

# YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA TEDAVİ SEÇENEKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: 18 AYLIK İZLEM ÇALIŞMASI

Eyüp Sabri ERCAN\*, Ayşe KUTLU\*\*, Sibel DURAK\*\*,  
Ülkü AKYOL ARDIÇ\*\*\*, Ülkü DENİZ\*\*, Cahide AYDIN\*

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, yıkıcı davranış bozukluğu tanısı alan çocuklarda kombine tedavi seçeneklerinin etkilerini araştırmaktır. **Yöntem:** Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi kliniğine başvuru bulunan 6-13 yaşları arasındaki çocuklardan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOB) tanısı konan 67 çocuk (%55,8) ile DEHB ve Davranım Bozukluğu (DB) tanısı konan 53 çocuk (%44,2) iki görüşmeci tarafından belirlenerek çalışma kapsamına alınmıştır. Çalışmaya alınan olgulardan 6-11 yaş arasındakilere 5mg/gün, 11-13 yaş arasındakilere ise 10mg/gün metilfenidat tedavisi başlanmış ve doz çalışma boyunca düzenlenmiştir. Çalışmadaki 83 olgunun ailesi ebeveyn gruplarına katılırken 37 olgunun ailesi katılmamıştır. Araştırmanın 1.,6.,12.,18. aylarında her iki tedavi grubu Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği, Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği, Aile Çocuk İlişkileri Ölçeği-Anne Formu, 4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği ve Öğretmen Bilgi Formu ile tekrar değerlendirilmiştir. **Sonuçlar:** Kombine tedavi DEHB, KOB ve DB belirtilerini azaltmak için etkili bulundu. Verilerin analizi, aile eğitiminden ziyade ilaç tedavisinin hem belirtilerde hem de anne-çocuk ilişkilerinde iyileşmeye neden olduğunu gösterdi. **Tartışma:** Bu çalışmanın sonuçları, DEHB Olan Çocukların Multimodal Tedavi Çalışmasının (MTA) sonuçları ile uyumlu olarak, DEHB'nun uzun vadeli tedavisinde stimulan ilaç kullanımının rolünün altını çizmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, tedavi

## SUMMARY: THE EVALUATION OF TREATMENT ALTERNATIVES IN CHILDREN WITH DISRUPTIVE BEHAVIOR DISORDERS: 18 MONTHS FOLLOW UP STUDY

**Objective:** The aim of this study was to investigate the effects of combined treatment on children diagnosed with disruptive behavior disorder. **Method:** After careful screening by two interviewer, 67 children (55.8%) diagnosed with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Oppositional Defiant Disorder (ODD) and 53 children (44.2%) diagnosed with ADHD and Conduct Disorder (CD) were between 6-13 years old included in the study. Children between 6-11 years were medicated with 5 mg/day methylphenidate, between 11-13 years 10 mg/gün methylphenidate. Treatment consisted of ongoing medication (methylphenidate) management and a parent-training program that continued for 18 months. Children were assessed in multiple domains by multiple sources of information at baseline and at the end of the 1st, 6th, 12th, and 18th months by parent- and teacher-completed the Turgay Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)-Based Child and Adolescent Behavior Disorders Screening and Rating Scale (T-DSM-IV-S), Conners Parent Rating Scale (CPRS), and Conners Teacher Rating Scale (CTRS). Mother-child relationship was assessed by the Parental Acceptance and Rejection Questionnaire (PARQ). **Results:** Combined treatment was effective in reducing the ADHD, ODD, and CD symptoms. Analyses of the data revealed that medication, rather than parent training, was responsible for the improvements both in the symptoms and in the mother-child relationship.

**Discussion:** The results of the study, in line with the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD (MTA) findings, highlighted the role of stimulant medication in the long term treatment of ADHD.

**Key words:** Attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, treatment

## GİRİŞ

Çocukluk çağıının en sık görülen bozukluklarından birisi olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tıpta en çok araştırılmış olan nöropsikiyatrik bozukluklardan birisidir (Pliszka 2007). DEHB tedavisi ise DEHB'nin en çok araştırılmış alanlarından (Spencer ve ark.

1996). DEHB etyolojisinde çevresel etkenlere oranla biyolojik etkenlerin çok daha önemli bir yere sahip olduğu bilindiğinden bu araştırmaların çok önemli bir kısmı farmakoterapi alanıdadır. DEHB tedavisinde yaklaşık 60 yıldan beri kullanılmakta olan stimulanlar en çok araştırılan ilaçlardan olurken, DEHB tedavisinde %83 oranında en çok seçilen ilaç olan metilfenidat da en fazla araştırılan stimulan olmuştur (Pliszka 2007, Greenhil ve ark. 1999, Spencer ve ark. 1996). DEHB tedavisinde stimulan tedavisinin

\* Prof. Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

\*\* Uzm. Dr., Behçet Uz Çocuk Hastanesi, İzmir.

\*\*\* Dr., Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir.

etkinliğini araştıran çalışmalarda, stimulanların sadece DEHB belirtilerini değil, aynı zamanda karşı olma, agresyon ve ebeveyn ocuk ilişkileri alanlarında da anlamlı düzeyde iyileşme sağladıklarını ortaya koymuştur (Antshel ve Barkley 2008, MTA Cooperative Group 1999a, 1999b, Spencer ve ark. 1996). DEHB'ye eşlik eden Yıkıcı Davranış Bozukluklarının etyolojisinde olumsuz ebeveyn tutumlarının da rol aldığı bilindiğinden, bu olguların tedavisi için çok çeşitli davranışçı tedaviler de denenmiştir. Bu tedaviler arasında en sık kullanılanlardan birisi ebeveyn eğitimi programlarıdır. Ebeveyn eğitiminin DEHB olan çocukların tedavisinde kısa süreli etkinliğinin gösterilmesine karşın uzun süreli izlem çalışmalarında bu etki gösterilememiştir (Shelton ve ark. 2000).

Bugüne kadar yapılan araştırmalar DEHB tedavisinde stimulan ilaç tedavisinin en etkin yol olduğunu göstermesine karşın, ebeveyn eğitim programlarının ilaç tedavisiyle birlikte uygulanmasının ayrıntılı olarak karşılaştırılması iki çalışmada gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmalardan ilki MTA alışmasıdır (Multimodal Treatment Study of Children With ADHD). Bu araştırma oldukça geniş bir örnekleme (n=579) ve uzun süreli bir izlem ile gerçekleştirilmiş, araştırmanın ilk olarak 14. ay sonuçları ve en son olarak 8 yıl izlem sonuçları yayınlanmıştır (MTA Cooperative Group 1999a, 1999b, Molina ve ark. 2009, Pappadopulos ve ark. 2009). Altı ayrı merkezde yürütülen çalışmada DEHB olan çocuklarda 4 tedavi seçeneği karşılaştırılmıştır. 1-Sadece ilaç, 2-Davranışçı tedavi, 3- İlaç ve davranışçı tedavi, 4-Standart yerel tedaviler. Bu araştırmada olgular 14 ay süreyle izlenmiş ve 4 grupta da başlangıca göre anlamlı iyileşme elde edilmiştir. Sadece ilaç tedavisi alan grup, davranışçı tedavi alan ve standart yerel tedavi alan gruptan anlamlı olarak daha fazla iyileşme kaydetmiştir. Buna karşın ebeveyn eğitimi ve ilaç tedavisi alan grupla sadece ilaç tedavisi alan grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Çalışmanın 14. ayından sonra tedavi grupları arasında geçişlere izin verilmiş ancak olguların izlemine devam edilmiştir. Çalışmanın ilerleyen

yıllarında tedavi grupları arasındaki ilaç tedavisi lehine olan anlamlı farklılık giderek azalarak ortadan kalkmıştır (Jensen ve ark. 2007, Molina ve ark. 2009, Pappadopulos ve ark. 2009). Olguların uzun süreli gidişini belirleyen özelliklerin aldıkları tedaviden çok başlangıçtaki DEHB belirti durumlarına ve sosyodemografik avantajlara (IQ düzeyi, ailelerin sosyoekonomik ve kültürel düzeyi, iki ebeveynin birlikte olması v.b.) bağlı olduğu belirtilmiştir (Molina ve ark. 2009). MTA çalışmalarından sonra yayınlanan pek çok eleştiri yazısı bu çalışmada kullanılan yoğun davranışçı tedavilerin klinik pratikte uygulanmasının zor olması ve DEHB olan çocuklara sadece davranışçı tedavi verilen bir dalının olması üzerinde yoğunlaşmıştır (Barkley 2000).

DEHB'de kombine tedavinin değerlendirildiği oldukça kapsamlı bir diğer çalışmada ise (Klein ve ark. 2004) 103 DEHB'li ocuk 2 yıl boyunca izlenmiştir. Olgulara 3 tedavi seçeneği uygulanmıştır. Bunlar 1-Yalnızca ilaç, 2- İlaç ve multimodal psikososyal tedavi, 3- İlaç ve dikkat kontrolü tedavisi. Bu tedavi seçeneklerinden özellikle 2. ve 3. tedavi seçeneğini olan kombine tedavi seçeneklerinin yalnızca ilaç tedavisine karşı üstünlüğü karşılaştırılmıştır. Ayrıca bu çalışmanın sonuçları da öncelikli olarak bu konuyla ilgili uzun dönemli ilk çalışma olan MTA alışması temelinde tartışılmıştır. Çalışmada ilk 5 hafta yalnızca metilfenidat tedavisi uygulanmış daha sonra diğer tedaviler bu ilaç tedavisine eklenmiştir. İlk yılın sonunda olgulara 4 hafta tek başına plasebo uygulanmış ve relapsla birlikte metilfenidat tedavisi tekrar başlanmış ve ikinci yıl boyunca da ilaç tedavisi tek başına ya da diğer tedavi seçenekleriyle kombine olarak srdrlmştir. İlk yılın sonundaki ilaç kesip plasebo uygulanmasında tüm olgularda relaps gelişmiş ve olguların hepsine tekrar ilaç tedavisi başlanmak durumunda kalınmıştır. İlk yıl belirtilerde tüm gruplarda belirgin düzelme kaydedilmiş olup kombine tedavi yalnızca ilaç tedavisine etkinlik ve ilacı bırakmayı sağlamak açısından üstünlük sağlayamamıştır. Özetle bu çalışmada ilaç tedavisinin tavan etkisinin erken dönemde

gözlenmekte olduğu ve stimülan etkilerinin zaman içinde azalmadığı görülmüştür.

Barkley tarafından yıkıcı davranış gösteren okul öncesi çocuklarda çok yönlü psikoeğitimsel müdahalelerin incelendiği boylamsal bir çalışma ise tek başına ilaç dışı tedavi seçeneklerini incelemek açısından önemlidir (Barkley ve ark. 2000). Çalışmaya dahil edilen 158 okul öncesi çocuk rastgele 4 tedavi grubuna ayrılmıştır. Bu tedavi grupları: 1) Tedavi almayan grup 2) Ebeveyn eğitimi 3) Tüm gün terapi sınıfı 4) Ebeveyn eğitimi ve tüm gün terapi sınıfı kombinasyonu şeklinde düzenlenmiştir. Çalışmanın sonucunda yıkıcı davranış bozukluğunda ev ve toplum içi davranışları tedavi etme girişimleri faydasız olarak değerlendirilmiştir. Ana sınıfı müdahaleleri davranış sorunları ve bozuk sosyal yetileri düzeltmede çok daha etkili bulunmuş ancak bunun okul çevresine spesifik olduğu ve başarı becerisini etkilemediği sonucuna varılmıştır.

DEHB konusunda oldukça büyük bir bilgi birikimi bulunmasına karşın elde edilen bulguların çok önemli bir çoğunluğunun başta Kuzey Amerika olmak üzere batılı ülkelerden elde edilmiş olması bu bozukluğun dünya genelindeki sıklığının, klinik özelliklerinin ve gidişinin tam olarak bilinmesini engellemektedir (Biederman ve Spencer 2008, Faraone ve ark. 2003). Son yıllarda DEHB konusunda Türkiye’de de giderek artan sayıda kapsamlı çalışmalar yapılmasına karşın, DEHB’nun uzun süreli tedaviye yanıtına ilişkin oldukça az veri elde edilmiştir. Ayrıca DEHB’de stimülan tedavisi konusunda yukarıda bahsedilen oldukça geniş kapsamlı çalışmalar dışında dünyada da çok az sayıda uzun süreli izlem çalışması bulunmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada, DEHB ve eşlik eden yıkıcı davranış bozuklukları olan çocuklarda önce metilfenidat’ın etkinliğinin belirlenmesi daha sonra anne-baba eğitim grubu ile tedavi etkinliğinde bir artışın olup olmadığı değerlendirilmesi amaçlanmıştır

## YÖNTEM

### Örneklem

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği’ne 2000-2002 yılları arasında başvuran, 6-13 yaşlarındaki DEHB’ye eşlik eden KOB/DB olan çocuklar çalışmaya alınmıştır. Çalışma grubu DEHB ve KOB olan 67, DEHB ve DB olan 53 olgu olmak üzere toplam 120 olgudan oluşmuştur. Mental Retardasyon, Psikoz, Bipolar Bozukluk, Obsesif Kompulsif Bozukluk ve Yaygın Gelişimsel Bozukluğu bulunanlar ve çalışmada yer almak için verilen bilgilendirilmiş onay formunu okuyup katılmak istemeyenler çalışmaya alınmamıştır.

### Veri Toplama Araçları

#### Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV’e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (DEYDB DSM-IV Değerlendirme Ölçeği)

DSM-IV ölçütlerine göre geliştirilen, dikkat eksikliğini sorgulayan 9, aşırı hareketliliği sorgulayan 6, dürtüselliği sorgulayan 3, KOB’u sorgulayan 8 ve DB’yi sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır (Turgay 1994). Ölçek, DSM-IV ölçütlerinin anlamını değiştirmeden soru şekline dönüştürülmesi şeklinde geliştirilmiştir. DEHB düşünülen çocukların anne, baba ve öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Her madde için 0=yok, 1=biraz, 2=fazla, 3=çok fazla seçenekleri bulunmaktadır. Çalışmanın 0-1-3-6-9-12-15-18 aylarında ebeveyn ve öğretmenler tarafından doldurulmuştur.

#### Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği (CEDÖ) ve Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği (CÖDÖ)

Davranışı değerlendiren ölçekler arasında belki de en sık kullanılanlar Conners Öğretmen ve Ebeveyn formlarıdır (Conners 1969b, 1970 ve 1973; Şener ve ark. 1992, 1995). Çalışmanın 0-1-

3-6-9-12-15-18 aylarında ebeveyn ve öğretmenler tarafından doldurulmuştur. CEDÖ, ebeveynlerin gözlemleri temelinde çocuklarını davranışsal yönden değerlendirmeleri amacıyla hazırlanmış 48 sorudan oluşmaktadır. CÖDÖ öğretmenlerin sınıf içi gözlemleri temelinde, öğrencilerini davranışsal yönden değerlendirmeleri amacıyla hazırlanmış 28 sorudan oluşmaktadır.

#### **Aile Çocuk İlişkileri Ölçeği-Anne Formu (AÇİ-anne) (Parental Acceptance-Rejection Questionnaire, PARQ, Mother Form)**

Toplam 56 maddeden oluşan ölçeğin 5 alt testi vardır. Düşük sıcaklık (soğukluk), saldırganlık, ihmal ve ilgisizlik, ayrıştırılmamış reddetme ve toplam reddetme alt testlerinden oluşmaktadır. Alt testlerden alınan puanlar toplam reddetme puanını verir. Her madde için likert tipi 4 şıktan birinin seçilmesi istenir. Aile çocuk ilişkileri çocuk ve yetişkin formlarından esinlenilerek geliştirilmiştir. Türkçe'ye ilk çevirisi 1988'de Polat ve Sunar tarafından yapılmıştır. 1993'de Angel ve Erkman'ın bazı düzeltmeleriyle çeviri son şeklini almıştır (Angel 1993, Öner 1997).

#### **4-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği: Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (ÇDDÖ) (Child Behavior Check-List = CBCL)**

4-18 yaş arası çocuk ve gençlerin yeterlilik alanları ve sorun davranışlarını anne ve babadan alınan bilgiler doğrultusunda belirlemek amacıyla Achenbach ve Edelbroch (1983) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, "Sosyal Yeterlilik" ve "Sorun Davranışlar" olmak üzere iki ana bölümden oluşmaktadır (Erol ve ark. 1995).

#### **Öğretmen Bilgi Formu (ÖBF) (Teacher's Report Form /TRF)**

5-18 yaş grubu öğrencilerin okula uyumunu ve sorun davranışlarını öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda standart bir biçimde değerlendirebilmek amacıyla Achenbach ve

Edelbroch (1983) tarafından geliştirilmiş, Erol ve arkadaşları tarafından Türkçeleştirilmiştir. Çalışmanın başlangıcında ve 12. ayında doldurulmuştur.

#### **İşlem**

Çalışmada 6-13 yaşları arasında ( $9.07 \pm 1.92$ ), DSM-IV'e göre DEHB bileşik tip tanısı konan toplam 120 olgu yer almıştır. Olguların çalışmaya alınmasında, DEHB ve eşlik eden KOB ve DB olan homojen bir örneklem alınması için ayrıntılı bir tanı koyma işlemi kullanılmıştır.

1-Çalışmaya alınan olgularla ilk olarak bir görüşme DSM-IV tanı ölçütlerine göre görüşme yapmış ve DEHB tanı ölçütlerini karşılayan olguların öğretmen ve ebeveynlerinin ÇDDÖ ve ÖBF doldurmaları istenmiştir. ÇDDÖ ve ÖBF ölçeklerinin dikkat problemleri, agresyon ve sorunlu davranış alt ölçeklerinden Türkiye normlarının 1 standart sapma üstünde puan alanlar ikinci görüşmeye çağırılmıştır.

2- Olguların çalışmaya aday olduğunu bilen ancak birinci görüşmecinin tanısına kör olan ikinci bir görüşmeci tarafından DSM-IV ölçütlerine göre ikinci görüşme yapılmıştır. Her iki görüşmeci tarafından DEHB ve KOB ve DEHB ve DB tanısı konan olgular çalışmaya alınmıştır.

3-Çalışmada yer alan olgulara metilfenidat (Ritalin) tedavisi başlanmıştır. İlaç dozu haftalık değerlendirmelerle düzenlenip metilfenidat dozu 60 mg/günün üzerinde olmaması hedeflenmiştir.

4-Olguların ilaç kullanımından sonraki değerlendirmeleri tedavinin birinci ayında gerçekleştirilmiş ve daha sonra anne-babalar grup çalışmasına alınmışlardır.

5- Ebeveyn eğitim grupları Barkley (1997) tarafından önerilen biçimin Ercan ve Aydın (1999) tarafından uyarlanan şekliyle yarı yapılandırılmış olarak Kanada'da eğitim görmüş deneyimli bir çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından ger-

**Tablo 1:** Komorbid ve Tedavi Gruplarının Demografik Özellikleri

		Tüm Olgular	Komorbidite Grupları		Tedavi Grupları	
			DEHB+KOB (n=67)	DEHB+KOB +DB (n=53)	İlaç + Ebeveyn grubu (n=83)	Yalnızca İlaç (n=37)
<b>Yaş</b>	Ort.(SS)	9.07 (1.92)	9.28 (1.77)	8.79 (2.09)	9.23 (2.00)	8.70 (1.70)
<b>Cins</b>	Erkek f (%)	82 (68.3%)	52 (77.6%)	30 (56.6%)	53 (63.9%)	29 (78.4%)
	Kız f (%)	38 (31.7%)	15 (22.4%)	23 (43.4 %)	30 (36.1%)	8 (21.6%)
<b>Metilfenidat Dozu*</b>	Ort.(SS)	24.79(8.10)	22.88(9.19)	27.33(5.71)	24.84(7.93)	24.17(11.81)

\* Çalışma boyunca doz sürekli olarak ayarlandı, ortalama metilfenidat dozu kullanım süresi göz önüne alınarak hesaplandı  
DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, KOB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

çekleştirilmiştir. Gruplar birinci aydan itibaren 4 oturum halinde haftada bir, daha sonra da 3 ayda bir olarak gerçekleştirilmiştir. Tüm aileler anne-baba gruplarına davet edilmiş olup, koşulları nedeniyle ya da istemeyen aileler grup çalışması dışında tutulmuşlardır.

İki ebeveyn grubuna ardışık olarak katılmayan veya iki kontrol zamanı ardışık olarak değerlendirme ölçeklerini dolduramayan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Tüm olgular 1. ayı tamamlamış, 6. ayı 106, 12. ayı 75 ve 18. ayı ise 34 olgu tamamlayabilmiştir.

### İstatistiksel Değerlendirme

Sayısal verilerin analizinde, SPSS (Statistical Package for Social Science, for Windows Release) 10.0.1 versiyonu kullanılarak ANOVA, MANOVA ve MANCOVA analizleri kullanılmıştır. İkili karşılaştırmalarda Bonferoni düzeltmesi uygulanmıştır. Etki Boyutu'nun (effect size) hesaplanmasında d istatistiği (d=ortalama fark/SD toplam). Alfa değeri .05'in altı anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

## BULGULAR

### Sosyodemografik özellikler

Bu araştırmada 83 ilaç ve ebeveyn tedavisi, 37

yalnızca ilaç tedavisi alan 6-13 yaş arası toplam 120 olgu yer almıştır. Tablo-1'de çalışmada yer alan olguların yaş, cinsiyet ve ortalama metilfenidat dozları dağılımı verilmiştir. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve ortalama metilfenidat dozları açısından anlamlı farklılık yoktur ( $p>0.05$ ).

### Kombine tedavinin DEHB, KOB ve DB belirtileri üzerindeki etkileri

Ebeveyn ve öğretmen ölçeklerindeki hiperaktivite/impulsivite, dikkat eksikliği, KOB ve DB belirtilerindeki değişiklikleri tanımlamada, her bağımlı ölçüm için tekrarlayan ANOVA ölçümleri yapıldı. Başlangıç 1., 6., 12. ve 18. aylar arasındaki önemli değişiklikleri değerlendirmek için de; Çoklu Within Subject Pairwise Karşılaştırmaları ve Bonferoni düzeltmesi uygulandı. 15 bağımlı ölçeğin ortalama puanları, 6 farklı zaman diliminde ortalama puanların farkları ve etki boyutları temelinde incelendi (Tablo-2).

### Tedavinin çocuklardaki agresyon üzerine etkileri

Çocuklardaki agresyon şiddeti üzerine tedavinin etkisini ve tedavi grupları arasında fark olup olmadığını belirlemek amacıyla ebeveynlere ÇDDÖ (CBCL) ve öğretmenlere ÖBF (TRF) çalışmanın başlangıcında ve 12. ayında doldurtulmuş ve sonuçları ANOVA ile değerlendirilmiştir.

**Tablo 2 :** Farklı Zamanlarda Ortalamalar Arası Farklar ve İlişkili Etki Boyutu

Ölçek	Altölçek	Puanlayan	BAŞLANGIÇ- 1.AY		BAŞLANGIÇ- 6.AY		1.AY- 6.AY		6. AY- 12. AY		12. AY- 18. AY		BAŞLANGIÇ- 18.AY	
			Ortalamalar arası fark	EB	Ortalamalar arası fark	EB	Ortalamalar arası fark	EB	Ortalamalar arası fark	EB	Ortalamalar arası fark	EB	Ortalamalar arası fark	EB
			DEYDB DSM-IV	Hiperaktivite İmpulsivite	Ebeveyn	5.59	.89	7.50	1.06	1.90	.27	-1.60	-.26	.30
DEYDB DSM-IV		Öğretmen	3.42	.45	5.89	.77	1.67	.22	-.92	-.13	-.36	-.07	6.30	.76
CEDÖ		Ebeveyn	1.59	.54	2.04	.76	.60	.19	.070	.02	-.15	-.06	2.36	.73
DEYDB DSM-IV	Dikkat Eksikliği	Ebeveyn	3.84	.62	6.71	1.05	2.81	.48	-1.85	-.35	.12	.02	6.03	.82
DEYDB DSM-IV		Öğretmen	2.81	.44	4.61	.62	1.71	.25	-1.27	-.21	.04	.01	4.07	.56
CEDÖ		Ebeveyn	1.22	.05	1.85	.65	.87	.29	-.44	-.21	-.24	-.12	1.00	.37
DEYDB DSM-IV	Karşıt olma Karşı gelme	Ebeveyn	4.00	.71	5.39	.90	1.70	.32	-.78	-.17	-.09	-.02	5.15	.68
DEYDB DSM-IV		Öğretmen	2.57	.42	3.98	.59	1.29	.22	-1.02	-.17	-.04	-.01	4.43	.76
CEDÖ		Ebeveyn	1.45	.41	2.75	.79	1.35	.45	-.18	-.07	.15	.04	3.24	.70
DEYDB DSM-IV	Davranım Bozukluğu	Ebeveyn	3.37	.74	11.98	2.27	.69	.23	-.21	-.10	-.38	-.17	3.64	.90
DEYDB DSM-IV		Öğretmen	2.61	.55	3.38	.74	.73	.20	-.57	-.19	.72	.30	3.62	.68
CEDÖ		Ebeveyn	3.42	.55	7.07	1.03	3.67	.56	-.06	-.01	-.50	-.10	8.06	1.11
CÖDÖ		Öğretmen	5.51	.43	8.39	.56	1.95	.14	-.69	-.004	1.19	.11	13.48	.76
DEYDB DSM-IV	Toplam Puan	Ebeveyn	16.82	1.00	23.27	1.26	6.97	.41	-4.33	-.30	-1.66	-.11	22.4	0.94
DEYDB DSM-IV	Toplam Puan	Öğretmen	11.43	0.57	18.0	0.84	5.48	.27	-4.49	-.27	.39	.027	18.08	0.76

DEYDB DSM-IV: Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, CEDÖ: Conners Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği, CÖDÖ: Conners Öğretmen Derecelendirme Ölçeği

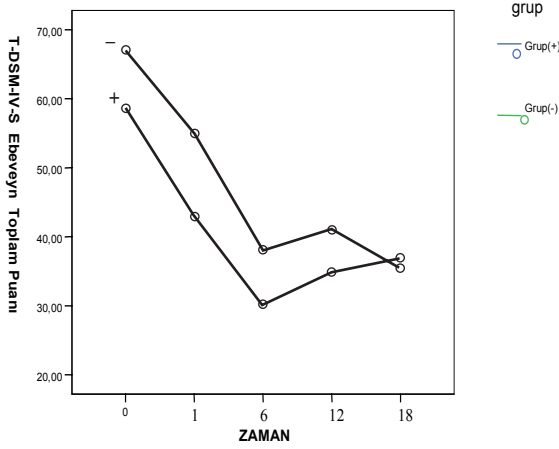
Buna göre ÇDDÖ ve ÖBF agresyon puanlarına göre tedavi zaman içinde önemli bir etki göstermiş, ancak tedavi grupları arasında (yalnızca ilaç/ilaç ve ebeveyn eğitimi) anlamlı farklılık saptanmamıştır (ebeveyn;  $F_{1,57}=27.047$   $p<.0001$  ve  $F_{1,57}=.028$   $p=.867$ ; öğretmen  $F_{1,52}=8.648$   $p<.01$  ve  $F_{1,52}=.062$   $p=.804$ ).

### Ebeveyn eğitiminin etkileri

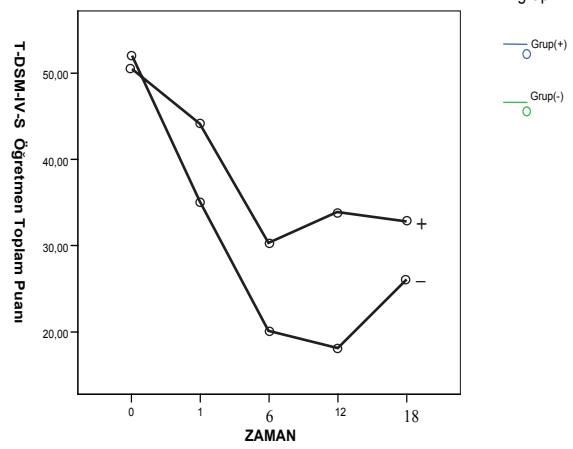
Yalnızca ilaç tedavisi alan ve ilaç ve ebeveyn eğitimi alan tedavi gruplarının 12 alt ölçekten aldıkları puanların ortalamaları Tablo-3'te sunulmuştur. Tedavi gruplarının etkinliği ayrı ayrı olarak her dört belirti alanı için, grup içinde ve iki tedavi seçeneğindeki grup değişkenleri arasında, beş tekrarlayan değerlendirme zamanın-

da MANOVA ile araştırıldı. Tedavi gruplarının her dört belirti alanı için temel bir etkisi yoktu (hiperaktivite/impulsivite:  $F_{1,113}=.009$ ,  $p=.924$ ; dikkat eksikliği:  $F_{1,113}=.171$ ,  $p=.680$ ; karşıt olma karşı gelme:  $F_{1,113}=.121$ ,  $p=.728$ ; davranım bozukluğu:  $F_{1,113}=.537$ ,  $p=.465$ ). Bonferoni düzeltmesinin kullanıldığı Pairwise Karşılaştırmaları yalnızca üç anlamlı farklılığı ortaya çıkardı. Yalnızca birinci ay CEDÖ dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçekleri ve DEYDB DSM-IV Öğretmen Ölçeği'nin karşıt olma karşı gelme alt ölçeğinde yalnızca ilaç alan grup ilaç ve ebeveyn eğitimi alan gruptan anlamlı oranda farklılaştı. Bunun dışındaki hiçbir ölçümde yalnızca ilaç tedavisi alan grupla ilaç ve ebeveyn eğitimi alan grup arasında anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Grafik 1



Grafik 2



**Tablo 3 :** İlaç ve Ebeveyn Grubu ve Yalnızca İlaç Tedavisi Alan Grupların Başlangıç, 1., 6., 12. ve 18. aylardaki Ortalama (standart sapma) Puanları

Ölçek	Altölçekler	Puanlayan	Başlangıç Ortalama (SS)		1.ay Ortalama (SS)		6. Ay Ortalama (SS)		12. Ay Ortalama (SS)		18. Ay Ortalama (SS)	
			İ+EG	Yalnız İ	İ+EG	Yalnız İ	İ+EG	Yalnız İ	İ+EG	Yalnız İ	İ+EG	Yalnız İ
DEYDB DSM-IV	Hiperaktivite İmpulsivite	Ebeveyn	19.70(4.65)	19.54(5.18)	14.15(6.07)	14.42(6.81)	11.85(5.58)	12.84(6.16)	13.25(6.70)	12.71(5.90)	12.00(7.21)	13.33(8.08)
DEYDB DSM-IV		Öğretmen	16.67(7.41)	16.49(7.85)	13.37(7.17)	12.09(7.50)	11.07(7.17)	10.86(7.24)	11.04(8.52)	11.00(6.36)	11.13(7.37)	8.00(1.00)
CEDÖ		Ebeveyn	9.67(2.07)	9.57(2.36)	8.39(2.67)	7.22(3.31)*	7.56(2.88)	7.44(2.80)	7.12(3.19)	8.07(3.10)	7.26(2.63)	5.67(5.03)
DEYDB DSM-IV	Dikkat Eksikliği	Ebeveyn	18.28(5.26)	17.78(4.82)	14.67(5.38)	13.46(6.51)	11.29(5.20)	11.52(5.87)	13.00(6.17)	14.00(7.01)	12.52(5.80)	9.33(1.53)
DEYDB DSM-IV		Öğretmen	16.49(5.89)	16.81(6.43)	13.96(6.00)	13.38(7.16)	11.99(6.29)	12.00(5.89)	12.04(6.73)	14.29(6.34)	12.16(6.75)	8.33(3.51)
CEDÖ		Ebeveyn	7.48(2.69)	7.38(2.94)	6.59(2.64)	5.59(2.47)**	5.58(2.39)	5.25(3.04)	6.00(2.72)	5.80(2.51)	6.32(3.08)	4.67(1.15)
DEYDB DSM-IV	Karşıt Olma Karşı gelme	Ebeveyn	13.76(5.36)	14.00(4.84)	10.32(4.65)	9.08(5.32)	8.18(4.34)	9.00(5.61)	8.83(5.36)	9.93(6.18)	8.61(5.46)	8.00(3.00)
DEYDB DSM-IV		Öğretmen	11.61(6.30)	10.32(6.71)	9.59(5.84)	6.47(4.63)**	7.37(5.72)	7.09(5.49)	7.55(5.75)	9.20(4.28)	7.92(6.05)	4.33(2.52)
CEDÖ		Ebeveyn	8.20(3.59)	7.51(3.47)	6.84(2.93)	5.92(3.07)	5.13(2.85)	5.60(3.37)	4.96(3.20)	6.33(3.33)	4.97(3.19)	5.00(2.65)
DEYDB DSM-IV	Davranım Bozukluğu	Ebeveyn	5.52(4.41)	6.11(5.92)	2.49(2.99)	2.11(2.30)	1.63(2.19)	2.28(1.79)	1.86(2.63)	2.13(1.88)	1.87(2.03)	1.67(2.08)
DEYDB DSM-IV		Öğretmen	5.84(5.54)	4.61(4.36)	3.07(3.51)	2.64(3.31)	2.16(3.11)	2.32(4.69)	2.45(3.39)	2.64(2.13)	2.52(3.81)	1.00(1.41)
CEDÖ		Ebeveyn	16.18(7.32)	14.35(7.28)	12.81(6.77)	10.89(6.38)	8.62(6.05)	8.96(6.23)	7.91(6.90)	10.07(5.74)	7.97(5.61)	7.33(4.73)

DEYDB DSM-IV: Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, CEDÖ: Connors Ebeveyn Derecelendirme Ölçeği, CÖDÖ: Connors Öğretmen Derecelendirme Ölçeği

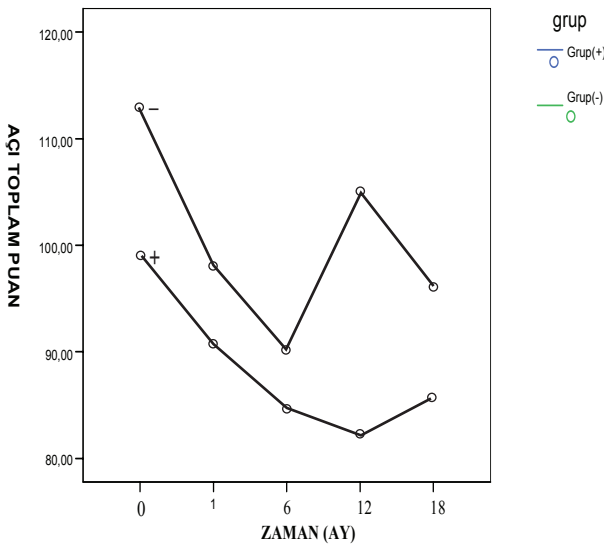
Grafik 1 ve 2'de her iki tedavi grubunun T-DSM-IV-S ebeveyn ve öğretmen ölçeği toplam puanlarının (DEHB ve YDB için toplam 41 maddenin) 18 ay içerisindeki seyri görülmektedir. Her iki grup 0-18 ay arasında anlamlı olarak düzelmekle birlikte gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.

### Tedavinin anne-çocuk ilişkisi üzerine etkileri

Toplam AÇİ puanı etki boyutu tedavinin ilk ayı için 0.37 idi. Sonraki 5 ay için etki boyutu da 0.36 gibi ilk aya yakın düzeydeydi. 6.ay ile 12.ay arasında ise etki boyutu; 0.06 şeklinde ilk 6 aya göre oldukça düşüktü. 12.ay ile 18.ay arasındaki etki

boyutu; - 0.15 gibi oldukça düşük olarak seyretti. Başlangıçla 18. ay arasındaki AÇİ toplam puanı için etki boyutu ise 0.56 gibi orta düzeyde idi. Buradan da anlaşılacağı gibi düzelme 6 ayda belirginleşmiş ve kalan bir yıllık sürede de iyilik hali devam etmiştir. Ebeveyn eğitiminin AÇİ toplam puanları üzerindeki etkisini tanımlamak için tedavi grupları (yalnızca ilaç ve ilaç ile ebeveyn eğitimi grupları) arasında da tekrarlayan değerlendirmelerle (zamanlarda) mixt dizaynli çift yönlü ANOVA uygulandı. ANOVA, tedavi gruplarının toplam AÇİ skorlarında ( $F_{1,44}=1.11$ ,  $p=.741$ ) önemli bir etkiye sahip olmadığını ortaya çıkardı. (Grafik-3)

Grafik 3



### Yan etkiler

Çalışmaya katılan tüm olgulara on sekiz ay süresince metilfenidat tedavisi uygulanmış olup, ilaca başladıktan sonraki 1., 3., 6., 9., 12., 15. ve 18. aylarda gözlenen yan etkiler karşılaştırmalı olarak yan etki izlem formları ile değerlendirilmiştir. Çalışma süresince en sık görülen yan etki irritabilitedir. İkinci ve üçüncü sıradaki yan etkiler ise iştahsızlık ve kilo kaybı olmuştur. Genel olarak bakıldığında çalışmada uzun süreli sürekli metilfenidat kullanımına rağmen yan etkiler açısından iyi tolere edildiği görülmüştür.

### TARTIŞMA

#### Kombine tedavi ve yalnız ilaç tedavisi DEHB, KOB ve DB belirtilerini 1, 6, 12 ve 18. aylarda nasıl etkiledi?

Çalışmamızın sonuçları DEHB, KOB ve DB belirtilerini azaltmada kombine tedavi ve ilaç tedavisinin çok etkin olduğunu göstermiştir. Çalışmamızda kullanılan metilfenidat dozu olan 24.79 mg/gün bu konuda referans sayılan iki büyük çalışmanın da altındadır. MTA (1999) ve Hechtman ve arkadaşlarının (2004) gerçekleştirdiği çalışmalarda ortalama metilfenidat dozlarına oranla (MTA: 34.4 mg/gün, Hechtman ve ark. min:35.8 mg/gün-max:41.0 mg/gün) çalışmamızdaki ortalama metilfenidat dozu (24.79 mg/gün) oldukça düşük olmasına karşın çalışma süresince olguların belirtilerinde belirgin azalma elde edilmiştir. Ortalama düzelme ve etki boyutu (effect size) oranları, sağlanan iyileşmenin en önemli bölümünün birinci ay boyunca elde edildiğini göstermiştir (Tablo 2). DEHB, KOB ve DB belirtilerinde 1. ay sonunda elde edilen belirgin düzelme geri kalan 17 ay boyunca sürmesine karşın ilk aydaki çarpıcı iyileşmenin yanında çok düşük boyutta olduğu belirlenmiştir. Birinci ayın sonundan itibaren tüm olgulara verilen metilfenidat dozu göreceli olarak artırılmasına karşın metilfenidatın en etkili olduğu dönem ilk bir aydır. Abikoff ve arkadaşlarının (2004a,2004b) bulgularıyla bütünüyle örtüşmekte olan bu bulgu tedavi süresince en yüksek iyileşmeyi elde etmek için klinisyenin yakın izlem içerisinde olması ve gerekli ilaç titrasyonlarını yapması gerektiğini göstermektedir.

#### Tedavi çocuklardaki saldırganlığı nasıl etkiledi?

Yapılan çalışmalarda metilfenidatın çocuklarda agresyon üzerinde etkin olduğu bilinmektedir (Casat ve ark 1995). Bu çalışmada da yazınla uyumlu olarak ÇDDÖ (CBCL) ve ÖBF (TRF) ölçeklerinde agresyon puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Ancak tedavi grupları arasında (yalnızca ilaç ve ilaç+ ebeveyn eğitimi) anlamlı fark saptanmamıştır.



## Ebeveyn Eğitim Programı çocukların tedaviye yanıtını nasıl etkiledi?

Araştırmamızın sonuçları ebeveyn eğitimi almanın 4 temel belirti alanındaki (Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite/İmpulsivite, Karşıt Olma Karşı Gelme ve Davranım Bozukluğu) belirtilerin düzelmesi üzerine etkisi olmadığını ortaya koymuştur. Araştırmamızda elde edilen etki büyüklüğü bakımından da iki grubun oldukça benzer bir düzelme gösterdikleri belirlenmiştir (Tablo-3). Çalışmamızda yer alan gruplardan ebeveyn eğitim ve ilaç tedavisi alan grupla sadece ilaç tedavisi arasında tedaviye yanıt bakımından farklılığın bulunmaması daha önce yapılmış olan çalışmalarla çok önemli oranda benzerlik göstermektedir (Hechtman ve ark. 2004, MTA 1999 ve 2000).

Araştırmamızın başlangıcıyla birinci ay arasında, yani tüm olguların metilfenidat tedavisi aldığı dönemin sonucunda yapılan değerlendirmeler dikkat eksikliği, hiperaktivite/impulsivite, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, davranım bozukluğu puanlarında anlamlı bir düşüş olduğunu göstermektedir. Bu durum daha önceki kısa dönem stimulan tedavileriyle tam olarak örtüşmektedir (Gilberg ve ark. 1997, Spencer ve ark. 1996). Araştırmanın birinci ayından sonra metilfenidat tedavisine ek olarak ebeveyn eğitimi alan grup ve almayanlar değerlendirmelerin pek çoğunda düzelme göstermeye devam etmişler, gruplar arasında anlamlı bir farklılık gözlenmemiştir. Daha önce yapılmış olan ve sadece ebeveyn eğitimi kullanılan (Barkley ve ark. 2000, Shelton ve ark. 2000) ya da ebeveyn eğitimi ile birlikte ilaç tedavisi kullanılan (Hechtman ve Abikoff 1995, Carlson ve ark. 1992, Klein ve ark. 2004 MTA Cooperative Group 1999a, 1999b) araştırmalarda ebeveyn eğitiminin tek başına ya da ilaç tedavisiyle birlikte kullanımının anlamlı bir etkinlik oluşturmadığı bildirilmektedir. Bununla birlikte MTA çalışmasında ilaç tedavisine ek olarak ebeveyn eğitimi alan grubun sadece ilaç tedavisi alanlara oranla DEHB belirtileri

dışındaki alanların daha büyük bir kısmında standart yerel tedavilere üstünlük gösterdikleri ve daha düşük doz ilaç kullanımına gereksinim duydukları bildirilmiştir. Diğer yandan bu ve bundan önceki çalışmaların büyük bir kısmında ebeveyn eğitim grupları ve diğer psikososyal tedavilerin DEHB ve YDB tedavisinde kısıtlı bir öneme sahip olduğunun gösterilmiş olması ebeveyn eğitiminin yetersiz olduğu anlamına gelmemektedir. MTA araştırmasında belirtildiği gibi bir tedavinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaması yararlı olmadığı anlamına gelmemektedir (Jensen ve ark. 2005).

Ayrıca MTA çalışmasında belirtilen, araştırmada yer alan olgularda sık doz ayarlaması yapılması ve sık sık ebeveyn ve öğretmenden bilgi alınmasının tedavi başarısını arttırması etkeni, bizim çalışmamızda ebeveyn eğitimi almayı sadece ilaç tedavisi alan grup için de geçerli olabilir. MTA çalışmasının sonuçlarının değerlendirildiği bir gözden geçirme yazısında, MTA çalışmasının ilk 14 ayında ilaç tedavisinin diğer tedavilere üstünlüğünün çalışmanın ileriki yıllarında azalıp giderek kaybolmasının en önemli nedeni olarak çalışmanın 14. ayından sonra ilaç tedavisinin sık kontrol aralıklarıyla izlenmemesine bağlı olduğu belirtilmiştir (Svanson ve ark. 2008). Bizim çalışmamızda ebeveynleri gruplara katılan ve katılmayan tüm olgularla sık görüşmelerle ilaç dozu ayarlanmış ve oldukça kapsamlı olan araştırma formları yardımıyla ebeveyn ve öğretmenin izlenimleri değerlendirilebilmiştir. Böylece ebeveyn eğitimi gruplarına katılmayan olgularla da sıkı bir bilgi alışverişi olması ebeveyn eğitimi gruplarına katılan ve katılmayan olgular arasındaki farklılığı azaltmış olabilir.

İlgi çekici olarak ebeveyn eğitimi ve ilaç tedavisi alan grupla sadece ilaç tedavisi alan olguların öğretmenlerinin değerlendirmeleri arasında da anlamlı bir farklılığın olmamasıdır. Grubumuz tarafından gerçekleştirilen bir önceki çalışmada olguların 6 ay süreli izlemleri yapılmış ve ebeveyn eğitimi alan olguların anne-babaları alma-

yanların anne-babalarıyla karşılaştırıldığında öğretmenlerden daha fazla düzelme bildirmişlerdi (Ercan ve ark. 2005). Bu farklılığın araştırmanın süresinin 18 aya uzamasıyla ortadan kalkması gerek ebeveyn gerekse öğretmenler tarafından ortaya çıkan düzelmenin daha objektif bir biçimde değerlendirildiği şeklinde yorumlanmıştır.

### **Kombine Tedavi anne-çocuk ilişkisini nasıl etkiledi?**

Bu çalışmada uygulanan ilaç ve ilaç ile ebeveyn eğitimi tedavileri DEHB ve KOB/DB olan olguların anne-çocuk ilişkilerinde düzelme sağlamıştır. Bu bulgu yazındaki daha önceki çalışmalarda ortaya konan stimulanların DEHB olan olgularda ebeveyn çocuk ilişkilerini düzelttiğine ilişkin bulgularla örtüşmektedir (Barkley ve ark. 1985, Barkley ve ark. 1989, Barkley ve Cunningham 1980, Schachar ve ark. 1987). Çalışmamızın sonuçları anne-çocuk ilişkisindeki düzelmenin anne-babanın ebeveyn eğitimi alıp almamasında anlamlı düzeyde etkilenmediğini ortaya koymuştur (Grafik-3).

### **SINIRLILIKLAR**

Bu araştırmanın olgu alımının gerçekleştirildiği dönemde ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan bir yapılandırılmış görüşme bulunmamaktaydı. Bu nedenle çalışma grubu oldukça kapsamlı bir değerlendirmeye tabi tutulmasına karşın tanı konma aşamasında yapılandırılmış bir görüşme kullanılmamış olması bu çalışmanın en önemli sınırlılığıdır. Bu araştırmanın ikinci en önemli sınırlılığı çalışma gruplarının rasgele atanmamasıdır. Çalışmanın başında tüm olgular ilaç ve ebeveyn grubu için davet edilmiş, ebeveyn grubuna katılmayı istemeyen olgular ilaç tedavisi grubuna alınmıştır. Çalışma deseni olarak olguların tedavi gruplarına rasgele atanması istenen bir araştırma yöntemi olmakla birlikte herhangi bir maddi desteği olmayan bu çalışmada olgu kaybına yol açmamak ve ebeveyn eğitimi almak isteyen olguları bu tedavi seçeneğinden mahrum bırakmamak için böyle bir

yöntem seçilmiştir. Yapılan analizlerde başlangıç değerlerinde gruplar arasında hiçbir değişikende farklılık bulunmamış olması çalışmanın bu sınırlılığını kısmen ortadan kaldırmaktadır. Diğer bir sınırlılık çalışma grubunun örneklem büyüklüğünün başlangıçta oldukça yeterli düzeyde olmasına karşın çalışmanın ilerleyen aylarında çalışmadan ayrılan olgular nedeniyle giderek azalmasıdır. Pek çok uluslararası çalışmada araştırmaya katılan olgulara ödeme yapıldığı için daha yüksek bir devamlılık sağlanabilmektedir. Bu çalışmada böyle bir ödeme yapılmadığından çok uzun formların doldurulması ve değerlendirmelerden sıkılan olgular ve ebeveynler nedeniyle örneklem sayısında çalışmanın ilerleyen aylarında azalma olmuştur.

### **SONUÇ**

Bu araştırma DEHB ve KOB/DB olan çocukların tedaviye yanıtını olabildiğince geniş bir örneklemin 18 ay gibi uzun sayılabilecek bir dönemde değerlendirildiği ülkemizde ve dünyada yapılmış az sayıdaki araştırmadan birisidir. İlaç ve ebeveyn eğitimi ve sadece ilaçtan oluşan tedavi girişimlerinin her ikisinde de kullanılan etkin ilaç dozu dünyada bu konuda referans olabilecek en önemli iki çalışmadan da oldukça düşük olarak bulunmuştur. Ülkemizde DEHB olan çocukların tedavisinde kullanılan ilaç dozları başta Kuzey Amerika'daki araştırmalar olmak üzere batılı kaynaklara göre belirlenmekteydi. Bu araştırmanın sonuçları ise ülkemizde batılı ülkelere göre düşük metilfenidat dozlarının DEHB olan çocukların tedavisinde etkili olabileceğine ilişkin öncü bir ön bulgu oluşturabilir.

Çalışmanın temel amacı ilaç tedavisi ile ilaç tedavisi ve ebeveyn eğitimi arasında farklılık bulunup bulunmadığının belirlenmesidir. Bugüne kadar yapılmış olan araştırmalarda DEHB ve YDB tedavisinde metilfenidatın etkinliğini net olarak gösterilmesine karşın ebeveyn eğitiminin yararları ve bu etkinin büyüklüğü konusunda tartışmalar bulunmaktadır. Özellikle ebeveyn tutumlarının kültürel özelliklerden etkilenebilir

bir doğada olması, kültürden kültüre bu hastalıkların tanınıp değerlendirilmesindeki farklılıklar olabilmemesi ve bilimsel araştırmalardan elde edilen sonuçların ilaç tedavisi kadar net olmaması nedeniyle ebeveyn eğitiminin DEHB ve YDB tedavisindeki etkinliği merak uyandırmıştır (Hechtman ve ark. 2004, Klein ve ark. 2004). Araştırmamızda elde edilen sonuçlar yazındaki bulguların önemli bir kısmıyla uyumlu olarak ebeveyn eğitiminin DEHB ve YDB tedavisinde istatistiksel anlamlılığa ulaşan bir etkinliğinin olmadığı yönündedir. Bununla birlikte bizim ve bundan önceki çalışmaların büyük bir kısmında ebeveyn eğitim grupları ve diğer psikososyal tedavilerin DEHB ve YDB tedavisinde kısıtlı bir öneme sahip olduğunun gösterilmiş olması ebeveyn eğitiminin yetersiz olduğu anlamına gelmemektedir. MTA araştırmasında belirtildiği gibi bir tedavinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık oluşturmaması yararlı olmadığı anlamına gelmemektedir (Jensen ve ark. 2005). Ebeveyn eğitim grupları anlamlı bir iyileşme sağlamamış olsa da klinik uygulamalarda en azından bazı olgular için yararlı olabilecek bir tedavi seçeneğidir (Antshel ve Barkley 2008).

Yazın gözden geçirildiğinde bu araştırmanın DEHB tedavisi konusunda yapılan ve ilaç tedavisini izleyen dönemde kombine tedavi ve ilaç tedavisinin etkinliğini karşılaştıran ilk çalışmalardan olduğu görülmektedir. Ülkemizde ise bildiğimiz kadarıyla, DEHB alanında ilk kez yapılan bu 18 ay süreli izlem çalışmasının daha geniş olgu serileri ve daha uzun döneme yayılarak gerçekleştirilmesi klinik uygulamalar için yol gösterici olacaktır.

## KAYNAKLAR

Abikoff H, Hechtman L, Klein RG ve ark. (2004a) Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 802-811.

Abikoff H, Hechtman L, Klein RG ve ark. (2004b) Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:820-829.

Achenbach TM, Edelbrock CS (1983) *Manual for the child behavior checklist and child behavior profile*. Burlington: University of Vermont Department of Psychiatry.

DeWolfe N, Byme JM, Bawden HN (2000) ADHD in preschool children: Parent-rated psychosocial correlates. *Dev Med Child Neurol* 42: 825-830.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV)* (Çev ed.: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Angel M (1993) *The transliteral equivalence, Reliability and Validity Studies of The Parental Acceptance-Rejection Questionnaire (PARQ) Mother-Form: A Tool for Assessing Child Abuse, Thesis Submitted In Partial Fulfillment of The Requirements For The Degree of Master of Arts In Educational Sciences, Department of Educational Sciences Bogaziçi University, İstanbul.*

Antshel KM, Barkley R (2008) Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 17:421-437.

Barkley RA, Cunningham CE (1980) The parent-child interactions of hyperactive children and their modification by stimulant drugs. Knights R, Bakker D (ed): *Treatment of hyperactive and learning disabled children*. University Park Press, Baltimore MD, s: 219-236.

Barkley RA, Karlsson J, Pollard S (1985) Effects of age on the mother-child interactions of ADHD and normal boys. *J Abnormal Child Psychol* 13: 631-637.

Barkley RA, McMurray MB, Edelbrock CS ve ark. (1989) The response of agresive and non agresive ADHD children to two doses of methylphenidate. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:873-881.

## ERCAN VE ARK.

Barkley RA (1997) *Managing The Defiant Child: A Guide to Parent Training*. New York: Guilford Press.

Barkley RA (2000) *Commentary on the multimodal treatment study of children with ADHD*. *J Abnormal Child Psychol* 28: 595-599.

Barkley RA, Shelton TL, Crosswait C ve ark. (2000) *Multimodal psycho-educational intervention for preschool children with disruptive behavior: Preliminary results at post-treatment*. *J Child Psychol Psychiatry* 41: 319-332.

Biederman J, Spencer TJ (2008) *Psychopharmacological interventions (Review)*. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 17:439-58.

Carlson CL, Pelham WE, Milich R ve ark. (1992) *Single and combined effects of methylphenidate and behavior therapy on the classroom performance of children with ADHD*. *J Abnormal Child Psychol* 20: 213-232.

Casat CD, Pearson DA, Van Davelaar MJ ve ark. (1995) *Methylphenidate effects on a laboratory aggression measure in children with ADHD*. *Psychopharmacol Bull* 31:353-356.

Conners CK (1969a) *A teacher rating scale for use in drug studies with children*. *Am J Psychiatry* 126: 667-682.

Conners CK (1969b) *A teacher rating scale for use in drug studies with children*. *Am J Psychiatry* 126: 884-888.

Conners CK (1973) *Rating scales for use in drug studies with children*. *Psychopharma Bull (special issue-pharmacotherapy with children)*: 24-84.

Conners CK (1970) *Symptom patterns in hyperkinetic, neurotic and normal children*. *Child Dev* 41:667-82.

Conners CK, Epstein JN, March JS ve ark. (2000) *Multimodal treatment of ADHD in the MTA: An alternative outcome analysis*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 40:159-167.

Ercan ES, Aydın C (1999) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Gendaş Yayınevi, Ankara*.

Ercan ES, Varan A, Deniz Ü (2005) *Effects of combined treatment on Turkish children diagnosed with attention deficit/hyperactivity disorder: A preliminary report combined treatment of ADHD*. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 15:203-219.

Erol N, Arslan BL, Akçakın M (1995) *The adaptation and standardization of the child behavior checklist among 6-18 year-old Turkish children*. In: *Eunethydis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder Sergeant J*, ed. Zurich: Fotorotar.

Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C ve ark. (2003) *The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?* *World Psychiatry* 2:104-13.

Greenhill LL, Halperin HM, Abikoff H (1999) *Stimulant medications*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38: 503-512.

Hechtman L, Abikoff H (1995) *Multimodal treatment plus stimulants vs stimulant treatment in ADHD children: results from a two year comparative treatment study*. *Proceedings of the Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. New Orleans, s: 17-22.

Hechtman L, Abikoff H, Klein RG ve ark. (2004) *Academic achievement and emotional status of children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 812-819.

Hechtman L, Abikoff H, Klein RG ve ark. (2004) *Children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment: Impact on parental practices*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43: 830-837.

Jensen PS, Garcia JA, ve ark. (2005) *Cost-effectiveness of ADHD treatments: Findings from the multimodal treatment study of children with ADHD*. *Am J Psychiatry* 162:1628-36.

Jensen PS, Arnold LE, Swanson JM ve ark. (2007) *3-year follow-up of the NIMH MTA study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 46:989-1002.

Klein RG, Abikoff H, Hechtman L ve ark. (2004) Design and rationale of controlled study of long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment in children with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 43:792-801.

MTA Cooperative Group (1999a) A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56:1073-1086.

MTA Cooperative Group (1999b) Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: The multimodal treatment study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 56:1088-1096.

Molina BS, Hinshaw SP, Swanson JM ve ark. (2009) The MTA at 8 years: Prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48:484-500.

Öner N (1997) Türkiye'de Kullanılan Psikolojik Testler; Bir Başvuru Kaynağı, Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul.

Pappadopulos E, Jensen PS, Chait AR ve ark. (2009) Medication adherence in the MTA: Saliva methylphenidate samples versus parent report and mediating effect of concomitant behavioral treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 48:501-10.

Pliszka S; AACAP (2007) Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 46:894-921.

Schachar RJ, Taylor E, Wieselberg M ve ark. (1987) Changes in family functioning and relationships in children who respond to methylphenidate. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26:728-732.

Shelton TL, Barkley RA, Crosswait C ve ark. (2000) Multimethod psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: Two-year post-treatment follow-up. *J Abnorm Child Psychol* 28: 253-266.

Spencer T, Biederman J, Wilens T ve ark. (1996). Pharmacotherapy of attention-deficit hyperactivity disorder across the life cycle. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35: 409-432.

Şener Ş, Uluğüven Ç, Sertcan Y (1992) Türk örnekleminde Conners ölçeklerinin normatif ve faktör yapısı verileri. 1992 Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi günlerinde sunulmuş bildiri.

Şener Ş, Dereboy Ç, Dereboy İF ve ark. (1995) Conners öğretmen derecelendirme ölçeği Türkçe uyarlaması-1. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2:131-141.

Turgay A (1994) *Disruptive Behavior Disorders Child and Adolescent Screening and Rating Scales for Children, Adolescents, Parents and Teachers*. West Blomfield: Integrative Therapy Institute Publication.