarının (2015) DEHB'li olgularda aile müdahalelerinin etkinliğinin araştırıldığı bir metaanaliz çalışmasında; 3-18 yaş arası 603 çocuk çalışmaya alınmış ve yapılan analizler sonucunda aile müdahalelerinin; DEHB belirtilerini ve komorbid davranış sorunlarını azalttığı, ebeveynlerin ise benlik saygısında artışa yol açtığı saptanmıştır (Coates ve ark. 2015).

TARTIŞMA

Sonuç olarak DEHB tanısı olan çocukların ailelerin işlevselliğinde güçlükler ve olumlu anne-babalık becerilerinde yetersizlikler olabileceği bilinmektedir. Ayrıca bu ailelerde depresyon ve anksiyete düzeyi topluma göre daha yüksek bulunmuştur. DEHB tedavisinde aile eğitim programlarının etkinliğinin araştırıldığı birçok çalışma bulunmaktadır. Özellikle okul öncesi dönem DEHB tanılı çocuklara ilaç tedavilerinin yan etkileri de göz önünde bulundurulduğunda aile tedavilerinin hem çocukların davranışsal sorun-

ları ve DEHB belirtilerine hem de ailenin işlevselliği üzerine olumlu etkilerinin olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Ayrıca okul dönemi DEHB tanılı çocuklarda ilaç tedavisine ek olarak uygulanan aile eğitim programlarının da etkinliği birçok çalışmada vurgulanmıştır. Dolayısıyla DEHB tanısı olan çocukların tedavisine aile eğitim programlarının eklenmesi ailelerin yaşamış olduğu zorluklara, aile işlevselliğine hem de DEHB tanılı çocukların davranışsal sorunları ve DEHB belirtilerine yararlı olduğu düşünülebilir.

KAYNAKLAR

- Abikoff HB, Thompson MLaver-Bradbury Cve ark. (2015) Parent training for preschool ADHD: a randomized controlled trial of specialized and generic programs *J Child Psychol Psychiatry* 56:618-631.
- Aghebati A, Gharraee B, Hakim Shoshtari M ve ark. (2014) Triple p-positive parenting program for mothers of ADHD children. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 8:59-65.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2007) Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescent with Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:894- 921.
- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th. ed. Text Revision. American Psychiatric Association Press, Washington, DC
- Antshel KM, Olszewski AK (2014) Cognitive behavioral therapy for adolescents with ADHD. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 23:825-842
- Assemany EA (2002) Negative Treatment Outcomes of Behavioral Parent Training Programs. *Psychol Sch* 39:209-217.
- Barkley RA (1997) *Defiant children: A clinician's manual for assessment and parent training* (2. ed.). Guilford Press, New York.
- Barkley RA (2002) Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *J Clin Psychiatry* 63:36-43.
- Bayraktar F (2007) Olumlu Ergen Gelişiminde Ebeveyn/Akran İlişkilerinin Önemi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 14:157-165.
- Biederman J, Faraone SV, Keenan K ve ark. (1992) Further evidence for family genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry* 49:728-738.

- Biederman J, Faraone SV, Mick E ve ark. (1999) Clinical correlates of ADHD in females: findings from a large group of girls ascertained from pediatric and psychiatric referral sources. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:966-975.
- Bor W, Sanders MR, Markie Dadds C (2002) The effects of the Triple P-positive parenting programme on preschool children with co-occurring disruptive behaviour and attentional/hyperactive difficulties. *J Abnorm Child Psychol* 68:624-640.
- Bussing R, Lebninger F, Eyberg S (2006) Difficult child temperament and attention deficit/hyperactivity disorder in preschool children. *Infants Young Child* 19:123-131.
- Castellanos FX, Giedd JN, Berquin PC ve ark. (2001) Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 58:289-95.
- Charach A, Carson P, Fox S ve ark. (2013) Interventions for Preschool Children at High Risk for ADHD: A Comparative Effectiveness Review. *Pediatrics* 131:1584-1604.
- Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE ve ark. (1992) Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 42:1424-1432.
- Coates J, Taylor JA, Sayal K (2015) Parenting interventions for ADHD: a systematic literature review and meta-analysis. *J Atten Disord* 19:831-843.
- Doğangün B, Yavuz M (2011) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. *Türk Ped Arş Özel Sayı* 46:25-28.
- Durukan İ, Erdem M, Tufan AE ve ark. (2008) DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Derg* 9:217-223.
- Ercan ES (2009) Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (5. Baskı), Doğan Kitap, İstanbul.
- Faraone SV, Doyle AE (2001) The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 10:299-316.
- Fones CS, Pollack MH, Susswein L ve ark. (2000) History of childhood attention deficit hyperactivity disorder features among adults with panic disorder. *J Affect Disord* 58:99-106.
- Froehlich J, De Graaf R, Kessler R ve ark. (2011) Update on Environmental Risk Factors for Attention-deficit/Hyperactivity Disorder *Curr Psychiatry Rep* 12:333-344.
- Gerdes AC, Hoza B, Arnold LE ve ark. (2007). Maternal depressive symptomatology and parenting behavior: exploration of possible mediators. *J Abnorm Child Psychol* 35:705-714.
- Goddard WH, Myers-Walls AJ, Lee TR (2004) Parenting: have we arrived? or do we continue the journey? *Fam Consum Sci Res J* 33:457-474.
- Gross D, Grady J (2002) Group-based parent training for preventing mental health disorders in children. *Issues Ment Health Nurs* 23:367-383.
- Hartman RR (2000) Parent training outcomes: A growth study examining the influence of inattention, impulsivity, and hyperactivity. *Dissertation Abstracts International-DAI* 60(11-A):3902.
- Knapp AP, Deluty HR (1989) Relative effectiveness of two behavioral parent training programs. *J Clin Child Psychol* 18:314-322.
- Malik TA, Rooney M, Chronis-Tuscano A ve ark. (2017) Preliminary efficacy of a behavioral parent training program for children with ADHD in Pakistan. *J Atten Disord* 21:390-404
- Matos M, Bauermeister JJ, Bernal G (2009) Parent-child interaction therapy for Puerto Rican preschool children with ADHD and behavior problems: a pilot efficacy study. *Fam Process* 48:232-252.
- McMahon RJ, Forehand R (2003) *Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior* (2nd ed). Guilford Press, New York.
- Mick E, Biederman J, Faraone SV ve ark. (2002) Case control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:378-385.
- Moharreri F, Shahrivar Z, Tehrani-doost M ve ark. (2008) Efficacy of the positive parenting program (triple p) for parents of children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Iran J Psychiatry* 3:59-63.
- Money S (1995) Parent training: a review of adlerian, parent effectiveness training and behavior research. *The Family Journal* 3: 218-230.
- Mullett J (2007) Triple P community implementation report. victoria, bc: action research consulting. report prepared for the vancouver island health authority.
- Nixon RD, Sweeney L, Erickson DB ve ark. (2003) Parent-child interaction therapy: a comparison of standard and abbreviated treatments for oppositional defiant preschoolers. *J Consult Clin Psychol* 71:251-260.
- Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL ve ark. (2007) The worldwide prevalence of adhd: a systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry* 164(6):942-948.

ÖZTÜRK VE ARK.

- Ray GT, Croen LA, Habel LA (2009) Mothers of children diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder: health conditions and medical care utilization in periods before and after birth of the child. *Med Care* 47(1):105-114.
- Reich W, Huang H, Tood RD (2006) ADHD medication use in a population-based sample of twins. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:801-877.
- Riley AW, Lyman LM, Spiel G ve ark. (2006) The family strain index. Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 15:72-78.
- Robin AL (2014) Family therapy for adolescents with ADHD. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 23:747-756.
- Sanders MR (1999) Triple P-positive parenting program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children *Clin Child Fam Psychol Rev*; 2(2):71-90.
- Sanders MR (2000) Community-based parenting and family support interventions and the prevention of drug abuse. *Addict Behav* 25:929-942.
- Sanders MR (2012) Development, evaluation, and multinational dissemination of the triple p-positive parenting program. *Annu Rev Clin Psychol* 8:1-35.
- Sanders MR, Calam R, Durand M ve ark. (2008) 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 Psychiatry* 49:924-932.
- Sanders MR, Ralph A (2009) *Facilitator's manual for Group Teen Triple P*. Milton, QLD, Australia: Triple P International Publishing.
- Sanders MR, Turner KMT, Markie-Dadds C (2002) The development and dissemination of the triple p-positive parenting program: a multilevel, evidence-based system of parenting and family support. *Prev Sci* 3:173-189.
- Shata ZN, Abu-Nazel MW, Fahmy SI ve ark. (2014) Efficacy of a psychosocial intervention for parents of children with attention deficit hyperactivity disorder, Alexandria, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc* 89:9-15.
- Simpson D, Perry C (2003) Atomoxetine. *Paediatr Drugs* 5:407-415.
- Skounti M, Philalithis A ve Galanakis E (2007) Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. *Eur J Pediatr* 166:117-123.
- Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M (2002) Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 41:696-702.
- Sonuga-Barke EJ, Daley D, Thompson M ve ark. (2001) Parent-based therapies for preschool attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, controlled trial with a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:402-408.
- Şahin FT, Özbey S (2007) Aile eğitim programlarına niçin gereksinim duyulmuştur? Aile eğitim programları neden önemlidir? *Aile ve Toplum Dergisi* 3:7-12.
- Tannock R (1998) Attention deficit hyperactivity disorder: Advances in cognitive neurobiological and genetic research. *J Child Psychol Psychiatry* 34:65-99.
- Thompson MJ, Laver-Bradbury C, Ayres M ve ark. (2009) A small-scale randomized controlled trial of the revised new forest parenting programme for preschoolers with attention deficit hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 18:605-616.
- Tutty S, Gephart H, Wurzbacher K (2003) Enhancing behavioral and social skill functioning in children newly diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder in a pediatric setting. *J Dev Behav Pediatr* 24:51-57.
- Waslick B, Greenhill L (2004) Attention deficit hyperactivity disorder *Text Book of Child and Adolescent Psychiatry* (3.ed) içinde. J Wiener, M Dulcan (ed) American Psychiatric Press, Washington DC, s:485-509.
- Webster-Stratton C, Reid MJ (2010) *The Incredible Years Parents, Teachers and Children Training Series: A multifaceted treatment approach for young children with conduct problems. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents. 2. edition.* içinde. J Weisz, A Kazdin (ed). Guilford, New York s:194-210.
- Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T (2011) Combining parent and child training for young children with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol* 40:191-203.
- Weis M, Weis G (2002) Attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatry* (3. ed) içinde M Lewis (ed) Lippincott Williams & Wilkin, Philadelphia, s:645-670.
- Wymbs FA, Cunningham CE, Chen Y ve ark. (2015) Examining parents' preferences for group and individual parent training for children with ADHD symptoms. *J Clin Child Adolesc Psychol* 20:1-18.