

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA ANNE BABA ÖĞRETMEN EĞİTİMİ: GÖZDEN GEÇİRME

Özlem Erman*

ÖZET

Amaç: Bu yazıda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda (DEHB) anne baba ve öğretmen eğitiminin gelişimi, uygulama biçimleri, etkinliği ve sonuçları gözden geçirilecektir. **Yöntem:** Son 15 yıl içinde DEHB'da anne baba öğretmen eğitimi konusunda yapılmış olan çalışmalar taranmıştır. Sadece anne baba eğitimi konu alan çalışmaların yanı sıra anne baba eğitiminin diğer tedavi yöntemleri ile birlikte uygulandığı karşılaştırmalı çalışmalar da gözden geçirilmiştir. **Sonuç:** Anne baba ve öğretmen eğitimi DEHB'nda etkinliği kanıtlanmış tedavi yöntemlerinden birisi olarak kabul edilmektedir. Kısa süreli çalışmalarda ve az sayıda izleme çalışmasında gerek çocuğun davranışları gerekse anne baba tutumları ve çocukla ilişkiler üzerinde oldukça etkin olduğu bildirilmektedir. Psikostimulan ilaçlarla yapılan karşılaştırmalı çalışmalarda kısa dönemde etkinlik açısından ilaçlarla anne baba eğitimi arasında fark bulunmazken, uzun süreli izleme çalışmalarında tedavinin kalıcılığı ve DEHB'na eşlik eden diğer sorunlar açısından ilaç ve psikososyal tedavilerin birlikte uygulanması daha etkin bulunmuştur. **Tartışma:** DEHB'nda anne baba öğretmen eğitimi ve birleşik tedavilerin etkinliği konusunda özellikle okul öncesi dönem ve ergenlik dönemindeki olgular ve başka psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği olgular konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Tedavinin uzun süreli etkinliği konusunda daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. **Anahtar Sözcükler:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anne baba eğitimi, öğretmen eğitimi, birleşik (kombine) tedaviler

SUMMARY : PARENT AND TEACHER TRAINING IN ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER: REVIEW

Objective: Improvement, practice and effectiveness of the parent and teacher training in ADHD will be reviewed in this article. **Method:** The studies on the parent and teacher education in ADHD on the last 15 year have been reviewed. In addition, combined studies and comparative studies have been reviewed. **Result:** Training of the teacher and parents should be accepted as an effective mode of treatment in ADHD. In short term studies and few follow-up studies it has been found very effective on the patient behavior, parent attitude and their relations with the child. When psychostimulant drugs were compared with parent education, in short term studies no difference was found in their effects, while in long term studies, combined studies were found superior for the permanency of the effects and for the additional problems accompanying ADHD. **Discussion:** Parent and teacher education have been studied and found effective in ADHD while there is not enough information on their effects on the comorbid psychiatric disorders, preschool and adolescence periods. Long term efficacy of the treatment should also be widely studied.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, parent training, teacher training, combined treatments

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Aşırı Hareketlilik Bozukluğu (DEHB), çocuğun yaşına ve gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik, ataklık (impulsivite) ve dikkat süresinin kalıcı ve sürekli olarak kısılması ile kendini gösteren bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (APA 1994). Çocukluk çağının en sık görülen ruhsal bozukluğudur. Bireyin akademik başarısı, aile hayatı, sosyal ilişkileri

leri ve benlik saygısı üzerine olumsuz etkileri olmaktadır. Çocukluğunda bu tanıyı almış olanların önemli bölümünde (%70-80) belirtilerin ergenlik döneminde devam ettiği, %60'ında ise erişkinlikte de sürdüğü bildirilmektedir (Ingram ve ark. 1999). Bu süreç içinde sıklıkla tabloya başka psikiyatrik ve sosyal sorunlar eklenmektedir (Weiss ve Hetchman 1993). Sonuç olarak DEHB gerek sıklığı ve bireylerin yaşamındaki yaygın olumsuz etkileri gerekse topluma getir-

*Uzm.Dr., İMGE Ruh Sağlığı ve Danışma Merkezi, Ankara

diği ekonomik yük nedeniyle en önemli ruh sağlığı sorunlarından birisidir. Bu nedenle özellikle son yıllarda bu sorunun etkin bir biçimde ele alınması ve tedavi yöntemleri üzerine çalışmalar yoğunlaşmıştır.

Bu yazıda DEHB tedavisinde etkinliği kanıtlanmış olan anne baba öğretmen eğitiminin gelişimi, farklı uygulama biçimleri ve etkinliği gözden geçirilecektir. Bu amaçla bu tedavi yönteminin DEHB olgularında tek başına ya da ilaç ve diğer psikososyal tedavilerle birlikte uygulandığı araştırmalar incelemeye alınmıştır.

Tarihçe

Anne baba eğitiminin temelleri Han'ın 1969 yılında çocukların karşı gelmelerini ortadan kaldırmayı amaçlayan 2 aşamalı programına dayanmaktadır (aktaran Barkley 1997). Bu eğitimde önce, anne babalardan çocuğun uyumlu davranışlarına olumlu bir şekilde ilgi göstermeleri ve uygun olmayan davranışları göz ardı etmeleri; ikinci aşamada da çocuğun karşı gelici bir davranışının hemen ardından mola zamanı uygulaması önerilmiştir. Bu iki davranışçı teknik terapistlerin gözetmenliğinde klinikte uygulamalı olarak öğretilmiş ve ailelerin evde de uygulamalarına yardımcı olarak kısa yazılı notlar verilmiştir. Daha sonra Forehand ve McMahon (1981) bu programın, karşı gelme belirtilerinin yanı sıra saldırganlık ve diğer davranış sorunlarında da etkili olduğunu göstermişlerdir. Barkley (1990) DEHB, karşı gelme bozukluğu ve bazı davranım bozukluğu olgularının anne babaları için Han'ın modeline, anne babalara sorunlu davranışların nedenlerinin açıklandığı bir görüşme ve ödül-ceza sistemleri ekleyerek sosyal öğrenmeye dayalı bir anne baba eğitimi modeli geliştirmiştir. Daha sonra DEHB ve diğer davranış sorunları için pek çok aile ve öğretmen eğitimi programı yayınlanmıştır (Dangel ve Polster 1984, Barkley 1990, Anastopoulos ve ark. 1993, Barkley 1997).

DEHB'nda anne baba ve öğretmen eğitiminin temel amaçları:

DEHB konusunda ayrıntılı bilgi vermek, bu bilgilerin çocuğu daha iyi anlama ve uygun ilişki kurmada kullanabilmesini sağlamak;

Çocuğun uyumsuz davranışları ile başedebilme-yi sağlayacak belirli davranışçı teknikleri öğretmek;

DEHB olan birey için evde ve okulda uygun bir çevre oluşumunu sağlamak;

Anne baba ve öğretmenlerin ortak bir dil ile işbirliği yapabilmelerini sağlamak.

Uygulama Yöntemleri

Çeşitli merkezlerde farklı anne baba öğretmen eğitimi programları uygulanmakla birlikte bunların bazı ortak noktaları vardır (Barkley 1997, Anastopoulos ve ark. 1993, Turgay 2001). Ailede programın uygulanmasını ve işbirliğini engelleyecek düzeyde iletişim sorunları, anne babadan birinde önemli psikiyatrik bir sorun varsa, çocuğun dil gelişimi yaşına uygun değilse, çocukta eşlik eden ağır bir psikiyatrik bozukluk varsa aile anne baba eğitim programına hemen alınmaz, öncelikle diğer sorunların üzerine gidilmesi önerilir. Program haftada bir gün ve 2 saatlik görüşmeler şeklinde 8-16 hafta süreyle uygulanır. Programların çoğunda anne babalar grup halinde uygulamaya katılırlar ancak bazı programlar bireysel görüşmeleri de içermektedir. Gruplara katılacak kişi sayısı da farklılıklar göstermektedir. Bazı eğitimler 6-8 aile ile kapalı grup şeklinde yapılırken bazılarında sayı sınırlaması yoktur ve açık gruplar yapılmaktadır. Anne baba eğitimi önemli ölçüde öğrenmeye ve çeşitli becerileri geliştirmeye dayalı bir teknik olduğundan programa düzenli katılım önemlidir. Anne ve babanın birlikte katılımı uygun görülmektedir. Bunun mümkün olmadığı durumlarda katılamayan bireyin okuma materyali ya da teyp kaydı ile aktarılanları izlemesi ve evdeki uygulamalara katılması istenir. Katılımcılara programa göre önceden okuma materyalleri dağıtılır. Öğretilen davranışçı tekniklerin evde ve

okulda uygulanması istenir ve sonraki görüşme-
de bu uygulamalar tartışıldıktan sonra yeni uy-
gulamalara geçilir. Eğitimlerde anlaşılabilirliği
arttıracak görsel materyalden (dia, video, film
gibi) faydalanılır.

Tablo 1'de bir anne baba eğitim programı örnek
olarak verilmiştir. Bu programın içeriği uygula-
nan merkezin yaklaşımına ve katılımcıların ge-
reksinimlerine göre değişebilmektedir.

Tablo 1: Anne Baba Eğitimi Programı

1. DEHB belirtileri, nedenleri, yaşam boyu süreç,
tanı ve ayırıcı tanı.
2. DEHB'nun tedavisinin gözden geçirilmesi (ilaç ve
diğer tedaviler)
3. Anne baba-çocuk ilişkileri ve davranışların göz-
den geçirilmesi; davranış sorunlarıyla başetmede
temel ilkeler
4. Olumlu davranışları destekleme, özel zaman
uygulaması, etkili yönerge verme
5. Evde puan sistemi uygulaması, uygun
davranışları puan ile ödüllendirme
6. Uygun olmayan davranışlarda ceza puanı ya da
puanın geri alınması
7. Ceza zamanı uygulaması
8. Ev dışındaki davranışlara yönelik uygulamalar
9. Ev ödevleri ve evde ders çalışma stratejileri ve
okulla ilişkiler
10. Kardeşlerin ele alınması ve sosyal beceri sorunları
11. Programın gözden geçirilmesi ve genel tartışma

İlk görüşmede ailelere DEHB'nun temel belirti-
leri, nedenleri, değişik yaşlardaki görünüşleri,
tanı süreçleri ve olumlu özelliklerinden söz edi-
lir. Ailelerin sorunun biyolojik yönünü anlama-
ları çocuklarına ya da kendilerine yönelik suçla-
maları azaltması açısından önemlidir. İkinci top-
lantıda DEHB'nun tedavisi detaylı olarak ele alı-
nır. Burada amaç ailenin farklı tedavi seçenekle-
rinin etkinliğini öğrenmeleri ve gerek ilaç gerek-
se diğer tedavilere ilişkin önyargıların azaltıl-
masıdır. Bu bilgilendirme aşamaları tamamlan-
dıktan sonra davranış sorunlarının olası neden-
leri gözden geçirilir. Anne baba çocuk arasında
yaşanan etkileşim süreçleri ve davranış sorunla-
rıyla baş etmede temel ilkeler ele alınır. DEHB
olan bireyler için olumlu etkileşimin önemi vur-
gulanır ve anne babalara çocuğa olumlu ve etki-

li bir biçimde ilgi gösterebilmelerini sağlayacak
özel zaman uygulaması, olumlu davranışları
destekleme ve çocuğun kendi kendine oyalan-
masının sağlanması gibi uygulamalar öğretilir.
Bu aşamada somut ödüllerden çok anne babanın
çocuğu övmesi, desteklemesi, takdir etmesi gibi
sosyal ödüller kullanılır. Daha sonraki görüşme-
lerde ise olumlu davranışlar için çocuğun yaşı-
na uygun olacak biçimde puan, ödül kartı, jeton
gibi somut ödüllendirmelerin kullanımına geçil-
mektedir. Bu uygulama sırasında önce sadece
olumlu davranışlar ödüllendirilir, daha sonra
olumsuz davranışlarda ödül kartını geri alma ya
da ceza puanı verme uygulamasına geçilir.
Özellikle okul öncesi ve ilkökul çağındaki çocuk-
ların tutturma, öfke nöbeti ya da karşı gelici dav-
ranışları için ceza zamanı uygulaması öğretilir.
DEHB olan bireyler sıklıkla sosyal ilişkilerde so-
runlar yaşadıkları için anne babalarla çocukları-
nın sosyal becerilerini nasıl geliştirebilecekleri
konuşulur. DEHB olan çocukların kardeşleri de
çeşitli sorunlar yaşamaktadırlar bu nedenle ayrı
bir görüşmede kardeşlerin yaşayabileceği sorun-
lar ve bu sorunların çözümleri ele alınır. Eğitim
süresince aktarılan yöntemleri anne babaların
evde uygulamaları ve bir sonraki toplantıda
bunların tartışılması eğitim etkinliğini için ge-
reklidir. Son görüşmede ise ailelerle genel bir
gözden geçirme yapılır. Bu son görüşmeden 1-2
ay sonra tekrar bir araya gelinir ve çocuk ve aile-
lerdeki gelişmeler ve eğitimin etkinliği tartışılır.

Öğretmen eğitimi

DEHB'nda en az anne babanın eğitimi kadar
önemli olan bir tedavi yöntemi de öğretmen eği-
timi ve öğretmenin tedavinin bir parçası haline
gelmesidir. Ancak anne baba eğitimi programla-
rı konusunda genel olarak bir fikir birliği oluş-
muş olmasına karşın, öğretmen eğitimi konu-
sunda birbirinden çok farklı yaklaşımlar izlen-
mektedir. Eğitimi veren kişi ile öğretmenin bir
araya gelme şekli ve sayısında önemli farklılıklar
vardır. Öğretmen eğitiminin etkinliğinin araştı-
rıldığı çalışmaların bazılarında çalışma süresi
içinde klinisyen öğretmen ile 1-3 telefon görüş-
mesi yaparken (Horn ve ark. 1991); haftalık kar-

şıklı görüşmelerin yürütüldüğü araştırmalar da vardır (Pelham ve ark. 1988). Bu çalışmalarda uygulanan öğretmen eğitimi programları birbirinden farklı olmakla birlikte tümünde bu eğitimin okuldaki sorunlu davranışları önemli ölçüde azalttığı bildirilmiştir. Öğretmen ölçeklerindeki puanların öğretmen ile görüşmelerinin sayısı ile orantılı olarak değiştiği ve sadece anne baba eğitimi ile okul puanlarında belirgin düzelme sağlanamadığı bildirilmiştir (Pelham ve ark. 1988, Klein ve Abikoff 1997, MTA Cooperative Group 2000).

Öğretmen eğitimi uygulamasında öğretmenlere DEHB konusunda ayrıntılı bilgiler verilir; okulda yaşanabilecek çeşitli davranışlara yönelik başatme yöntemleri konuşulur; çocuğun davranışlarının objektif olarak izlenmesini sağlayacak günlük davranış bildirim kartlarının kullanılması önerilir. Çocukta var olan problem davranışlar göz önünde bulundurularak hazırlanan bu kart günlük olarak öğretmen tarafından doldurulur. Bu sistem çocukta davranış kontrolüne yardımcı olur, düzenli ve objektif bir izlem sağlar ve aile ile öğretmen arasında iletişime yardımcı olur (Kelly ve McCain 1995).

Tablo 2: Öğretmen Eğitimi Programı

1. Okulla bağlantı ve kurulması ve işbirliği konusunda anlaşma sağlanması
2. Öğretmenin DEHB konusunda bilgilendirilmesi,
3. Sınıfta uygun ortam oluşturulması, sınıf kurallarının belirlenmesi
4. Günlük davranış bildirim kartı düzenlenmesi
5. Olumlu davranışların desteklenmesi, uygun olmayan hafif düzeyde davranışların gözardı edilmesi
6. Etkili yönerge vermek uyarıda bulunmak
7. Okulda puan sistemi, olumlu davranışları puan ile ödüllendirme
8. Uygun olmayan davranışlarda ceza puanı ya da puanın geri alınması
9. Ceza zamanı uygulaması
10. Ev ve okul sistemlerinin birleştirilmesi.

Türkiye’de Anne Baba ve Öğretmen Eğitimi

Ülkemizde son beş yıldır oldukça az sayıda birkaç merkezde ABD ve Kanada’da uygulanan an-

ne baba eğitimlerine benzer programlar uygulanmakta ve klinik gözlemlere göre olumlu sonuçlar alınmaktadır (Ercan ve ark. 2001, Ercan ve Aydın 1999, Erman 2000, Öktem 1996). Ancak gerek çocuklar gerekse anne babalar üzerindeki etkilerine ilişkin yayınlanmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Anne baba eğitimi gruplarının ülkemiz için diğer bir önemli katkısı ise anne babaları bir araya getirme ve bir güç birliği oluşturma konusunda desteklemektir. Bu gruplara katılan anne babalar çocuklarına daha fazla yardımcı olabilmek için merkezi Ankara’da olan “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ve Özel Öğrenme Bozukluğu Derneği” ni kurmuşlardır. Öğretmen eğitimi ise klinik uygulamaların bir parçası olarak tek tek olguların öğretmenleri ile yapılan konsültasyonlar, işbirliği çalışmaları ve okul konferansları çerçevesinde yapılmakta ancak sistematik bir program uygulanmamaktadır.

Anne Baba Öğretmen Eğitiminin Etkinliği

Anne baba eğitiminin sonuçlarını araştırmak amacıyla yapılan çalışmaların bir kısmında sadece anne baba eğitimi uygulaması yapılmış ve sonuçlar çocuğun davranışları ya da anne baba çocuk ilişkisi, anne babanın sorunla başedebilme becerileri ve kendilerine güven gibi parametreler kullanılarak değerlendirilmiştir (Tablo 3). Bu çalışmalarda tedavinin sonunda çocuklarda DEHB’nun temel belirtilerinde ve eşlik eden karşı gelme ve yıkıcı davranışlarda azalma, anne babalarda iletişim becerilerinde değişiklikler, davranış kontrolü ve başa çıkma becerilerinde artış, streste azalma ve anne babalığa ilişkin özgüvende artış bildirilmiştir. Anastopoulos ve arkadaşları tedaviden 2 ay sonra (1993), Pfiffner ve McBurnett 4 ay sonra (1997) Danforth ve arkadaşları 6 ay sonra olumlu değişimlerin devam ettiğini bildirmişlerdir (1998). Ancak daha uzun süreli izleme çalışması yapılmamıştır.

Anne baba eğitimi etkinliği çalışmalarının çoğu ilkökul çağındaki çocuklarla yapılmıştır. Okul öncesi çocuklarıyla yapılmış olan çalışmalarda kısa dönemde olumlu etkiler bildirilmekle birlikte (Erhardt ve Baker 1990, Pisterman ve ark. 1992) uzun süre sonraki izlemlerde bu etkinin

Tablo 3: Anne Baba Eğitimi Etkinliği Çalışmaları

Yazar-Yıl	Örneklem	Yöntem	Sonuç
Erhardt ve Baker (1990)	Okul öncesi	• Anne baba eğitimi	Çocukların problem davranışlarında azalma Anne baba çocuk ilişkisinde olumlu değişiklik Anne babaların başedebilme becerilerinde artış
Jacobson ve Truax (1991)	İlkokul	• Anne baba eğitimi	DEHB belirtilerinde %67 azalma
Pisterman ve ark. (1992)	Okul öncesi	• Anne baba eğitimi	Çocukların uyumunda artış Anne babaların iletişim ve başa çıkma becerilerinde olumlu değişiklikler
Anastopoulos ve ark. (1993)	İlkokul	• Anne baba eğitimi • Bekleme listesi • 2 aylık izleme	Çocuklarda klinik olarak belirgin düzelme Anne babalarda stresde azalma, kendine güvende artış 2 ay sonra düzelme devam ediyor
Pfiffner, McBurnett (1997)	DEHB	• Sosyal Beceri Eğitimi • SBE + Anne baba eğitimi • 4 aylık izleme	Her iki tedavi grubunda da sosyal becerilerde düzelme, yıkıcı davranışlarda azalma 4 ay sonra düzelme devam ediyor
Danforth (1998)	DEHB+karşı gelme boz.	• Anne baba eğitimi • 6 aylık izleme	Karşı gelme davranışlarında azalma Annelerde başa çıkma becerilerinde artış ve stresde azalma 6 ay sonra düzelme devam ediyor
Barkley ve ark. (2000)	DEHB+yıkıcı davranışlar	• Anne baba eğitimi • Kreşte tedavi sınıfı • Kombine T.	Okulda tedavi uygulanan iki grupta yıkıcı davranışlarda azalma var Sadece A/B eğitimi okulda düzelme sağlamıyor
Shelton ve ark. (2000)	Okul öncesi	• Kontrol grubu • 2 yıllık izleme	Tüm tedaviler sonlandırıldıktan sonra 2. yıl izlemeye gruplar arasında fark yok.

kalıcı olmadığı bulunmuştur (Shelton ve ark. 2000).

Anne baba eğitimi çalışmalarında örneklem grubundaki çocukların bazılarının psikostimulan ilaç alıyor olmaları tedavinin etkinliği açısından karıştırıcı bir değişken olarak göz önünde bulundurulmalıdır. Eğitim sonrasında çocukların DEHB belirtilerinin şiddetindeki azalmanın hangi tedavi ile ilişkili olduğu belirli değildir. Bu belirtilerin çoğunlukla sadece anne babalar tarafından değerlendirilmiş olması da bir kısıtlılıktır. Konu hakkında daha fazla bilgi sahibi olmak ve olumsuz davranışlarla daha iyi baş edebilmeyi öğrenmek tedavinin sonunda bu belirtilerin da-

ha hafif algılanmasına neden olmuş olabilir. Tüm bu kısıtlılıklarına rağmen bu çalışmaların önemli bir sonucu anne baba eğitiminin anne baba tutumları ve çocukla ilişkiler üzerine olumlu etkilerinin gösterilmiş olmasıdır.

Birleşik Tedavi Çalışmaları

Kuramsal olarak birleşik tedavilerin etkinliğinin sadece farmakolojik tedaviler ya da sadece davranışçı terapilerden daha üstün olduğu düşünülmektedir. DEHB olgularında bu hipotezin test edildiği pek çok eski ve yeni çalışma olmakla birlikte örneklem grupları, tedavi süreleri, uygulanan psikososyal tedavilerin türü ya da ilaç

Tablo 4: Birleşik Tedavi Çalışmaları

Yazar-Yıl	Örneklem	Yöntem	Sonuç
Firestone ve ark. (1986)	DEHB (73)	- İlaç(MPH)* - Anne baba eğitimi 2 yıllık izleme	Kısa süreli çalışmalarda ilaç, anne baba eğitimine göre daha etkin Uzun süre izlemde 2 tedavi arasında fark yok
Horn ve ark. (1991)	DEHB (96) İlkokul	- İlaç(MPH yüksek ve düşük doz) - İlaç+anne baba eğitimi+ çocuğa bireysel kontrol becerileri Çiftkör-Plasebo	İlaç ile kombine terapiler arasında fark yok Yüksek doz ilaç tedavisi ile düşük doz ilaç+anne baba eğitimi+bireysel terapi benzer sonuçlar Kombine tedavi daha düşük ilaç dozu ile tedaviyi mümkün kılıyor
Ialongo ve ark. (1993)	DEHB (95) İlkokul	- İlaç(MPH) - İlaç+anne baba eğitimi+ çocuğa bireysel kontrol becerileri Çiftkör-plasebo İzleme	Tedaviden 9 ay sonra kombine tedavi grubundakilerde düzelme devam ediyor; ilaç grubunda orta düzeyde geri dönüş var
Klein ve Abikoff (1997)	DEHB (89) İlkokul	- İlaç(MPH) - Anne baba eğitimi+plasebo - Anne baba eğitimi+MPH İzleme	Birleşik tedavi ile genel düzelme oranı (%93) sadece ilaç (%70) ve sadece anne baba eğitiminden (%63) daha yüksek Birleşik tedavi grubunda ilaç kesildikten sonra düzelme sürüyor
Schachar ve ark. (1997)	DEHB (91)	- İlaç (MPH)+A/B eğitimi - Plasebo+A/B eğitimi - Anne baba destek grubu - MPH+ A/B destek grubu	Anne baba eğitimi hiç bir grupta etkin bulunmamış. Ancak anne babaların eğitim toplantılarına katılma oranı çok düşük olarak belirtilmiş.
Kolko ve ark. (1999)	DEHB+ komorbid DB (22) hastanede	- İlaç (MPH düşük ve yüksek doz) - Davranış modifikasyonu	Her iki tedavi formunda kendine özgü etkileri var Birleşik tedavileri destekliyor
Klassen ve ark. (1999)	18 yaş altı DEHB (999) Gözden geçirme	26 çalışma - İlaç (MPH) - Davranışçı yaklaşımlar - Birleşik tedaviler	Sadece ilaç ile belirgin düzelme var Sadece davranışçı teknikler etkili değil Kombine tedavilerle ilaç arasında belirgin fark yok
The MTA Coop. Group (2000)	DEHB İlkokul (579)	- İlaç (MPH) - Yoğun davranışçı tedaviler (aile-çocuk-okul) - Kombinasyon 2 yıllık izleme	İlaç, DEHB belirtileri için diğer tedavilerden üstün Kombine tedaviler, DEHB'na eşlik eden diğer belirtiler ve işlevsellik açısından ilaçtan daha üstün

* MPH = Metilfenidat

dozları farklı olduğundan genel bir sonuca ulaşmak mümkün olmamaktadır. Bu çalışmaların bazılarında birleşik tedaviler DEHB temel ve eşlik eden belirtileri ve aile işlevleri açısından daha etkin bulunmuştur (Pelham ve ark. 1988, Klein ve Abikoff 1997, Kolko ve ark. 1999). Bazı çalışmalarda ise özellikle DEHB belirtilerindeki düzelme açısından ilaç ve birleşik tedaviler arasında fark bulunmamıştır (Horn ve ark. 1991, Klasen ve ark. 1999, NIH 2000).

Farklı tedavi yöntemlerini karşılaştırmak açısından bugüne kadar yapılan en geniş kapsamlı çalışma Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün (NIMH) çok merkezli olarak yürüttüğü çok boyutlu tedavi çalışmasıdır (MTA Cooperative Group 1999). ABD ve Kanada'da altı farklı merkezden 7-11 yaşlar arasında ve DEHB tanısı almış olan 579 çocuk ile yapılmıştır. Olgular, ilaç tedavisi, yoğun davranış terapisi programı, birleşik tedavi (ilaç ve yoğun davranış terapisi) ve karşılaştırma grubu (o dönemde ABD ve Kanada'da uygulanan standart tedaviler) olmak üzere dört tedavi yönteminden birine alınmış ve 14 ay süreyle izlenmişlerdir. Yoğun davranış terapisi anne baba eğitimi, okul konsültasyonu ve çocukların katıldığı yoğun yaz kampı programından oluşmuştur. Dört farklı tedavinin etkinliğini karşılaştırmak üzere 50'den fazla ölçme aracı kullanılmış ve sonuçlar farklı boyutlarıyla çeşitli yazarlar tarafından yayınlanmıştır. En belirgin düzelme ilaç ve birleşik tedavi gruplarında görülmüş ancak DEHB belirtileri dışındaki yıkıcı davranışlar, kaygı, depresyon, sosyal beceri sorunları, akademik sorunlar, anne babayla ilişki zorlukları gibi parametreler açısından birleşik tedaviler, ilaçtan daha üstün bulunmuştur (Hinshaw ve ark. 2000, Wells ve ark. 2000). Çocukların okuldaki yıkıcı davranış sorunlarının azalması en fazla birleşik tedavi grubunda olmuştur (Hinshaw ve ark. 2000).

DEHB'nda farklı tedavi yöntemlerinin etkinliği açısından oldukça önemli olan bir konu da tedavinin kalıcılığıdır. Ancak ilaç ya da psikososyal tedaviler sonlandırıldıktan sonra tedavi ile sağlanan değişimlerin devam edip etmediği ya da hangilerinin devam edeceği konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Bu konuda az sayıda

uzun süreli izleme çalışmasında ilaç ile birleşik tedaviler arasında fark olmadığı (Firestone ve ark. 1986, MTA Cooperative Group 1999) ya da birleşik tedavi sonrasında olumlu etkilerin devam ettiği (Pelham ve ark. 1988, Ialongo ve ark. 1993, Klein ve Abikoff 1997) şeklinde çelişkili sonuçlar bildirilmektedir.

DEHB'nda tedavinin etkinliği çalışmalarının sonuçlarını belirleyen önemli değişkenlerden birisi de örneklem gruplarıdır. Örneklemi oluşturan olguların yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik özellikleri, tanı ve eşlik eden tanıları ve aileye ait değişkenlerin tedavi sonuçlarını nasıl etkilediği konusunda yeterli bilgi bulunmamaktadır. Yapılan çalışmaların önemli bir bölümünde olgular ilköğretim çağında ve DEHB tanısı almış olan çocuklardır. Okul öncesi ve ergenlik dönemine ilişkin çalışmalar oldukça azdır. Oysa gerek DEHB'nun erken dönemlerde başlayıp olması gerekse bu dönemde ilaç kullanımının daha kısıtlı olarak uygulanabilmesi nedeniyle okul öncesi çocuklarda anne baba eğitiminin önemi artmaktadır. Ergenlik döneminde ise tabloya sıklıkla başka komorbid tanılar eklenmekte tedavi güçleşmektedir (Erman ve ark. 1999). Ülkemizde DEHB olan çocuklarda aile işlevlerinin değerlendirildiği bir çalışmada özellikle 9-14 yaş grubunda aile işlevlerinde sorunların arttığı bulunmuş ve bu dönemde anne baba eğitiminin önemi vurgulanmıştır (Pekcanlar ve ark. 1999).

SONUÇ VE ÖNERİLER

DEHB'nda anne baba eğitimi gerek çocukların karşı gelme, saldırganlık ve diğer davranış bozuklukları gerekse anne baba tutumları ve aile işlevleri açısından etkinliği kanıtlanmış bir tedavi yöntemi olarak bildirilmektedir. Tedavi programının içine okulun da alınması ve öğretmen eğitiminin önemi de pek çok araştırmacı ve klinisyen tarafından vurgulanmaktadır (DuPaul ve Eckert 1997). İlaç ve psikososyal tedavilerin kombinasyonu gerek birbirlerinin etkisini arttırmaları gerekse tamamlamaları nedeniyle en fazla önerilen tedavi biçimidir (Kolko ve ark. 1999, MTA Cooperative Group 2000). Ancak bu tedavilerin uzun süreli etkileri, farklı yaş ve tanı

gruplarında uygulama biçimleri ve sonuçları konusunda daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.

Ülkemizde anne baba eğitimi ABD ve Kanada'da uygulanan programlar temel alınarak uygulanmaktadır. Ancak gerek çocuk yetiştirme tutumları gerekse ailelerin sahip oldukları alt yapı bakımından bazı farklılıklar söz konusudur. Bu nedenle yabancı programlar üzerinde bu kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara göre bazı düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Büyüyük örneklem gruplarıyla çok merkezli çalışmalar yapılması bu konudaki bilgi birikimini arttıracak ve bu programların daha etkin bir biçimde uygulanmasına yardımcı olacaktır.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Ed (DSM-IV)* Washington DC, APA 46-53.
- Anastopoulos AD, Dupaul GJ, Barkley RA (1991) Stimulant-medication and parent training therapies for ADHD. *J Learn Dis* 24(4):210-218.
- Anastopoulos AD, Shelton TL, DuPaul GJ, Guevremont DC (1993) Parent training for attention-deficit hyperactivity disorder: its impact on parent functioning. *J Abnorm Child Psychol* 21(5): 581-596.
- Barkley RA (1990) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Guilford Press, New York.
- Barkley RA (1997) *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training*. Guilford Press, New York.
- Barkley RA (2000) Commentary on the multimodal treatment study of children with ADHD. *J Abnorm Child Psychol* 28(6):595-599.
- Danforth JS (1998) The outcome of parent training using the behavior management flow chart with mothers and their children with oppositional defiant disorder and attention-deficit disorder. *Behav Modif* 22(4):443-473.
- Dangel RF, Polster RA (1984) *Parent Training*. Guilford Press, New York.
- DuPaul GJ, Eckert TL (1997) The effects of school-based intervention for ADHD: a meta analysis. *School Psychol Rev* 26:5-27.
- Ercan ES, Erdoğan İ, Tamar M, Aydın C (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocukların tedavisinde anne-baba eğitiminin uygulanması. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü içinde Ayla Soykan Aysev (ed) Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.*
- Ercan ES, Aydın C (1999) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Özellikleri-Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri*. Gendaş Yayınları, İstanbul.
- Erhardt D, Baker BL (1990) The effects of behavioral parent training on families with young hyperactive children. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 21(2):121-32.
- Erman Ö, Turgay A, Öncü B, Urdarovic V (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuk ve gençlerde komorbidite: yaş ve cinsiyet farklılıkları. *Çocuk Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 6(1):12-18.
- Erman Ö (2000) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu- Semptomatoloji ve Aileye Yaklaşım Paneli*. 10. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi Bildiri Kitabı, 10-13 Mayıs 2000, Sarıyerme.
- Firestone P, Crowe D, Goodman JT, McGrath P (1986) Vicissitudes of follow-up studies: differential effects of parent training and stimulant medication with hyperactives. *Am J Orthopsychiatry* 56:184-194.
- Forehand R ve McMahon R (1981) *Helping the Non-compliant Child: A Clinician's Guide to Parent Training*. Guilford Press, New York.
- Horn WF, Ialongo NS, Pascoe JM ve ark. (1991) Additive effects of psychostimulants, parent training, and self-control therapy with ADHD children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:233-40.
- Hinshaw SP, Owens EB, Wells KC ve ark. (2000) Family processes and treatment outcome in the MTA: negative/ineffective parenting practices in relation to multimodal treatment. *J Abnorm Child Psychol* 28(6):555-68.
- Ialongo NS, Horn WF, Pascoe JM ve ark. (1993) The effects of a multimodal intervention with attention-deficit hyperactivity disorder children: a 9-month followup. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32:182-9.
- Ingram S, Hetchman L, Morgenstern G (1999) Outcome issues in ADHD: Adolescent and adult long-term outcome. *Mental Retard Dev Dis* 5 (3):243-250.
- Jacobson NS ve Truax P (1991) Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychology* 59:12-19.
- Kelly ML ve McCain AP (1995) Promoting academic performance in inattentive children: The relative efficacy of school-home notes with and without response cost. *Behav Modif* 19:357-75.
- Klein RG ve Abikoff H (1997) Behavior therapy and methylphenidate in the treatment of children with ADHD. *J Attn Disord* 2:89-114.
- Klassen A, Miller A, Raina P ve ark. (1999) Attention-deficit hyperactivity disorder in children and youth: a quantitative systematic review of the efficacy of different

management strategies. *Can J Psychiatry* 44(10):1007-16.

Kolko DJ, Bukstein OG, Barron J (1999) Methylphenidate and behavior modification in children with ADHD and comorbid ODD or CD: main and incremental effects across settings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(5):578-86.

MTA Cooperative Group (1999) Moderators and mediators of treatment response for children with ADHD: the Multimodal Treatment Study of children with ADHD. *Arch Gen Psychiatry* 56(12):1088-1096.

MTA Cooperative Group (2000) Parenting and family stress treatment outcomes in ADHD: an empirical analysis in the MTA study. *J Abnorm Child Psychol* 28(6):543-53.

National Institute of Health (2000) Consensus development conference statement: diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39(2): 182-193.

Öktüm F (1996) Dikkat eksikliği bozukluğu. *Katık Pediatri Dergisi* 5:826-849.

Pelcanlar A, Turgay A, Miral S, Baykara A (1999) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda aile işlevleri. *Çocuk Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 6(2):99-107.

Pelham WE, Schnedler RW, Bender M ve ark. (1988) The combination of behavior therapy and methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder: a therapy outcome study. *Attention Deficit Disorder içinde, L Bloomingdale (ed) Pergamon Press, Oxford.*

Pfiffner LJ, McBurnett K (1997) Social skills training with parent generalization: treatment effects for children with ADD/ADHD. *J Consult Clin Psychol* 65:749-757.

Pisterman S, Firestone P, McGrath P ve ark. (1992) The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. *Am J Orthopsychiatry* 62(3):397-408.

Schachar RJ, Tannock R, Cunningham C, Corkum PV (1997) Behavioral, situational, and temporal effects of treatment of ADHD with methylphenidate. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36:754-763.

Shelton TL, Barkley RA, Crosswait C ve ark. (2000) Multisystem psychoeducational intervention for preschool children with disruptive behavior: two-year follow-up. *J Abnorm Child Psychol* 28(3):253-66.

Turgay A (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme bozukluğunda anne baba ve öğretmenlerle çalışma. *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Özgül Öğrenme Güçlüğü içinde, Ayla Soykan Aysev (ed) Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara.*

Wells KC, Pelham WE, Kotkin RA ve ark. (2000) Psychosocial treatment strategies in the MTA study: rationale, methods and critical issues in design and implementation. *J Abnorm Child Psychol* 28(6):483-505.

Wells KC, Epstein JN, Hinshaw SP ve ark. (2000) Parenting and family stress treatment outcomes in ADHD: an empirical analysis in the MTA study. *J Abnorm Child Psychol* 28(6):543-53.