

Psikostimulan İlaç Tedavisi Alan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Kişilerarası Sorun Çözme Eğitiminin Katkıları

Celale Tangül Özcan¹, Fahriye Oflaz¹, İbrahim Durukan²

ÖZET:

Psikostimulan ilaç tedavisi alan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocuklarda kişilerarası sorun çözme eğitiminin katkıları

Amaç: Bu araştırma dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konulan ve psikostimulan ilaç tedavisi alan çocuklara uygulanan bir kişilerarası sorun çözme eğitim programı olan "Ben Sorun Çözebilirim (BSÇ)" eğitiminin ilave etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma örneklemini GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD. Kliniğinde tedavisi devam eden ve metilfenidat ilaç tedavisi alan DEHB olan 7-10 yaş arası 8 çocuk oluşturmuştur. Çalışma tek gruplu ön-son test deseninde, yarı deneysel olarak planlanmış; veri toplamak amacıyla "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği" ve "6-18 Yaş Grubu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği (öğretmen formu-TRF/6-18)" kullanılmıştır. Bu çocuklara 14 hafta boyunca bilişsel yaklaşıma dayalı BSÇ eğitimi uygulandıktan sonra ölçekler tekrar verilmiştir.

Bulgular: BSÇ eğitimi sonrasında "karşı gelme", "dikkatsizlik", "hiperaktivite/ dürtüsellik", "anksiyete/depresyon", "sosyal içe dönüklük", "suça yönelik davranışlar" ve "saldırgan davranışlar"ın azaldığı saptanmıştır. TRF/6-18'nin "yeterlilik" alt testinde BSÇ eğitim sonrasında yeterlilik düzeyinin önemli oranda arttığı görülmüştür.

Tartışma: Araştırma sonuçları; DEHB olan çocukların sorunları ile baş etmelerine yönelik psikostimulan tedavisine ilaveten BSÇ eğitiminin yararlı bir eğitim olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, bilişsel kişilerarası sorun çözme eğitimi

Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2010;20:125-131

ABSTRACT:

Contribution of teaching an interpersonal cognitive problem-solving strategy to children with attention deficit hyperactivity disorder treated with a psychostimulant drug

Objective: This study was performed to evaluate the effects of the "I Can Solve the Problem" training program based on "Interpersonal Cognitive Problem-Solving Strategy (ICPS)" in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) treated with a psychostimulant drug.

Method: The sample consisted of 8 children with ADHD who ranged from 7 to 10 years. The study was semi-experimentally designed as pre and post test with one group. The Child Behavior Checklist for Ages 6-18 (Teacher Report Form: TRF/6-18) and the DSM-IV Based Disruptive Behavior Disorders Screening and Rating Scale (parent and teacher forms) were used in order to evaluate the efficacy of the program. The ICPS program was performed to 8 children with ADHD during 14 weeks. After that, the scales were given to all the subjects.

Results: The problems of "oppositional defiant", "attention", "hyperactivity" problems, "anxious/depressed", "withdrawn/depressed", "rule breaking behavior", and "aggressive behaviors" were significantly decreased after the ICPS Program. The sum score subscale significantly increased and improving of "adaptive functioning profile" in TRF/6-18 were observed after the ICPS. The competence level of the children increased and the emotional and behavioral problems in children with ADHD decreased.

Conclusion: We suggest that ICPS Program make an additional contribution into children with ADHD treated with a psychostimulant drug to deal with their assumed problems.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, interpersonal cognitive problem-solving

Bulletin of Clinical Psychopharmacology 2010;20:125-131

¹GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği AD, Ankara- Türkiye
²GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Ankara- Türkiye

Yazışma Adresi / Address reprint requests to:
Celale Tangül Özcan, GATA Hemşirelik Yüksek Okulu, Psikiyatri Hemşireliği AD, Ankara- Türkiye

Telefon / Phone: +90-312 304 39 48

Elektronik posta adresi / E-mail address:
wcelaleozcan@gmail.com

Kabul tarihi / Date of acceptance:
15 Nisan 2010 / April 15, 2010

Bağınıt beyanı:
C.T.Ö, F.O, İ.D.: yok.

Declaration of interest:
C.T.Ö, F.O, İ.D.: none.

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) bireyin gelişim düzeyine uygun olmayan aşırı hareketlilik, dikkat sorunları ve dürtüsellik ana belirtilerini gösteren nöropsikiyatrik bir bozukluktur. DEHB çocukların kişilerarası ilişkiler başta olmak üzere gelişim, eğitim ve yaşantılarının birçok alanını olumsuz etkilemektedir (1). DEHB olan çocukların diğer çocuklara oranla daha fazla sorun yaşadıkları, başta karşı gelme ve saldırgan davranışlar ol-

mak üzere diğer duygu ve davranış sorunlarını daha sık sergiledikleri ve binişik hastalıkların eklenmesi bakımından yüksek risk altında oldukları bildirilmektedir (2,3). Bu tür yıkıcı davranış sorunları sadece çocuğu değil, aile ve toplumu da olumsuz etkilemekte ve yaşam kalitesini düşürmektedir. DEHB olan çocukların sorun davranışlarının çoğu; dikkat sürelerinin kısa oluşundan, aşırı hareketlilikten, dürtüsel davranışlardan ya da diğer bir deyişle davranışlarının sonuçlarını düşünmeden hareket etmelerinden ve isteklerini erteleyememelerinden kaynaklan-

maktadır (4). Bu tür belirtiler çocukların sosyal kuralları öğrenmelerini ve anlamalarını güçleştirmektedir. Bütün bunlar, akran çatışmasına/dışlanmaya, öfkenin etkili biçimde yönetilememesine ve sorun çözmeye beceriksizlikler nedeniyle sosyal ve iletişim becerilerinde ve kişilerarası ilişkilerde sorunlara yol açmaktadır (3,4,5).

DEHB olan çocuklarda kullanılan ilaç tedavileri ana belirtilerin tedavisinde büyük oranda semptomatik iyileşme sağlamasına karşın, eşlik eden bazı davranışların durdurulmasında etkileri sınırlı kalmaktadır. İlaç tedavilerine ek olarak sosyal ilişkilere yönelik kuralların öğretilmesi ve sorun çözme becerilerinin kazandırılmasının olumlu katkıları sağladığı, DEHB'nun tedavisinde psikososyal yaklaşımları da içeren çok yönlü tedavilerin uygulanması gerekliliği vurgulanmaktadır (4,6). Psikososyal tedavilerden olan bilişsel-davranışçı yaklaşımlar ile daha iyi dürtü kontrolü, daha uzun süre düşünerek harekete geçme ve motor hareketliliğin ölçülü bir biçimde gerçekleşmesi sağlanabilmektedir (7).

Bilişsel yaklaşıma dayalı kişilerarası sorun çözme eğitim programı olan "Ben Sorun Çözebilirim (BSC)" eğitiminin sağlıklı çocuklarda sosyal alanda yaşanan olumsuzlukları azalttığı görülmektedir. Bu program Spivack ve Shure tarafından geliştirilmiştir ve temel amacı, çocuklara nasıl düşünmelerini öğretme yoluyla "insanlardan kaynaklanan" sorunları önlemek ve ortaya çıkan sorunları çözebilmelerine yardım edecek düşünme becerilerini kazandırmaktır. Bu yöntem, çocuklara kendi başlarına düşünmeleri için yol göstermekte ve düşüncelerini nasıl değerlendireceklerini öğretmektedir. Çocukları, sorunlarını ele alırken olabildiğince çok sayıda çözüm yolu düşünmeye özendirilmektedir (8,9,10). DEHB olan çocuklarda BSC eğitiminin yapıldığı ile ilgili ülkemizde tek bir çalışma olup (11), dünyada ise sınırlı sayıda (10,12,13). Bu çalışmalarda sağlıklı çocuklar sorun çözme becerilerini kolayca öğrenebildikleri halde, DEHB olan çocukların bunları öğrenmede yardıma gereksinim duydukları ve bunun yapılandırılmış bir eğitim çerçevesinde verilmesi gerekliliği vurgulanmaktadır (10,11,14,15).

Araştırmamızda DEHB olan çocuklara, kişilerarası sorun çözme eğitim programı olan BSC eğitimi ile sağlıklı sorun çözme becerisi kazandırıldığında sorunların çözümünde kullandıkları sağlıksız baş etme ile ilgili belirtilerde azalma olacağı varsayılmaktadır. Bu araştırma, ilaç tedavisi alan DEHB olan çocuklara uygulanan BSC eğitiminin ilave etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM

I. Örneklem ve Çalışma Deseni

Bu çalışma ön-son ölçümlü tek gruplu yarı deneysel desende planlanmıştır. Araştırmaya katılan çocukların (n=8) yaşları 7 ile 10 aralığında değişmekte olup, ortalaması 7.88 ± 0.83 yıldır. Çocukların %75'i (n:6) erkektir. Çalışmaya katılan çocukların %37,5'i (n:3) birinci sınıf, %37,5'i (n:3) ikinci sınıf ve %25'i (n:2) ise üçüncü sınıftır. Çocukların babalarının (n=5) ve annelerinin (n=5) çoğu lise mezunudur. Annelerin %87,5'i (n=7) evhanımı iken babaların %75'i (n=6) memurdur.

Araştırmanın örneklemini Ocak 2008 ile Nisan 2008 tarihleri arasında GATA Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde tedavisi devam eden ve en az bir yıldır metilfenidat ilaç tedavisi alan DEHB tanılı çocuklar oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden 9 çocuğun ailesinden aydınlatılmış onam formu ile gerekli izin yazılı alınarak, ailesine ve öğretmenine Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği doldurtuldu. Ayrıca, öğretmenlerine 6-18 Yaş grubu Çocuk ve Gençler için Davranış Değerlendirme Ölçeği Öğretmen Bilgi Formu verildi. Araştırmaya katılan çocuklardan diğer psikiyatrik bozuklukları olan denekler çalışma dışında tutuldu. Görüşme ve incelemede olası binişik psikiyatrik bozuklukları dışlamak için Çocukluk Depresyon Ölçeği, Durumsal-Sürekli Anksiyete Ölçeği ve Öğrenme Bozuklukları Tarama Listesi uygulandı. Araştırmaya katılmayı başlangıçta kabul edip fakat eğitime devam etmeyen 1 çocuk araştırma dışı bırakıldı. Araştırmaya devam eden 8 çocuğa ve anneleri ile birlikte 14 haftalık BSC eğitimi yapıldı. Ebeveynler, BSC eğitimine aynalı odaya izleyerek ve dinleyerek BSC eğitime katılmıştır. Çalışmanın sonunda, eğitimin bitiminden 10 gün sonra çalışma öncesi uygulanan ölçekler anne-baba ve öğretmenlere tekrar doldurtuldu. Çalışmanın protokolü Gülhane Askeri Tıp Akademisi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

II. Değerlendirme Araçları

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği: DSM-IV tanı ölçütlerine dayalı olarak geliştirilen bu öl-

çek; dikkatsizliği sorgulayan 9 madde, aşırı hareketliliği sorgulayan 6 madde, dürtüsellik sorgulayan 3 madde, karşı gelme bozukluğunu sorgulayan 8 madde ve davranım bozukluğunu sorgulayan 15 maddeden oluşmaktadır. Türk toplumuna uyarlanması ve geçerlilik-güvenirlilik çalışması 2001 yılında yapılmıştır (16).

6-18 Yaş Grubu Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (Öğretmen Bilgi Formu = Teacher Report Form: TRF/6-18): 6-18 yaş grubu öğrencilerin okula uyumunu ve sorun davranışlarını öğretmenlerden elde edilen bilgiler doğrultusunda standart bir biçimde değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir. TRF/6-18 duygusal ve davranışsal sorunları inceleyen 118 madde içerir. Bu maddelerin 93'ü 6-18 yaş Çocuk ve Gençlerde Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behavior Checklist for Ages 6-18) maddelerine karşılık gelmektedir. Ölçek, okul ve öğrenci ile ilgili temel bilgilerin yanı sıra uyum işlevlerine yönelik bilgi sağlamaktadır. Ölçeğin ikinci bölümünde davranış sorunları "içe yönelim" ve "dışa yönelim" kategorileri altında sorgulanmaktadır. "İçe yönelim" kategorisinde; sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, anksiyete/depresyon, "dışa yönelim" kategorisinde ise kullara karşı gelme ve saldırgan davranışlar alt testleri bulunmaktadır. Bunun yanı sıra her iki gruba da girmeyen sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları ve diğer sorunlar alt ölçekleri de yer almaktadır (17). Öğretmen Bilgi Formu Achenbach tarafından 1991 yılında geliştirilmiş olup, ülkemizde geçerlilik ve güvenirlilik çalışması Erol ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. TRF/6-18'nin Türkçe formu geçerlik ve güvenirliliği içe yönelimde 0.82, dışa yönelimde 0.81 ve toplam problemde Cronbach alpha=0.87 bulunmuştur (18).

III. BSÇ Uygulaması

BSÇ eğitiminde bilişsel yaklaşıma dayalı kişilerarası sorun çözme becerileri (Interpersonal Cognitive Problem-Solving: ICPS) kullanılmıştır. Myrna B. Shure tarafından geliştirilen bir programdır (19). Eğitim amaçlı olarak Türkçe'ye uyarlanması, Öğülmüş tarafından (8) yapılan eğitim 83 yapılandırılmış modül içermektedir.

Çocukların anneleri hem kendilerinin eğitimi öğrenmeleri hemde çocuklarının öğrendiklerini evde devam ettirebilmeleri amacıyla camlı bölmeden izlemek eğitimlere katıldılar. Ayrıca, araştırmacı eğitim sonrası ebeveynlerin soruları cevaplayarak, eğitimi desteklemek amacıyla onlara BSÇ diyalog örneklerini içeren eğitim materyalleri vermiştir. Eğitimde yardımcı bir kişi kolaylaştırıcı olarak rol almıştır. Bu kişi grupta eğitim düzenini sağlamaktan sorumlu olmuştur.

IV. İstatistiksel İşlem

Tüm tanımlayıcı istatistikler ortalama \pm standart sapma, ortanca ve sayı/yüzde şeklinde gösterildi. Verilerin değerlendirilmesinde testlerle elde edilen eğitim öncesi ile eğitim sonrası ölçüm değerleri bağımlı değişkenler olarak değerlendirilmiştir. Ölçek puanları Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi kullanılarak karşılaştırıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. İstatistiksel analizlerde SPSS for Windows Ver. 16.0 (SPSS Inc., IL, USA) kullanılmıştır.

BULGULAR

DEHB olan çocukların anne, baba ve öğretmenlerinin

Tablo 1: Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği alt test puanlarının BSÇ eğitimi öncesi ile sonrasının karşılaştırılması

Alt Testler	BSÇ Eğitimi Öncesi			BSÇ Eğitimi Sonrası			Z	p
	Ort	SS	Ortanca	Ort	SS	Ortanca		
Anne bildirimine göre								
Dikkat sorunları	15.87	6.46	17.00	9.00	5.23	9.50	2.366	0.018*
Aşırı hareketlilik-dürtüsellik	18.00	7.92	21.00	12.50	7.30	13.00	2.197	0.028*
Karşı gelme sorunları	11.25	5.63	11.00	7.25	5.44	6.50	1.826	0.068
Baba bildirimine göre								
Dikkat sorunları	14.50	5.5	14.50	8.50	4.95	9.50	2.371	0.018*
Aşırı hareketlilik-dürtüsellik	16.50	7.15	18.50	9.25	7.81	7.50	2.524	0.012*
Karşı gelme sorunları	10.12	4.82	11.50	5.87	4.82	4.00	2.023	0.043*
Öğretmen bildirimine göre								
Dikkat sorunları	13.75	7.30	14.50	9.37	4.77	10.00	2.388	0.017*
Aşırı hareketlilik-dürtüsellik	13.62	7.52	13.50	10.75	6.04	10.00	2.214	0.027*
Karşı gelme sorunları	9.50	7.91	9.50	6.75	7.14	4.50	2.375	0.018*

*p < 0.05 (Wilcoxon İşaretili Sıralar Testi ile)

Tablo 2: BŞÇ eğitimi öncesinde ve sonrasında TRF/6-18 ile belirlenen sorun davranışlar puanlarının karşılaştırılması

TRF/6-18 Sorun Davranışlar	BŞÇ Eğitimi Öncesi			BŞÇ Eğitimi Sonrası			Z	p
	Ort	SS	Ortanca	Ort	SS	Ortanca		
İçe Yönelim								
Anksiyete/Depresyon	6.00	5.37	5.00	4.37	6.02	2.00	2.46	0.014*
Sosyal İçe Dönüklük	2.38	2.13	2.00	0.87	1.35	0.50	2.17	0.030*
Somatik Sorunlar	2.00	1.70	1.00	0.25	0.70	0.00	2.41	0.016*
Sosyal Sorunlar	4.87	2.99	3.50	2.87	2.29	3.00	2.07	0.038*
Düşünce Sorunlar	2.37	1.92	2.00	0.25	0.46	0.00	2.57	0.010**
Dikkat Sorunları	20.50	10.29	16.00	12.37	10.45	8.50	2.38	0.017*
Diğer	1.75	0.46	2.00	0.62	1.06	0.00	2.11	0.035*
Dışa Yönelim								
Suça Yönelik Davranışlar	2.00	2.61	2.00	1.12	2.41	0.00	2.07	0.038*
Saldırgan Davranışlar	13.25	5.00	15.00	7.50	5.29	7.50	2.54	0.011*
İçe Yönelim	10.37	8.56	9.00	5.50	8.01	2.50	2.38	0.017*
Dışa Yönelim	15.25	7.40	17.00	8.75	7.57	7.50	2.55	0.011*
TRF Sorunlar Toplamı	55.12	24.60	50.50	30.25	27.47	23.00	2.53	0.011*
Yeterlik Puanları Toplamı	13.87	3.90	14.50	16.00	2.88	16.50	2.39	0.017*

* p < 0.05; ** p ≤ 0.01 (Wilcoxon İşaretli Sıralar Testi ile)

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği ile yaptıkları derecelendirmelerde; BŞÇ eğitimi sonrasında eğitim öncesine oranla tüm alt ölçek puanlarının (anne bildirimine göre karşı gelme sorunları hariç) istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azaldığı bulundu (Tablo 1).

TRF/6-18 test puanlarının eğitim öncesi ve sonrasında karşılaştırması sonucunda; "anksiyete/depresyon", "sosyal içe dönüklük", "somatik sorunlar" ve bunların toplamından oluşan "içe yönelim sorun davranışlar"ın toplamı ve "suça yönelik davranışlar", "saldırgan davranışlar" ve bunların toplamından oluşan "dışa yönelim sorun davranışlar"ın toplamında BŞÇ eğitimi sonrasında anlamlı düzeyde azalma saptandı. BŞÇ eğitim öncesi ve sonrası yeterlik düzeylerinin karşılaştırılmasında; "öğrenme" hariç "sıkı çalışma" "uygun davranma" ve "mutlu olma" alt test puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 2).

TARTIŞMA

Kişilerarası sorun çözme eğitiminin ilaç tedavisi alan DEHB olan çocuklarda etkinliğini araştıran bu çalışmada; BŞÇ eğitiminin DEHB ana belirtilerini azaltması yanında karşı gelme, içe yönelim davranış sorunları, saldırgan davranışlar ve sosyal alandaki sorunlarda da önemli düzeyde azalma sağladığı bulunmuştur. Bu sonuçlar; BŞÇ

eğitiminin DEHB olan çocuklarda sorun davranışların azaltılmasında ilaç tedavisine ilave katkı sağlayabileceğini göstermektedir.

DEHB olan çocuklarda uygulanan psikososyal tedaviler arasında davranış kontrolüne yönelik aile ve öğretmen eğitimi, sınıf içi girişimler, bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası sorun çözme eğitimi ve sosyal beceri eğitimi gibi yaklaşımlar yer almaktadır (1,6). Araştırmamızda uyguladığımız kişilerarası sorun çözme eğitim programının DEHB'nda etkinliğine yönelik çalışmalar literatürde sınırlı sayıdadır (11,12,13). Diğer psikososyal tedavilerden davranış terapisi, sosyal beceri gibi konularla ilgili araştırmaların ise sonuçları farklıdır. İlk araştırmalardan biri olan Abikoff ve Gittelman'ın çalışmasında sosyal problem çözme eğitiminin DEHB olan çocuklarda akademik, davranışsal ve bilişsel ölçümler üzerine önemli düzeyde olumlu bir etkisinin olmadığı bildirilmiştir (20). Sosyal beceri eğitiminin psikososyal yaklaşım olarak kullanıldığı başka çalışmalarda ise ilaç tedavisi ile kombine edilmesinin tek başına ilaç tedavisine oranla iyileşme yönünden farklılık göstermediği bulunmuştur (21,22). Benzer olarak; uzun dönem, çok yönlü tedavi çalışmalarında DEHB'nun kombine alt tipi olan çocuklarla 14 aylık süre ile çalışılmış; herbir çocuğa ilaç tedavisi, davranış terapisi, ikisinin kombinasyonu veya genel toplumsal bakım olmak üzere dört olası tedavi seçeneği sunulmuştur. Bu çalışmanın sonuçları ilaç tedavisi ile kombinasyon tedavisi

(ilaç+davranış terapisi) arasında DEHB semptomlarını iyileştirme bakımından bir fark gözlenmemesine rağmen, alt alanlar ayrıntılı değerlendirildiğinde; anne-babanın derecelendirdiği karşı gelme ve saldırganlık, içe yönelim belirtilerinde, ebeveyn-çocuk ilişkilerinde ve okuma başarısında kombinasyon tedavisi ile daha fazla iyileşme olduğunu belirtmektedir (23). İlaç tedavisine psikososyal tedavinin eklenmesinin DEHB belirtileri (dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik, dürtüsellik) dışındaki yıkıcı davranışlar, kaygı, depresyon, sosyal beceri sorunları, akademik sorunlar, anne babayla ilişki zorlukları gibi parametreler açısından semptomları azaltmaya katkısı olduğu belirtilmektedir (23,24). Bunu destekler şekilde Swanson ve arkadaşları da kombine tedavinin DEHB ve karşı gelme belirtileri yanında akademik başarı üzerine daha iyi sonuçlar verdiğini ileri sürmüşlerdir (25). Ayrıca, Jensen ve arkadaşları ilaç tedavisine ek olarak verilen psikososyal terapilerin komorbid içevuruk ve dışavuruk davranışlar üzerine olumlu etkisi olduğunu belirtmektedirler (26). Karşılaştırmalı çalışmalarda psikostimulan ilaçların kısa dönemde etkinlik açısından bakıldığında ilaçlar ile anne baba eğitimi arasında fark bulunmadığı, uzun süreli izleme çalışmalarında tedavinin kalıcılığı ve DEHB'na eşlik eden diğer sorunlar açısından ise ilaç ve psikososyal tedavilerin birlikte uygulanmasının daha etkin olduğu belirtilmektedir (23,24). Çalışmamızda BSC eğitiminin ilaç tedavisine ilave olarak hem DEHB belirtilerinde hemde karşı gelme, agresif davranışlar ve emosyonel güçlükler gibi DEHB dışı belirtilerde azalma olduğu gözlenmiştir.

Yapılan ilk çalışmalarda ilaç tedavisine ilave edilen psikososyal yaklaşımların ek yarar sağlamaması (11), psikososyal yaklaşımların DEHB olan çocuklara uygun hale getirilmemesi ile ilişkilendirilmiştir. Çünkü sağlıklı çocuklar sorun çözme becerilerini kolayca öğrenebildikleri halde, DEHB olan çocukların bunları öğrenmede yardıma gereksinim duydukları ve bu eğitimin yapılandırılmış bir çerçevede verilmesi gerekliliği ileri sürülmüştür (15). Aberson ve arkadaşları bu girişimlerin özel koşullar altında uygulandığında DEHB olan çocukların sorun davranışları üzerine önemli düzeyde etkileri olacağını vurgulamaktadırlar. Özel koşullar olarak; anne-babanın çocuklarına bu becerileri öğretmeleri, çocukları ile birlikte bu teknikleri uygulamaları ve yeni kazanılan bu becerilerin gerçek yaşamda uygulanması için içselleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (27). DEHB olan çocukların bu becerileri gerçek yaşamdaki koşullara genellemede veya problem

biraz farklılaştığında uyarlamada zorluk çekmeleri nedeniyle, yeni kazanılan becerilerin genelleştirilmesinde ve içselleştirilmesinde yardım gereklidir. Ayrıca genelleştirmelerde oyunlar yolu ile provalar ve imgelemeler bu tekniklerde tamamlayıcı olarak kullanılmaktadır. Bu çalışma sırasında öğretilen becerilerin pekiştirilmesi ve genelleştirilmesi için drama ve imgeleme teknikleri kullanılmıştır.

Psikososyal yaklaşımların başarısının yaşla ilişkisini vurgulayan çalışmalar da söz konusudur. Son yıllarda Kişilerarası Sorun Çözme Eğitim Programı gibi psikososyal yaklaşımların DEHB olan ergenlerde etkili olduğu ileri sürülmektedir (28,29). Bu tür psikososyal girişimlerde, DEHB olan çocukların daha ileri yaş gruplarından farklı olarak öğrendiklerini gerçek yaşam koşullarındaki kişiler arası ilişkilerine aktaramama veya genelleştirememeleri sorunun temel kaynağı olarak gösterilmektedir. Ancak, bu çalışmanın sonuçları daha önceki çalışmalardan farklı olarak Kişilerarası Sorun Çözme Eğitim Programının DEHB'ü olan çocuk grubunda da etkili olabileceğini ve öğretmen ve anne derecelendirmesine göre öğrenilenlerin ev ile okul ortamına genelleştirilebildiğini göstermiştir.

Araştırmamızdaki vaka sayısının az olması çalışmamızın sınırlılığı olarak kabul edilebilir. Ancak, konu ile ilgili araştırmalarda Aberson (1996) BSC programını uyguladığı çalışmasını sadece 3 DEHB olan ergen ile (10), Kavanagh (2002) ise 8 DEHB olan çocuk ile tamamlamıştır (12). BSC eğitim programının uygulandığı çalışmalarda bu çocukların aşırı hareketli ve dikkatlerinin kolay dağılması nedeniyle çalışmamızla paralel eğitim gruplarında az sayıda çocuğa uygulanmıştır. Sınırlılıklara ek olarak örneklem grubunun küçük olması nedeniyle yaş ve cinsiyet değişkenlerinin ayırımına gidilmemiştir. Çalışmada diğer tedavi modalitelerle karşılaştırma yapılmaması ve değerlendirmede kullanılan derecelendirme ölçeklerinin nesnel olmaktan ziyade bildirim dayalı olması diğer önemli kısıtlılıklardır. DEHB'nda karşı gelme belirtileri üzerine Kişilerarası Sorun Çözme Eğitiminin etkilerini araştırdığımız önceki araştırmamızda (11) okul ortamında ve sadece 33 DEHB olan çocuklar (anneler eğitime katılmamıştır) ile çalışılmıştır. Önceki çalışmada ilaç tedavisi alan vakaların ayrıştırılmaması nedeniyle, ilaca ilaveten etkiler değerlendirilememiştir. Çalışmamızda 8 DEHB olan çocuğun hepsinin ilaç kullanması ve ilaçlarının benzer olması ile homojenlik sağlanmış olması önemlidir.

Sonuç olarak, araştırmanın bulguları kişilerarası sorun çözme becerilerine dayalı BSC eğitiminin metilfenidat

ilaç tedavisi alan DEHB olan çocukların sorun davranışlarında ilave azalma sağlayacağını ve kişiler arası iletişim kalitesini artırabileceğini düşündürmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi'nin DEHB tedavi kılavuzunda hafif ve orta derecedeki semptomları iyileştirmede veya azaltmada bazı vakalarda psikososyal girişimlerin yeterli olabileceğini belirtmesine rağmen (31), çelişkili araştırma bulguları nedeniyle bu güne kadar tek başına uygulanma-

sı için yeterince kanıt yoktur. Bu nedenle bütüncül ve çok yönlü tedavi yaklaşımları içinde yer alması daha doğru önerme olacaktır. Bu araştırma sürecinde BSÇ eğitiminin kolay uygulanma özelliğinin gözlenmesi nedeniyle çocuklarla çalışan birçok disiplin tarafından kolaylıkla kullanılabilir ve DEHB olan çocukların sorunları ile baş etmelerine yönelik yararlı bir eğitim olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar:

- Dulcan M. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with attention deficits/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 85-121.
- Biederman J, Faraone S, Milberger S, et al. A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53:437-446.
- Gentschel DA, McLaughlin TF. Attention deficit hyperactivity disorder as a social disability: characteristics and suggested methods of treatment. *Journal of Development and Physical Disabilities* 2000; 12:333-347.
- Barkley RA. Attention-deficit/hyperactivity disorder. In: Wolfe DA, Mash EJ (eds.), *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents: Nature, Assessment, and Treatment*. The Guilford Press, Newyork, 2006:91-153.
- Sibley MH, Evans SW, Serpell ZN. Social cognition and interpersonal impairment in young adolescents with ADHD. *J Psychopathol Behav Assess*, 2009, DOI 10.1007/s10862-009-9152-2
- Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA* 1998; 279:1100-1107.
- Caldwell CL, Wasson D, Anderson MN, Brighton V, Dixon L. Development of the Nursing Outcome (NOC) Label: Hyperactivity Level. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 2005; 18:95-102.
- Öğülmüş S. Ben Sorun Çözebilirim; Kişilerarası Sorun Çözme Becerileri ve Eğitimi. Babil Yayıncılık, Ankara, 2004.
- Shure MB, Foy T, Geronimo M. *Raising a Thinking Child. Help Your Young Child to Resolve Everyday Conflicts and Get Along With Others*. New York, Pocketbooks, 1996
- Shure MB. "Preventing Violence the Problem-Solving Way", *OJJDP Juvenile Justice Bulletin*, Washington, DC, USA, 1999;1-11.
- Özcan CT. Kişilerarası Sorun Çözme Eğitiminin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklardaki Karşı Gelme Belirtileri Üzerine Etkileri, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2007.
- Kavanagh KA. An evaluation: The efficacy of an interpersonal cognitive problem-solving skills program for teenage students with ADHD like symptoms. Unpublished master dissertation. The University of British Columbia. 2002.
- Chang CC, Tsou KS, Shen WW, Wong CC, Chao CC. A Social Skills Training Program for Preschool Children with Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder. *Chang Gung Med J* 2004; 27 (12):918-22.
- Dubow EF, Tisak J. The relation between stressful life events and adjustment in elementary school children: the role of social support and social problem-solving skills. *Child Dev* 1989; 60:1412-1423.
- Hechtman LH. Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu. In: Sadock BJ, Sadock VA (eds.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Güneş Kitabevi Ltd. Şti., Lippincott & Wilkins, 2007.
- Ercan ES, Amado S, Somer O, Çikoğlu S. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları İçin Bir Test Bataryası Geliştirme Çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2001; 8:132-144.
- Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA School-age Forms&Profiles/ Burlington USA, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families* 2001.
- Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z. *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Çocuk ve Gençlerde Ruh Sağlığı: Yeterlilik Alanları Davranış ve Duygusal Sorunların Dağılımı*. Ankara: Eksen Tanıtım Limited Şirketi, 1998: 25-75.
- Shure MB. *I Can Problem Solve (ICPS): An Interpersonal Cognitive Problem Solving Program for Kindergarten and the Primary Grades*. Champaign, IL: Research Press, 1992.
- Abikoff H, Gittelman R. Hyperactive children treated with stimulants. Is cognitive training a useful adjunct? *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42:953-961.
- Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, et al. Symptomatic improvement in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:802-811.
- Abikoff H, Hechtman L, Klein RG, et al. Social functioning in children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43:820-829.
- MTA Cooperative Group. A 14-Month randomized clinical trial of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1073-1086.

24. MTA Cooperative Group. Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:1088-1096.
25. Swanson JM, Kraemer HC, Hinshaw SP et al. Clinical relevance of the primary findings of the MTA: Success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:168-179.
26. Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40 :147-158
27. Aberson B, Shure MB, Goldstein S. Social Problem-Solving Intervention Can Help Children With ADHD (Editorial). *J Atten Disord* 2007; 11: 4-7.
28. Conners CK, Epstein JN, March JS et al. Multimodal treatment of ADHD in the MTA: an alternative outcome analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40:159-167.
29. Diller L, Goldstein S. Science, ethics, and the psychosocial treatment of ADHD (Editorial). *J Atten Disord* 2006; 9:571-574.
30. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline:treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2001; 108:1033-1044.