



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**DIYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ GRUP BECERİ
EĞİTİMİNİN YETİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA İNCELENMESİ**

DOKTORA TEZİ

VAHİDE ULUSOY GÖKÇEK

İSTANBUL, 2022



**FATİH SULTAN MEHMET VAKIF ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ GRUP BECERİ
EĞİTİMİNİN YETİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA İNCELENMESİ**

DOKTORA TEZİ

**VAHİDE ULUSOY GÖKÇEK
(171131007)**

**Danışman
(Prof. Dr. F. Işıl Bilican Yurteri)**

İSTANBUL, 2022

04/07/2022

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Doktora programı öğrencisi 171131007 numaralı Vahide Ulusoy Gökçek'in hazırladığı "Diyalektik Davranış Terapisi Grup Beceri Eğitiminin Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda İncelenmesi" konulu Doktora tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, 04/07/2022 Pazartesi günü saat 11:00'de yapılmış, sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin **Kabulüne Oy Birliği** ile karar verilmiştir.

Tez adı değişikliği yapılması halinde: Tez adının
.....
şeklinde değiştirilmesi uygundur.

Jüri Üyesi	Karar
1. (Danışman) Prof. Dr. F. Işıl Bilican Yurteri	Kabul
2. Prof. Dr. Sefa Saygılı	Kabul
3. Doç. Dr. Selma Arıkan	Kabul
4. Doç. Dr. Aynur Görmez	Kabul
5. Prof. Dr. Gaye Saltukoğlu	Kabul
6. (İkinci Danışman)*.....

*2. Danışman varsa doldurulması gerekmektedir.

ETİK BİLDİRİM

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlâk kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bağlı olduğum üniversite veya bir başka üniversitedeki başka bir çalışma olarak sunulmadığını beyan ederim.

Vahide Ulusoy Gökçek

DİYALEKTİK DAVRANIŞ TERAPİSİ GRUP BECERİ EĞİTİMİNİN YETİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞUNDA İNCELENMESİ

Vahide Ulusoy Gökçek

ÖZET

Bu çalışmanın amacı diyalektik davranış terapisi grup beceri eğitiminin (DDT-BE) yetişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundaki (DEHB) etkililiğini incelemektir.

Bu çalışma, DDT-BE uygulanan bir müdahale grubu ile rutin tedavi alan bir kontrol grubundan (bekleme listesi) müteşekkil 2×3 faktöryel desene sahip bir araştırmadır. Veriler haftada bir çevrimiçi olarak düzenlenen 12 oturumluk DDT-BE'den önce, sonra ve tedavinin ortasında toplanmıştır. Ölçümlerde DEHB belirtileri (dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik alt boyutlarıyla), dürtüsellik, bilinçli farkındalık, duyguları düzenleme güçlüğü, kişilerarası etkililik, sıkıntıya dayanma, yaşamdan alınan doyum, günlük hayattaki işlevsellik ve genel psikolojik belirti düzeyleri özbildirim araçlarıyla alınmıştır. Etkililik analizlerinde incelenen birincil çıktı ölçümleri DEHB belirtileri, ikincil çıktı ölçümleri DDT becerileri ve yaşam kalitesine ilişkin değişkenlerdir. Araştırmanın verileri karışık desenler için iki yönlü ANOVA ile analiz edilmiştir. Müdahale tamamlanmadan çalışmadan ayrılanlar olduğu için bulgularda hem protokol uyarınca, hem de tedavi amacına yönelik analiz sonuçları paylaşılmıştır.

Sonuçlara göre DDT-BE alan katılımcıların genel DEHB belirtileri ile dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik belirtilerinin her biri, rutin tedavi alanlardan anlamlı düzeyde daha fazla azalma sağlamıştır. DDT-BE grubunda duygu düzenleme güçlüğü, yaşamdan alınan doyum ve işlevsellik bakımından anlamlı düzeyde azalmış ancak grup×zaman etkisi yalnızca marjinal anlamlılık göstermiştir. Bilinçli farkındalık,

kişilerarası etkililik, sıkıntıya dayanma ve genel psikolojik belirtiler bakımından ne grup içi, ne de gruplar arası bir fark bulunmamıştır.

Çalışma protokolü hazırlandıktan sonra ortaya çıkan pandemi şartlarında gerçekleştirilen grup beceri eğitiminin, katılımcıların DEHB belirtilerinde etkili olduğu bulunmuştur (grup×zaman etkileşimi anlamlıdır). Bunun yanı sıra duygu düzenleme güçlüğünü azalttığı ve yaşam kalitesini artırdığı bulunmuştur (DDT-BE grubunda anlamlı azalma). Pandemi şartlarına rağmen DEHB’li katılımcılarda görülen iyileşmenin anlamlı olması DDT-BE’nin etkililiğini destekler niteliktedir.

Anahtar kelimeler: Diyalektik Davranış Terapisi, Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, çevrimiçi psikoterapi.

**EXAMINATION OF DIALECTICAL BEHAVIOR THERAPY
GROUP SKILLS TRAINING IN ADULT ATTENTION DEFICIT
HYPERACTIVITY DISORDER**

Vahide Ulusoy Gökçek

ABSTRACT

The current study has aimed to examine the efficacy of dialectical behavior therapy group skill training (DBT-ST) in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD).

The current study with a 2x3 factorial design consists of an intervention group in which DDT-ST was applied and a control group receiving treatment-as-usual (waiting list-TAU). Data were collected pre, post, and mid-treatment of the 12-session DDT-ST held online once a week. ADHD symptoms (with inattention and hyperactivity sub-dimensions), impulsivity, mindfulness, difficulty in emotion regulation, interpersonal effectiveness, distress tolerance, life satisfaction, functionality in daily life, and general psychological symptom levels were measured via self-report scales. In the efficacy-related analyses, the primary outcome measures were ADHD symptoms and secondary outcome measures were DDT skills capacity and quality of life-related variables. Data were analyzed by repeated-measures, mixed design ANOVA. Due to dropouts, results of both, per-protocol and intention-to-treat, analysis were reported.

Results showed that general ADHD, inattention, and hyperactivity symptoms of DDT-BE group significantly decreased more than those in TAU condition. In the DBT-BE group, there was a significant decrease in difficulty in emotion regulation, life satisfaction, and functionality, but the group×time effect only showed a marginal significance. Neither within nor between group effects were found in mindfulness, interpersonal effectiveness, stress tolerance, and general psychological symptoms.

Group skills training carried out under the pandemic conditions that occurred after the approval of the study protocol, was found effective in the ADHD symptoms of the participants (group×time interaction is significant). Besides, it was found that the treatment reduced the difficulty of emotion regulation and increased the quality of life (a significant decrease in the DBT-BE group). Despite the pandemic conditions, the significance of the improvement seen in ADHD participants was qualified to support the efficacy of DBT-BE.

Keywords: Dialectical Behaviour Therapy (DBT), Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), online psychotherapy.

ÖNSÖZ

Önsöz, tezin amacı, önemi, kısaca kapsamı, gerekiyorsa tezin hazırlanmasında karşılaşılan güçlükler konusunda bilgilerin yanı sıra, çalışma aşamasında bilimsel katkı sağlayan, maddi ve manevi desteği olan kişi ve/veya kurumlara teşekkür gibi açıklamaları içerir.

Bu çalışma DEHB belirtilerinden muzdarip yetişkinlerin hem belirtilerini azaltmaya yardımcı olacak, hem de hayatlarındaki çok yönlü problemlerle baş etmek için temel psikososyal becerileri kazanmalarını sağlayacak destekleyici psikolojik tedaviye duyulan güçlü ihtiyaçtan doğmuştur. Ruhsal bozukluk sınıflandırmalarına görece yeni giren yetişkin DEHB için geliştirilmiş kanıta dayalı ilaçsız tedaviler henüz yeni sayılacak durumdadır. Üstelik bildiğimiz kadarıyla elinizdeki çalışmaya kadar ülkemizde de henüz böyle bir müdahaleyi uygulayan bir araştırma mevcut değildir. Bu bağlamda alanyazındaki ilk çalışmanın Diyalektik Davranış Terapisi Beceri Eğitimi'ni (DDT-BE) temel alması bu tez çalışmasına da ışık tutmuştur. DDT ile ilk kez çok değerli hocam Prof. Dr. Işıl Bilican'dan aldığımız doktora dersi sırasında karşılaştım. Kompleks bir yapıya sahip olması, birbirinden farklı terapi bileşenleri, çok zengin terapötik stratejileri ve en önemlisi onlarca psikososyal beceri içeren yapılandırılmış beceri eğitimiyle başta sınırda kişilik örgütlenmesi olmak üzere pek çok değişime dirençli ruhsal bozukluk için uygulanması mümkün ve elverişli görünüyordu. Derinlemesine okuduğumuz, tartıştığımız ve hatta pratik ettiğimiz derslerde bu yöntemi tez çalışmamda uygulama fikri beni çoktan cezbetmişti. Yetişkin DEHB ve psikoterapi anahtar kelimeleri yolumu Philipsen (2006)'in makalesine çıkardığında taşlar yerine oturdu. Sınırdaki kişilik örgütlenmesiyle DEHB arasındaki fenomenolojik benzerlik dolayısıyla DDT-BE'nin DEHB için güçlü bir model sunduğu ortaya konmuştu. Hatta bu konuda birkaç yarı deneysel ve deneysel çalışma da vardı. İki elin parmaklarını geçmeyen bu çalışmaların ışığında DEHB'li yetişkinler için daha önce yapılmamış pür DDT-BE içeren bir müdahale fikri değerli tez danışmanım Işıl Hocamın da desteğiyle önce bir tez önerisine, ardından da bir tez çalışmasına dönüştü.

Çalışmanın hedefi klinik bir popülasyon olduğu için zorlu bir süreçle karşılaştım. Tanıdığım ve hocalarımla yönlendirdiği pek çok psikiyatriste başvurduğum ancak zaten işleri başlarından aşkın olduğu için aylarca benim sürecime destek olacak ve katılımcı yönlendirecek bir uzman bulamadım. Meslektaşım ve arkadaşım Hatice Şen'in, yetişkin DEHB polikliniğini yürüten Doç. Dr. Aynur Görmez Hoca'dan bahsedip iletişim bilgilerini vermesi çalışmamı yeniden ışık doğmasını sağladı. Hedeflediğimiz popülasyona ulaşmak, onlarla bir çalışma yürütmek için artık en sağlıklı yol bir TÜBİTAK projesi hazırlamaktı. Projenin kabulüyle çalışmamın uygulama aşaması başlamış oldu.

Çalışmamın başından sonuna kadar yolumu aydınlatan, beni cesaretlendiren, ince ince titizlikle denetleyen, bana itiyatlı yaklaşmayı öğreten ve beni zorlu sona,

savunma gününe hazırlayan sevgili Işıl Hocama şükranlarımı sunuyorum. Karamsarlığa düştüğüm bir zamanda karşıma çıktığına dua ettiğim değerli Aynur Hocama tüm iyi niyeti, yol göstermesi, sıcaklığı ve her istediğimde sunduğu desteği için çok teşekkür ediyorum. Tez izleme jürimde yer alarak beni onurlandıran değerli hocalarım Prof. Dr. Sefa Saygılı ve Doç. Dr. Selma Arıkan'a çok müteşekkirim. Projemizde özveriyle çalışan sevgili bursiyerlerimiz Esra Özsoy ve Hatice Kübra Uysal'a tüm emekleri için çok teşekkür ediyorum. Başından sonuna kadar çalışmaya bilfiil destek sağlayan ve hâlâ sağlamakta olan, en az bursiyerlerimiz kadar özveriyle bu çalışmaya katkı sunan ve üstüne bir de benim kahrımı çeken kadim dostum, değerli meslektaşım Ayşe Bektaşoğlu Üzer'e müşfik ve kapsayıcı tutumu için minnettarım. Araştırma yöntemi konusunda birbiriyle çelişen istatistiki yönelimlerin hangisini takip edeceğimi şaşırdığım bir zamanda bana yol gösteren, gittiğim yolu sağlamlaştıran değerli hocam Dr. Bülent Ediz'e çok teşekkür ediyorum. Aynı dertten muzdarip sevgili yol arkadaşım Dr. Zahide Tepeli Temiz'e gece gündüz demeden her zorlandığımda, kafam karıştığında beni dinlediği, anladığı ve yaratıcı tavsiyelerde bulunduğu için çok teşekkür ediyorum. Aynı dilden konuştuğum bir arkadaşına sahip olmak gerçekten bir lütuftu. Türk hikâyesinin bugününde ürün veren ve geleceğinde de mutlaka yer alacağına inandığım sevgili arkadaşım Nermin Tenekeci'ye tezimin son okumasını yaptığı ve editöryal dokunuşlarını esirgemediği için çok teşekkür ediyorum. Hatice, belki de farkında olmadan çok sıradan bir şey gibi Hoca'ula iletişimimi sağlayarak yardım ettiğin ve çalışmamın önünü açtiğin için sana teşekkür ediyorum.

Tez zorlu bir süreçtir ve bunu herkes kendine has bir şekilde yaşar. Ancak aynı anda hem öğretim görevlisi, hem terapist, hem de iki çocuklu bir kadının tez sürecinin ne kadar zor olduğunu ancak ve en çok ailesi anlar. Gece yaralarına kadar ofiste kalıp tezime çalışmam için beni teşvik ettiğin, tezimi öncelediğin, önceliğimi bana her daim hatırlattığın, çocuklarıma karşı vicdan azabı çekmemi engellediğin, her çıkmaza girdiğimde soğukkanlı bir şekilde sağduyuyla bana rehberlik ettiğin ve şimdi saymadığım, hatta o zamanlar çok sıradan geldiği için şu anda anmayı unuttuğum nice destek ve katkılarından dolayı sevgili eşim Yusuf, sana, bilhassa sana şükranlarımı sunuyorum. Canım kızlarım Elif Ayşe ve Havva Sare, bazen öyle çalışmam gerekiyordu ki sizi çok özlüyordum; siz de beni. Bana gösterdiğiniz sabır ve anlayışın bir annenin çocuğuna göstereceğinden farkı yoktu. Birlikte olduğumuz her âna şükürler olsun, varlığınızı bana bahşedene şükürler olsun. Size dünyalar kadar büyük teşekkür ediyorum. Sevgili yeğenim Sena, en yoğun döneminde olmana rağmen benim elim ayağım olduğun, hayatımı kolaylaştırdığın ve kızlarımı ablasız bırakmadığın için sana çok teşekkür ediyorum.

Babacığım, meskenim kütüphane ya da ofisken yolumuzu çok gözledin. Şimdiye kadar katettiğim yol ile gurur duyduğumu hissettirdiğin için sana minnettarım. Senin gözündeki onanma kaç yaşıma gelirse geleyim çok kıymetli. Ablalarım ve ağabeyim, sizlere de her ihtiyaç duyduğumda hiç sorgulamadan bana yardım ettiğiniz için çok teşekkür ederim.

Anneciğim, teşekkür yazıma başlarken seninle biteceğini, bitmesi gerektiğini ama aslında hep eksik kalacağını biliyordum. Gittiğinden beri ilk kez sana seslenerek yazdığım için belki en uygun cümleleri bulamayacağım. Senin teslimiyet diye bildiğin şeye biz şimdi radikal kabul ediyoruz. Ben daha psikoloji eğitimlerini almadan çok önce sen bana, neyse o olarak gerçeği, hakikati ve değiştiremeyeceklerimizi kabul etme

becerisi kazandırdın. Kanserin de gerçekliğine tam anlamıyla teslim oldun ve ne gerekiyorsa onu yaptın, savaştın. Üreterek, son ana kadar ailen için çalışarak, bizimle eğlenebileceğin hiçbir fırsatı kaçırmayarak ama hastalığının sana çizdiği sınırlarını da kabul ederek sonuna kadar çabaladın. Mücadelenin teslimiyetten ayrılamayacağını, kabulün değişimle birlikte olduğunu önce senden öğrendim. Bana öğrettiğin her şey için, çıktığım bu yolda tereddütsüz bir şekilde desteklediğin, beni gördüğünü hissettirdiğin, bana inandığın için sana ta derinden şükranlarımı sunuyorum. Sana kullanabileceğin tüm bu içsel zenginliği verdiği için çok sevdiğin Hakk'a sonsuz şükürler olsun.

Temmuz, 2022

Vahide Ulusoy Gökçek

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	iv
ABSTRACT	vi
ÖNSÖZ.....	viii
SEMBOLLER	xv
TABLO LİSTESİ	xvi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xx
KISALTMALAR	xxi
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM.....	4
1. ALANYAZIN	4
1.1. YETİŞKİNLERDE DEHB.....	4
1.1.1. Tanı Kriterleri.....	4
1.1.1.1. Alt Tipler	9
1.1.2. Epidemiyoloji	9
1.1.3. Eş Tanı	10
1.1.4. DEHB'in Nörobiyolojik Temelleri	11
1.2. DEHB'in Psikososyal Yönü.....	11
1.2.1. DEHB'in Günlük Hayata Etkisi.....	11
1.2.2. DEHB'de Dürtüsellik	14
1.2.2.1. DEHB'de Dürtüsellik ve Duygular Arasındaki İlişki.....	17
1.2.2.2. DEHB'de Dürtüsellikle Açıklanan Diğer Psikopatolojiler ve Riskli Davranışlar	18
1.2.3. DEHB'de Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	22
1.2.3.1. Duygu Düzenlemenin DEHB'li Kişilerdeki Klinik Görünümü.....	22
1.2.3.2. DEHB'de DDG Modelleri	28
1.2.3.3. Duygu Düzenleme Stratejileri.....	30
1.2.4. DEHB'de Benlik Algısı ve Özsaygı	32
1.3. DEHB ve İşlevsellik	33
1.3.1. DEHB'de Kişilerarası İlişkiler	33
1.3.1.1. Sosyal Bilgi	34

1.3.1.2. Eşler ve Romantik İlişki	35
1.3.1.3. Ebeveynlik ve Aile Hayatı	38
1.3.1.4. Arkadaşlık	39
1.3.1.5. Terapötik Müdahalede Hedeflenebilecek Kişilerarası İlişkilere Yönelik Beceriler.....	40
1.3.2. DEHB’de Performans: Eğitim ve İş Hayatı	40
1.3.3. DEHB ve Yaşam Kalitesi	42
1.4. DEHB’İN TEDAVİSİ	43
1.4.1. İlaç Tedavisi.....	43
1.4.2. Psikoterapi.....	43
1.4.2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi	44
1.4.2.2. Üçüncü Dalga Bilişsel Terapiler	45
1.4.2.3. DEHB’İN DDT MODELİ	46
1.4.2.3.1. DEHB’de Diyalektik Davranışçı Müdahalelere İlişkin Çalışmalar	48
1.4.3. DDT Beceri Eğitimi Uyarlamaları	55
1.4.4. DEHB İçin DDT Beceri Eğitimi	58
1.5. AMAÇ	60
1.5.1. İşlemsel tanımlar:	60
1.5.2. Hipotezler	61
İKİNCİ BÖLÜM	63
2. YÖNTEM.....	63
2.1. ARAŞTIRMA DESENİ	63
2.2. ÖRNEKLEME	66
2.2.1. Katılımcılar.....	68
2.3. ARAÇLAR	70
2.4. İŞLEM	79
2.5. DEHB İçin DDT Beceri Eğitimi Uygulaması	80
2.6. VERİLERİN ANALİZİ.....	84
2.6.1. Protokol Uyarınca Analizler (PUA)	85
2.6.2. Tedavi Amacına Yönelik Analizler (TAA)	90
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	94
3. BULGULAR	94
3.1. FİZİBİLİTE	95
3.2. PROTOKOL UYARINCA ANALİZLER	96

3.2.1. Birincil Sonuç Ölçümleri.....	96
3.2.1.1. DDE-BE'nin DEHB Belirtilerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular .	96
3.2.1.2. DDT-BE'nin Dikkatsizlik Belirtileri Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	98
3.2.1.3. DDT-BE'nin Aşırı Hareketlilik Belirtileri Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	100
3.2.1.4. DDT-BE'nin Dürtüsellik Düzeyi Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	101
3.2.2. İkincil Sonuç Ölçümleri:	103
3.2.2.1. DDT-BE'nin Bilinçli Farkındalık Düzeyi Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	103
3.2.2.2. DDT-BE'nin Duygu Düzenleme Güçlüğü Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	104
3.2.2.3. DDT-BE'nin Sıkıntıya Dayanma Güçlüğü Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar	105
3.2.2.4. DDT-BE'nin Kişilerarası İlişkiler Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar	107
3.2.2.5. DDT-BE'nin Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	108
3.2.2.6. DDT-BE'nin İşlevsellik Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular.	110
3.2.2.7. DDT-BE'nin Genel Psikolojik Belirtiler Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	111
3.2.3. İlaç Tedavisi Gruplarının İncelenmesi	112
3.3. TEDAVİ AMACINA YÖNELİK ANALİZLER.....	115
3.3.1. Birincil Sonuç Ölçümleri: DDT-BE'nin DEHB Belirtileri Üzerindeki Etkililiği.....	116
3.3.1.1. DDT-BE'nin DEHB Belirtilerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	116
3.3.1.2. DDT-BE'nin Dikkatsizlik Belirtilerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	119
3.3.1.3. DDT-BE'nin Aşırı Hareketlilik Belirtilerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	120
3.3.1.4. DDT-BE'nin Dürtüsellik Düzeyi Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	122
3.3.2. İkincil Sonuç Ölçümleri.....	123
3.3.2.1. DDT-BE'nin Bilinçli Farkındalık Düzeyindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular	123
3.3.2.2. DDT-BE'nin Duygu Düzenleme Güçlüğü Üzerindeki Etkililiği...	124
3.3.2.3. DDT-BE'nin Sıkıntıya Dayanma Güçlüğü Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar	126

3.3.2.4. DDT-BE'nin Kişilerarası İlişkiler Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar	127
3.3.2.5. DDT-BE'nin Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar	128
3.3.2.6. DDT-BE'nin İşlevsellik Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar.	130
3.3.2.7. DDT-BE'nin Genel Psikolojik Belirtiler Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar	131
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	136
4. TARTIŞMA	136
4.1. DEHB İÇİN DDT-BE'NİN FİZİBİLİTESİ	138
4.2. ETKİLİLİĞE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ.....	139
4.2.1. DEHB İçin DDT-BE'nin Yetişkin DEHB'deki Etkililiği	139
4.2.2. DEHB İÇİN DDT-BE'NİN PSİKOSOSYAL BECERİLERE ETKİSİ.	142
4.2.2.1. Bilinçli Farkındalık.....	142
4.2.2.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	144
4.2.2.3. Kişilerarası Etkililik	146
4.2.2.4. Sıkıntıya Dayanma.....	148
4.2.3. DDT-BE'NİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ	150
4.2.3.1. Yaşamdan Alınan Doyum	150
4.2.3.2. İşlevsellik.....	151
4.2.3.3. Genel Psikolojik Belirtiler.....	152
SONUÇ.....	155
KAYNAKÇA	161
EKLER.....	180
EK 1	180
EK 2	182
EK 3	183
EK 4.....	187

SEMBOLLER

<i>d</i>	: Cohen's <i>d</i> (etki büyüklüğü)
F	: ANOVA'ya ilişkin F testi değeri
η_p^2	: kısmi eta kare (etki büyüklüğü)
n	: kişi sayısı
<i>p</i>	: anlamlılık düzeyi
r	: pearson korelasyon kat sayısı
sd	: Serbestlik derecesi
ss	: Standard sapma
<i>t</i>	: t testi değeri
\bar{X}	: Ortalama

TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 1.1: Yetişkin DEHB kriterleri için önerilen diğer modeller.....	8
Tablo 1.2: DEHB'in psikososyal etkileri	13
Tablo 1.3: DEHB'e ilişkin duygu düzenleme modelleri.....	29
Tablo 1.4: DEHB'in Biyososyal Teorisi	47
Tablo 1.5: Hesslinger ve arkadaşlarının uyguladığı müdahalenin oturum planı.....	55
Tablo 1.6: Fleming ve arkadaşlarının uyguladığı müdahalenin oturum planı	57
Tablo 1.7: DEHB için uygulanan DDT beceri eğitimi modları ve ek müdahaleler...	58
Tablo 2.1: Tabakalı rassal atama sonucu oluşan gruplara ait demografik özellikler...	66
Tablo 2.2: Katılımcıların demografik özelliklerine ait betimleyici istatistik tablosu..	67
Tablo 2.3: DDT Beceri Eğitimi Oturum Planı.....	78
Tablo 2.4: PUA aşamasına dahil edilen veriler için müdahale öncesi (T1) gruplar arası karşılaştırma.....	84
Tablo 2.5: PUA aşamasında analize dahil edilen ve analizlere alınmayan gözlemlerin taban değerler bakımından karşılaştırılması.....	87
Tablo 2.6: TAA aşamasında deney ve kontrol grubuna ait müdahale öncesi (T1) değerler.....	89
Tablo 3.1: Bağımlı değişkenlere ait ölçümlerin betimleyici istatistik sonuçları.....	91
Tablo 3.2: DDT-BE gruplarının DEHB belirti puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları.....	93
Tablo 3.3: DDT-BE gruplarına ait DEHB belirti puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	94
Tablo 3.4: gruplarının dikkatsizlik belirtisi puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçlar.....	95
Tablo 3.5: DDT-BE gruplarına ait dikkatsizlik belirtisi puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	96
Tablo 3.6: DDT-BE gruplarının aşırı hareketlilik belirtisi puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları.....	97

Tablo 3.7: DDT-BE gruplarına ait aşırı hareketlilik belirtisi puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	97
Tablo 3.8: DDT-BE gruplarının dürtüsellik puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları.....	98
Tablo 3.9: DDT-BE gruplarına ait dürtüsellik puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	99
Tablo 3.10: DDT-BE gruplarının bilinçli farkındalık puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları.....	100
Tablo 3.11: DDT-BE gruplarına ait bilinçli farkındalık puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	100
Tablo 3.12: DDT-BE gruplarının duygu düzenleme güçlüğü puanlarının ön test-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları..	101
Tablo 3.13: DDT-BE gruplarına ait duygu düzenleme güçlüğü puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	101
Tablo 3.14: DDT-BE gruplarının sıkıntıya dayanma güçlüğü puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları..	102
Tablo 3.15: DDT-BE gruplarına ait sıkıntıya dayanma güçlüğü puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	103
Tablo 3.16: DDT-BE gruplarının kişilerarası ilişkiler ilişkin puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına dair analiz sonuçları.....	103
Tablo 3.17: DDT-BE gruplarına ait kişilerarası problemlere ilişkin puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	104
Tablo 3.18: DDT-BE gruplarının yaşam doyumu puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları.....	105
Tablo 3.19: DDT-BE gruplarına ait yaşam doyumu puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	105
Tablo 3.20: DDT-BE gruplarının işlevsellik puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları.....	105
Tablo 3.21: DDT-BE gruplarına ait işlevsellik puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	106
Tablo 3.22: DDT-BE gruplarının KSE puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları.....	107
Tablo 3.23: DDT-BE gruplarına ait KSE puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	107
Tablo 3.24: Bağımlı değişkenler için düzenli ve düzensiz ilaç kullananların öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları..	108
Tablo 3.25: Bağımlı değişkenlere ait ölçümlerin TAA aşamasındaki betimleyici istatistik sonuçları.....	110

Tablo 3.26: DDT-BE gruplarının DEHB belirti puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.....	112
Tablo 3.27: TAA aşamasında DDT-BE gruplarına ait DEHB belirti puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	112
Tablo 3.28: DDT-BE gruplarının dikkatsizlik belirtisi puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları..	113
Tablo 3.29: DDT-BE gruplarına ait dikkatsizlik belirtisi puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	114
Tablo 3.30: DDT-BE gruplarının aşırı hareketlilik belirtisi puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.....	115
Tablo 3.31: DDT-BE gruplarına ait aşırı hareketlilik puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	115
Tablo 3.32: DDT-BE gruplarının dürtüsellik puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.....	116
Tablo 3.33: DDT-BE gruplarına ait dürtüsellik puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	117
Tablo 3.34: DDT-BE gruplarının bilinçli farkındalık puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları..	118
Tablo 3.35: DDT-BE gruplarına ait bilinçli farkındalık puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	118
Tablo 3.36: DDT-BE gruplarının duyguyu düzenleme güçlüğü puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.....	119
Tablo 3.37: DDT-BE gruplarına ait duygu düzenleme güçlüğü puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	119
Tablo 3.38: DDT-BE gruplarının sıkıntıya toleranssızlık puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları..	120
Tablo 3.39: DDT-BE gruplarına ait sıkıntıya dayanma puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	121
Tablo 3.40: DDT-BE gruplarının kişilerarası problemlere ilişkin puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.....	121
Tablo 3.41: DDT-BE gruplarının kişilerarası problemlerine ilişkin ortalamalarının Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	122
Tablo 3.42: DDT-BE gruplarının yaşam doyum puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.....	122
Tablo 3.43: DDT-BE gruplarına ait yaşam doyum puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	123

Tablo 3.44: DDT-BE gruplarının işlevsellik puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.....	124
Tablo 3.45: DDT-BE gruplarına ait işlevsellik puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.....	124
Tablo 3.46: DDT-BE gruplarının KSE puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.....	125
Tablo 3.47: DDT-BE gruplarının KSE puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.....	125
Tablo 3.48: PUA ve TAA'da hipotez testlerinin sonuçları.....	126

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 2.1 : Hedeflenen Araştırma Süreci	63
Şekil 2.2 : Çalışmanın Akış Şeması.....	64

KISALTMALAR

ASRS	Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
BDÖ	Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11-KF
BFÖ	Bilinçli Farkındalık Ölçeği
bkz.	Bakınız
çev.	Çeviren
s.	Sayfa/sayfalar
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DEHB-AH	DEHB aşırı hareketlilik
DEHB-B	DEHB bileşik alt tip
DEHB-D	DEHB dikkatsiz alt tip
DEHB-İ	DEHB belirtileri iyileşmiş
DERS-16	Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-Kısa Form
DDG	Duygu düzenleme güçlüğü
DDT	Diyalektik Davranış Terapisi
DDT-BE	Diyalektik Davranış Terapisi Beceri Eğitimi
KİDÖ	Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği
KSE	Kısa Semptom Envanteri
IIP-C	Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri Kısa Formu
PUA	Protokol uyarınca analizler
SCID-5	DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SKB	Sınırdaki Kişilik Bozukluğu
STÖ	Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği
T1, T2 ve T3	1., 2. ve 3. ölçüm aşamaları
TAA	Tedavi amacına yönelik analizler

ve ark.
YDÖ

Çok yazarlı eserlerde ilk yazardan sonrakiler
Yaşam Doyum Ölçeği

GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) bulunan yetişkinler sıklıkla eş tanılar için tedaviye başvurmakta, hatta yetişkin klinik olgularda DEHB tanısı sıklıkla gözden kaçmaktadır (Wilens ve ark., 2009; Fayyad ve ark., 2017). Oysa epidemiyoloji çalışmaları yetişkinlerdeki DEHB tanısının yaklaşık %3 ilâ 4 civarında bir yaygınlığa sahip olduğunu öne sürmektedir (Kessler ve ark., 2006; Yapıcıoğlu, 2010; Fayyad ve ark., 2017). DEHB nedeniyle eğitimden evliliğe hayatın pek çok farklı alanında işlevselik kaybı yaşandığı ve bu kayıpların zaman içindeki kümülatif etkisinin özgüveni ve yaşam kalitesini düşürdüğü ortaya konmuştur (Brod ve ark., 2013). Bu nedenle uzmanlar ve DEHB’li yetişkinler ilaçlı müdahalenin yanı sıra etkili bir psikososyal tedaviye duyulan ihtiyacı dile getirmiştir. Bu tez çalışmasında Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) grup beceri eğitiminin yetişkin katılımcıların DEHB belirtileri, psikososyal becerileri ve yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Nörobiyolojik temeli DEHB tedavisi için psikotropik ilaçların kullanımını gerekli kılmakta ancak ilacı tamamlayan ve yaşam kalitesini artıran bir terapötik desteğe duyulan ihtiyaç yetişkin DEHB hastaları tarafından dile getirilmektedir (Ek ve Isaksson, 2013; Philipsen, 2006; Young, 2005). İlaçlar ise nöropsikolojik eksiklikleri hedef alırken hastaların gündelik hayatlarını kuşatan psikososyal problemler bakımından yetersiz kalmaktadır (Hesslinger ve ark., 2002). Psikososyal beceriler kazandırmaya yönelik ilk çalışma (Hesslinger ve ark., 2002) müdahale yöntemi olarak DDT beceri eğitimini (DDT-BE) kullanmıştır. Philipsen (2006) de DDT’nin DEHB modelini teorik olarak değerlendirmiş ve DDT’nin öğrettiği psikososyal becerilerin DEHB’in işlevsellik kaybına yol açtığı çeşitli psikososyal alanlardaki sıkıntılarıyla fenomenolojik olarak örtüştüğünü göstermiştir. Daha sonra yürütülen sınırlı sayıda çalışma da DEHB belirtilerinde DDT-BE’nin etkililiğine dair umut verici sonuçlar ortaya koymuştur (Edel ve ark., 2010; Fleming ve ark., 2015; Hirvikoski ve ark., 2011; Morgenstern ve ark., 2015; Nasri ve ark., 2017; Prada ve ark., 2015; Philipsen ve

ark., 2015). Bununla birlikte şimdiye kadarki tüm çalışmalarda DDT, ya farklı bir terapi yöntemiyle birleştirilmiş (Edel ve ark., 2010; Cole ve ark., 2016; Nasri ve ark., 2017) ya da Hesslinger ve ark. (2002)'nin uyarlaması olan bir DDT-BE protokolü kullanılmıştır. Ancak DDT'nin özgün beceri eğitimi protokolünün kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bununla birlikte şimdiye kadar yapılan çalışmalar sıklıkla DEHB belirtilerine odaklanmış ancak aynı zamanda hem DDT becerilerindeki olası artışı, hem de yaşam kalitesini birlikte değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Oysa DDT beceri eğitimi danışanların psikososyal beceriler kazanması suretiyle günlük hayattaki problemleriyle daha sağlıklı baş etmelerini sağlamayı ve böylece özgüvenlerini artırarak yaşam kalitelerini artırmayı hedeflemektedir (Linehan, 2015). Bu bağlamda ilk kez mevcut çalışma DEHB belirtilerini, psikososyal becerileri ve yaşam kalitesini aynı anda inceleyerek DEHB için DDT modeline yönelik bütüncül bir değerlendirme imkânı sunmuştur. Mevcut çalışmanın uygulama aşaması COVID-19 pandemisinin ortaya çıkışından sonra gerçekleştiği için alınan toplumsal önlemler uyarınca DDT-BE çevrimiçi olarak yürütülmüştür. Bilindiği kadarıyla ilk kez bu çalışmada DDT grup beceri eğitimi çevrimiçi uygulanarak sınanmıştır. Yine ilk kez bu çalışmada DEHB'li yetişkin bireylerde çevrimiçi DDT-BE'nin fizibilitesine dair bulgular paylaşılmıştır. Ayrıca bu bulgular Türkiye'de DEHB'li bireylerle yapılan herhangi bir DDT prokolüne dair bilinen ilk fizibilite çalışması olarak nitelendirilmeye uygundur.

Çalışmanın temel varsayımları DDT-BE uygulanan grupta DEHB belirtilerinde azalma olacağı, psikososyal becerileri ve yaşam kalitesinin ise artacağı şeklindedir. DEHB belirtileri, ilgili öz bildirim ölçeğinin genel ve dikkatsizlik ile aşırı hareketlilik alt ölçeklerine ait toplam puanları ve dürtüsellik düzeyiyle incelenmiştir. Psikososyal belirtileri incelemek amacıyla bilinçli farkındalık, duygu düzenleme güçlüğü, kişilerarası problemler ve sıkıntıya tahammül düzeylerine ilişkin ölçümler yapılmıştır. Yaşam kalitesi ise yaşamdan alınan doyum, günlük hattaki işlevsellik düzeyi ve genel psikolojik belirtiler üzerinden incelenmiştir.

Mevcut çalışmanın alanyazın başlığı altında epidemiyoloji, eş tanı gibi bilgilerle birlikte yetişkinlerde DEHB belirtileri ve olguya eşlik eden psikososyal beceri eksiklikleri nedeniyle birden fazla alanda yol açtığı işlevsellik kaybı ayrıntılı

şekilde tetkik edilmiş; ardından yetişkinlerde DEHB tedavisi için uygulanan psikososyal müdahalelere değinilerek şimdiye dek yapılan DDT çalışmaları anlatılmıştır.

Yöntem bölümünde çalışmanın desenine, katılımcılara, gruplara atama prosedürüne, uygulanan müdahale protokolüne, veri toplama yöntemine, veri toplama araçlarına, verilerin nasıl düzenlendiğine, eş değişkenlerin nasıl belirlendiğine, analizlerin kaç aşamada ve nasıl yapıldıklarına dair bilgiler ve temel bulgular verilmiştir. İlgili bölümde ayrıntılı bir şekilde anlatıldığı gibi etkililik analizleri kayıp verilerin sonuçlar üzerindeki olası etkisini inceleyebilmek amacıyla iki aşamada gerçekleştirilmiştir: İlk aşamada kayıp veriler tamamen dışarıda bırakılarak protokol uyarınca analizler (PUA), ikinci aşamada ise kayıp veriler son yapılan gözlem yöntemiyle atanarak tedavi amaçlı analizler (TAA). Böylece hipotezler, aynı analizlerle iki ayrı veri setinde tekrar edilerek sınanmış ve her iki aşamada elde edilen bulgular paylaşılmıştır.

Bulgular bölümünde öncelikle fizibiletaye ilişkin sonuçlar paylaşılmış; etkililik analizlerinden elde edilen bulgular ise protokol uyarınca ve tedavi amacına yönelik analizler şeklinde iki ana başlık altında sunulmuştur. Her birinin altında da DEHB belirtilerinin incelendiği birincil sonuç ölçümlerine ve psikososyal beceriler ile yaşam kalitesine ilişkin verilerin incelendiği ikincil sonuç ölçümlerine yer verilmiştir.

Tartışma bölümünde çalışmanın bulguları iki başlık altında ele alınmıştır: (i) fizibilite ve (ii) etkililiğe ilişkin bulguların incelenmesi. Etkililiğe ilişkin bulgular ise üç başlık altında değerlendirilmiştir: DDT-BE'nin DEHB belirtileri üzerindeki, psikososyal becerilerdeki ve yaşam kalitesindeki etkililiği. Böylece elde edilen bulgular alanyazındaki bilgiler çerçevesinde, çalışmanın sınırlılıkları göz önünde bulundurularak ayrıntılı şekilde tartışılmış ves DDT'nin DEHB modeli bütüncül bir şekilde değerlendirilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. ALANYAZIN

1.1. YETİŞKİNLERDE DEHB

Çocukluk çağında DEHB kriterlerini taşıyan olguların %50'sinden fazlasında belirtiler erişkinlik döneminde de sürmekte ve işlevsellik kaybına yol açmaktadır (Biederman ve ark., 1995; Kessler ve ark., 2006). Biederman ve ark. (2006) tarafından 112 DEHB olgusu ile yürütülen 10 yıllık boylamsal çalışmada, katılımcıların 4. ve 10. yıllarda tam ya da eşik altı tanı kriterlerini karşılama oranları %70 bulunmuştur. 10. yılda tüm DEHB olguları arasında kriterlerin karşılanma oranı ise %58'dir.

1.1.1. Tanı Kriterleri

DEHB'in üç ana belirti kümesi vardır: Dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik. DSM-5'e (2013) göre belirtiler 12 yaşından önce başlamış olmalı ve hastanın yaşamının aile ilişkileri, okul ya da iş yaşamı gibi en az iki farklı alanında sorun oluşturmaktadır. Çocuklar için kullanılan tanı kriterleri yetişkinler için de geçerlidir fakat tanı konması için dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik belirtilerinin her birinden çocukların en az altı, yetişkinlerin ise en az beş belirti taşıması gerekmektedir. Belirtilerin yetişkinlerdeki bazı özel görünüşleri aşağıda DSM-5'ten (2013) aktarılan ilgili maddelerin sonunda belirtilmiştir:

1. Dikkatsizlik Belirtileri: Çoğu kez ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlış).
- a. Çoğu kez iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. ders dinlerken).
- b. Çoğu kez doğrudan kendisine hitap edilirken dinlemiyor gibi görünür (örn. dikkatini dağıtacak açık bir uyarı olmasa bile aklı başka yerde gibi görünür).
- c. Çoğu kez verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da iş yeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. işe başlasa da hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).

- d. Çoğu kez işleri ve etkinlikleri düzene koymakta günlük çeker (örn. ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker, dağınık ve düzensiz çalışır, zaman yönetimi kötüdür, zaman sınırlamalarına uyamaz).
- e. Çoğu kez sürekli zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu işlere girmek istemez (örn. okulda verilen görevler ya da ödevler, yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).
- f. Çoğu kez işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (örn. okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).
- g. Çoğu kez dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (örn. yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).
- h. Çoğu kez günlük etkinliklerde unutkandır (örn. sıradan günlük işleri yaparken, yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemedede, randevulara uymakta).

2. Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik Belirtileri:

- i. Çoğu kez kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrılır.
- j. Çoğu kez, oturması beklenen durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinden ayrılmaması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).
- k. Çoğu kez uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Bu durum, yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde kendini huzursuz hissetmekle sınırlı kalabilir.)
- l. Çoğu kez boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessizce oyun oynayamaz.
- m. Çoğu kez “her an hareket halinde”, “kışına motor takılmış gibi” davranır (örn. restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun süre sessiz sakin kalamaz ya da bundan rahatsız olur; başkalarının yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).

- n. Çoğu kez aşırı konuşur. “Çoğu kez sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. insanların cümlelerini tamamlar, konuşma sırasında sırasını bekleyemez).
- o. Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. kuyrukta beklerken).
- p. Çoğu kez başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer, sormadan ya da izin almadan başkalarının eşyalarını kullanmaya başlayabilir, yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığıın arasına girer ya da başkalarının yaptığıını birden kendi yapmaya başlar).

DSM-5 tanı ölçütlerine göre, çocuklar ve yetişkinler için aynı kriterler kullanılsa da belirtilerin yetişkinlerdeki görünümü ve seyri farklılık göstermektedir. Örneğin hiperaktivite azalma gösterirken düzensizlik baskın görünüm hâline gelmektedir (Hesslinger ve ark., 2002; Oerbeck ve ark., 2019). Dikkatsizlik belirtileri yetişkinlik döneminde de şiddetini korumaktadır (Oerbeck ve ark., 2019). Bir çalışmada kadınlardaki dikkatsizlik belirtilerinin 20-34 yaş aralığında düştüğü ve sonra yine yükselişe geçtiği görülmüştür (Oerbeck ve ark., 2019). Bunun nedeni ilerleyen yaşlarda kadınların annelik rolüyle birlikte daha stresli bir hayata sahip olmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca belirti kümelerinin dışavurumu da çocukluk dönemindekinden farklıdır. Yetişkinlikte hiperaktivite kıpırdama, rahatlayamama, huzursuzluk ya da okurken, işte çalışırken veya bir film izlerken uzun süre yerinde duramama şeklinde kendini göstermektedir (Canela ve ark., 2017). Sabırsızlık, başkalarının konuşmasını bölmek, dürtüsel davranış, sık sık iş değiştirmek, bir dürtüyle bir işe başlamak, cinsel partnerini değiştirmek yetişkin DEHB’de sık görülen dürtüsellik ifadeleridir (Canela ve ark., 2017). Dikkatsizlik ise genellikle unutkanlık, dağınıklık, konuşmalarda başkalarını dinlememe, tekdüze durumlarda ya da yeterli motivasyon olmadığında odaklanamama veya ilgili uyarıları ayırt edememe, geç kalma olarak kendini göstermektedir (Hesslinger ve ark., 2002; Canela ve ark., 2017). Dolayısıyla yetişkinlerde en önemli semptomlar arasında dikkat eksikliği, duygusal dengesizlik, düzensiz davranış ve dizinhibisyonu öne çıkmaktadır (Hesslinger ve ark., 2002).

DSM-5 kriterleri arasında yer almasa da duyguları düzenleyememe ve kişilerarası problemler şeklinde iki farklı belirti kümesinin daha varlığına dair güçlü bulgular mevcuttur (Minde ve ark., 2003; Able ve ark., 2007; Wilens ve ark., 2009; Wainer, Perroud ve Weibel, 2019). Klinik ve teorik olarak elde edilen bulgularla birlikte erişkin DEHB hastalarının huzursuzluk, irritabilite ve duygudurum değişkenliği gibi öznel deneyimleri dikkate alınarak erişkin DEHB semptomatolojisine farklı tanımlamalar getiren çeşitli modeller geliştirilmiştir. Bunlar arasında Weber (1995) tarafından geliştirilen Utah kriterleri önde çıkmakla birlikte Hallowell ve Ratey (2019)'nin tavsiye ettiği kriterler de yaygınlık kazanmıştır (bkz. Tablo 1).

Tablo 1.1. Yetişkin DEHB kriterleri için önerilen diğer modeller

Utah Kriterleri	I. En ez 7 yaşında başlayan, DEHB ölçülerini karşılayan bir çocukluk öyküsü.
	II. Yetişkinlerde; Aşırı hareketlilik ve dikkat eksikliği içeren bir tablonun varlığı. Aşağıdaki belirtilerden en az ikisi A.'dakilere eşlik etmelidir: A. Hızlı değişken duygusal ruh hali (affective lability), duygusal aşırı tepkisellik (emotional overreactivity) B. Çabuk öfkelenme (hot temper) C. Strese karşı toleranssızlık D. Düzensizlik E. Dürtüsellik
Hallowell ve Ratey Kriterleri	I. Aşağıdakilerden en az on iki tanesinin mevcut olduğu kronik bir kargaşa: Hedeflere ulaşamama karşısında başarısızlık hissi (aslında ne kadarını başardığı göz önüne alınmaksızın) Organize olmakta güçlük çekme Kronik erteleme veya başlamakta güçlük çekme Aynı anda pek çok projeyi beraber yürütme; takipte zorluk çekme Düşüncenin zamanlaması ve uygunsuzluğunu göz önüne almaksızın aklına geleni söyleme Sık sık yüksek uyarıcı arayışı Can sıkıntısına tahammülsüzlük Kolayca dikkati dağılma, dikkat odaklamada güçlük çekmedir sayfa veya konuşmanın ortasında uyumsuzlaşma veya kopup gitme eğilimi, kimi zaman aşırı odaklanma Sık olarak yaratıcı, dürtüsel, üstün zekâlı olma Var olan kanallardan ilerlemekte uygun prosedürü takip etmekte güçlük, Sabırsızlık, hayal kırıklığına karşı düşük tolerans Sözel ya da hareket olarak şu gibi alanlarda dürtüsellik: Para harcama, plan değiştirme, yeni proje veya kariyer planları çıkarma, fevrlilik. Gereksiz veya mütemadiyen kaygılanma, endişelenecek şeyler arama, mutlak tehlikelere karşı ise sırasıyla dikkatsizlik veya aldırmaçlık gösterme eğilimi Güvensizlik hissi Ruh hâli çalkantıları, hız değişen duygudurum (özellikle de bir insan veya bir projeye ilişiğı kesince)

Fiziksel veya bilişsel huzursuzluk
Bağımlılık davranışına yönelme eğilimi
Öz saygıyla ilgili kronik problemler
Hatalı kendini gözlemleme
DEHB, manik depresif bozukluk, depresyon, madde bağımlılığı veya dürtü kontrol problemleriyle ilgili bozukluklardan herhangi birinin yer aldığı aile öyküsü.
II. Çocuklukta DEHB öyküsü
III. Diğer tıbbi veya psikiyatrik durumlar tarafından açıklanamayan durum

1.1.1.1. Alt Tipler

Hiperaktivite baskın alt tip oldukça azalmışken dikkatsizlik baskın alt tip ve bileşik alt tip yetişkinlerde yaygın olarak görünmektedir (Biederman ve ark., 2006). Dikkatsizler daha çok gündüz rüyası kuran, uyuşuk bir bilişsel tempoya sahip, kafası karışık kişilerdir (Canu ve ark., 2014).

1.1.2. Epidemiyoloji

ABD’de yürütülen geniş çaplı bir epidemiyolojik araştırmada erişkinlerde DEHB yaygınlığının %4,4 olduğu görülmüştür (Kessler ve ark., 2006). Fayyad ve ark. (2017)’nin dünya çapında yürüttükleri bir araştırmada DSM-IV kriterlerine göre erişkin DEHB yaygınlığı gelir düzeyi yüksek, üst-orta, alt-orta ve düşük olan ülkelerde araştırılmıştır. Buna göre yüksek gelirli ülkelerde %3,6, üst-orta gelir düzeyindekilerde %3,0 ve düşük ilâ alt-orta gelir düzeyine sahip ülkelerdeyse %1,4 olmak üzere toplam ortalama %2,8 olarak bulunmuştur. Türkiye’de yapılan epidemiyoloji çalışmalarından birinde, Sivas’ta 901 kişilik sağlıklı popülasyondan oluşan örnekleme erişkin DEHB oranı %3,8 (Yapıcıoğlu, 2010) ve İstanbul’da erişkin psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastalar arasında ise %1,6 (Özdemiroğlu, 2006) bulunmuştur. Bu bulgular DEHB’in yaygın ruhsal bozukluklar arasında yer aldığını göstermektedir.

Bir çalışmada çocukluk çağında DEHB tanısı konmuş ve 27 yaşına erişmiş kişilerin %22,5’i yetişkinlik dönemi için de tanı kriterlerini karşılamıştır (Moya ve ark., 2014). Fakat bu oranın %50 ve yukarısına çıktığını gösteren çalışmalar da vardır (Biederman ve ark., 2006; Kessler ve ark., 2006). Yetişkin DEHB tanısı erkeklerde kadınlardan daha fazla bulunmaktadır (Oerbeck ve ark., 2019; Simon ve ark., 2009).

1.1.3. Eş Tanı

Hem çocuk, hem de yetişkin DEHB'lilerin %75 oranında içselleştirme (sosyal içe dönme, depresyon, somatizasyon vb.) ve dışsallaştırma bozuklukları (saldırgan davranış, karşıt gelme bozukluğu vb.) eş tanısı aldığı düşünülmektedir (Langer ve ark., 2013). DEHB'li yetişkinlerin eş tanı yaygınlığı ve DEHB'li olmayan popülasyona göre hayat boyu eş tanı alma riski anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Kessler ve ark., 2006; Sobanski ve ark., 2007).

Chen ve ark. (2018)'nin çalışmasına göre madde bağımlılığı, depresyon ve anksiyete eş tanısının DEHB'li bireylerdeki yaygınlığı tanı almamış kontrol grubuna göre 9 kat daha fazla, bipoların yaygınlığıysa normal popülasyonda görülenin çok üzerinde, yaklaşık %14 civarındadır. Aynı çalışmada elde edilen bulgulara göre DEHB'liler tanı almamış katılımcılara göre daha fazla oranda hipertansiyon ve tip 2 diyabet mellitus hastalığı geliştirmiştir. Yetişkinlerde en sık karşılaşılan eş tanılar bipolar bozukluk, anksiyete bozuklukları, depresyon, distimi, madde bağımlılığı, başta sınır kişilik bozukluğu (SKB) olmak üzere kişilik bozuklukları, uyku bozuklukları, agresif davranışlar ve kişilerarası ilişki problemleridir (Bernardi ve ark., 2010; Bilgin, 2015; Langer ve ark., 2013; McGough ve ark., 2005; Young, 2004; Young ve ark., 2015). Somatik problemlerin DEHB'li bireylerdeki yaygınlığını araştıran bir sistematik derlemede obezite, uyku problemleri ve astımın en yaygın eş tanılar olduğu gösterilmiştir (Instanes ve ark., 2016).

Çocuk ve genç yetişkinlerle yapılan bir çalışmada, ebeveynlerle yapılan ölçeklerden alınan puanlara göre, DEHB olan katılımcılar kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek içe yansıtma, yani depresyon ve sosyal içedönüklük ile kurallara uyulmaması ve agresif davranış gibi dışa yansıtma belirtilerine sahiptir (Baykal ve Nalbantoğlu, 2019). Hechtman ve ark. (2016) çalışmasında DEHB tanısı devam eden yetişkinlerin DEHB-İ grubundan daha fazla madde bağımlılığı gösterdiğini bildirmiş ama iki grup alkol kötüye kullanımında ayrışmamıştır.

Sobanski ve ark. (2007), klinik gözlemlerine göre DSM kriterleri bakımından bileşik veya dikkatsiz tip olarak tanı alan bir katılımcı grubunun aslında "bileşik ve dikkatsiz arası" bir grup olduğunu öne sürmüşler; bu gruptaki katılımcıların DEHB'in

diğer alt tiplerine göre hayat boyu eş tanı oranının daha fazla olduğunu ortaya koymuşlardır.

DEHB'li bireylerdeki eş tanı oranlarının cinsiyete göre farklılaştığı görülmüştür. Chen ve ark. (2018)'nin çalışmasına göre kadınlarda erkeklerden daha fazla depresyon, bipolar ve anksiyete; erkeklerde kadınlardan daha fazla madde bağımlılığı, tip 2 diyabet melitus ve hipertansiyon tanısı görülmüştür.

1.1.4. DEHB'in Nörobiyolojik Temelleri

DEHB güçlü bir biyolojik alt yapıya sahiptir. Aile, ikiz ve evlat edinilmiş çocuklarla yapılan çalışmalar DEHB'nin genetik faktörlerden oldukça etkilendiğini göstermiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015). DEHB'nin ortalama kalıtım derecesinin %60-90 arasında değiştiği iddia edilmektedir (Minde ve ark., 2003; Biederman ve ark., 2006). Ayrıca nörobiyolojik temeline yönelik bulgular da oldukça güçlüdür (Epstein ve ark., 2001).

1. dereceden yakın akrabasında DEHB bulunan çocuklarda aynı patolojinin gelişmesi 7,6 kat daha fazladır (Biederman ve ark., 1995). İkiz çalışmalarında da %75-90 gibi yüksek oranlarda ortak DEHB tanısı görülmektedir (Larsson ve ark., 2004; Rietveld ve ark., 2004).

Bir çalışmada DEHB'li ailelerin çocuklarının %43'ü, belirti göstermeyen ailelerinkilerin ise yalnızca %1'i çocukluk çağı DEHB tanı kriterlerini karşılamıştır (Mind eve ark., 2003). Çalışmada DEHB'li annelerin daha fazla DEHB'li kız, DEHB'li babaların ise daha fazla DEHB'li erkek çocuğa sahip olduğu görülmüştür.

1.2. DEHB'in Psikososyal Yönü

1.2.1. DEHB'in Günlük Hayata Etkisi

Yukarıda bahsedilen semptomlar nedeniyle gündelik işleri yapmak DEHB hastaları tarafından bir çeşit meydan okuma gibi deneyimlenmektedir. Gündelik hayatı sürdürürken kafa karışıklığı, yavaşlık, yorgunluk, bir işe başlamakta zorlanmak, öncelikleri belirlemede güçlük, kaygı ve unutkanlık; işlerini tamamlamalarının önündeki en büyük engeller olarak öne çıkmaktadır (Brod ve ark., 2012). Şayet yapmaları gereken bir iş ilgilerini çekmiyorsa dikkatleri kolayca çelinebilmekte,

öncelikleri belirlemede güçlük çekmekte ve dağılmaktadırlar; böylece düşük motivasyon, düşük okuma becerileri, unutkanlık, erteleme ve işleri tamamlamada zorluklar baş göstermektedir (Bjerrum, Pedersen ve Larsen, 2017). DEHB’li biri oldukça kişisel nedenlerle yaptığı bir işte motivasyon kaybı yaşayabilir ya da dikkatini sürdüremez. Örneğin bir kılavuzu okumakta güçlük çekerken sevdiği bir kitap türünü okumayı kolayca sürdürebilir (Carruthers, 2016). Bunun dışında son ana kadar ertelenen bir ödevin en son vakitte hazırlanması gibi, DEHB’li biri özellikle yaptığı işi tamamlamadığında olumsuz sonuçlarla karşılaşacağını düşünerek aşırı odaklanma da yaşayabilir (Carruthers, 2016).

Hayatın pek çok alanına yayılmış biçimde problemler yaşayan ve işlevselliği düşen hastalar kendi potansiyellerini ortaya koyamazlar. Bu durum yaşam kalitelerini düşürmektedir (Able ve ark. 2007). DEHB’in günlük hayata etkisi aşağıdaki tabloda özetlenmiştir (Philipsen, 2006; Able ve ark. 2007; Cheung ve ark., 2015; Hallowell ve Ratey, 2019).

Tablo 1.2. DEHB'in psikososyal etkileri

Duygusal iniş çıkışlar	<p>Algılanan stres düzeyleri yüksektir</p> <p>Neşe, kaygı ve öfke yaygın olarak yaşadıkları duygulardandır</p> <p>Birkaç gün gayet keyifli iken izleyen günlerde sinirli ve gergin olabilir</p> <p>Hayal kırıklıkları ile baş edemez</p> <p>Öfkesini yatıştırılmaz, ufak tartışmaları kavgaya dönüştürür</p> <p>Rekabetçi ve iddiacıdır</p> <p>Zorluklara dayanmakta güçlük çeker ve kolayca pes eder</p>
Dürtü kontrolünde güçlük	<p>Tehlikeyi ve riski sever</p> <p>Sık sık iş ve sevgili değiştirir</p> <p>Sonuçlarını düşünmeden ani karar alıp uygular</p> <p>Birden fazla işle uğraşıp çoğunu yarım bırakır</p> <p>Tehlikeli araba kullanmayı sever</p> <p>Sürekli bir yenilik arayışı içindedir</p>
Zayıf dikkat becerileri	<p>Zihinsel performans gerektiren işlerden kaçınırlar, hareketli işleri tercih ederler</p> <p>İş hayatlarında potansiyellerini ortaya koyamazlar</p> <p>Akademik başarıları düşüktür</p> <p>Eşyalarını kaybederler</p> <p>Randevularını unuttur ya da geç kalırlar</p> <p>Zaman yönetimleri kötü olduğundan gündelik hayatlarını planlamakta zorlanırlar</p> <p>İşlerini ertelerler</p>
Kişilerarası problemler	<p>İlişkilerinde sorumsuzluk, özensizlik, bencillik, düşüncesizlikle yargılanma ihtimalleri yüksektir</p> <p>Öz saygıları düşüktür</p> <p>Eleştirilmeye ve kusurlu bulunmaya alışık ve bunu bekler</p> <p>Sorun çıkmadığında tedirgindir</p>
Aşırı hareketlilik	<p>Huzursuzluk hissi vardır, rahatlayamaz, gevşeyemez</p> <p>Uyku düzeni bozuktur, çok az ve tedirgin uyur</p> <p>Eli ayağı kıpır kıpırdır</p> <p>İçi içine sığmaz</p> <p>Sıkılmakla baş edemez</p> <p>Sık sık başkalarının sözünü keser</p> <p>Sık sık başkalarının yaptığı işlere müdahale eder ve kendisi yapmaya başlar</p> <p>Sakardır; sık sık evde, işte kazalar yaşar ve yaralanır</p>

1.2.2. DEHB’de Dürtüsellik

Göreve odaklanma, engelleme ve gelecekteki sonuçları değerlendirme becerilerindeki azalmayı, dolayısıyla geleceğe değil bugüne yönelimi gösteren dürtüsellik, öz bildirim testleri ve nöropsikolojik testlerle ölçülebilmektedir. Sık kullanılan öz bildirim testlerinden biri olan Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), dürtüsellik üç alt alanda kavramsallaştırır: dikkate ilişkin dürtüsellik, motor dürtüsellik ve planlayamama. Genel popülasyondan 255 katılımcıyla yürütülen bir çalışmada DEHB belirtileri ile BDÖ toplam puanı arasında orta düzeyde ve pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur (Kavakci ve ark., 2011). DEHB belirtileri ile dürtüsellik üç alt alanı arasındaki korelasyon katsayıları $r=0,21$ ve $r=0,34$ arasında değişmektedir.

Lopez ve ark. (2015), DEHB ve dürtüsellik arasındaki ilişkiyi Whiteside ve Lynman’ın dürtüsellik modelini kullanarak incelemişlerdir. Whiteside ve Lynam (2005) dürtüsellik dört kategoride inceler: acelecilik, önceden tasarlama eksikliği, sebat eksikliği ve yenilik arayışı. Lopez ve ark. (2015), DEHB tanısı alan hastaların (ort.= 29 yaş) ve tanı almayan katılımcıların (ort.= 28 yaş) dürtüsellik düzeylerini karşılaştırmışlar; buna göre, DEHB olan hastalar kontrol grubundan daha aceleci, daha az sebatkâr ve önceden tasarlama becerisinde daha zayıf bulunmuştur. DEHB alt grupları karşılaştırıldığında ise bileşik tipte olanların, dikkat eksikliği baskın katılımcılardan daha aceleci ve daha fazla yenilik arayışında oldukları görülmüştür.

Acelecilik, olumsuz duygularla karşılaşıldığında telaşlı ve tedbirsiz davranma; önceden tasarlama eksikliği, davranışların sonuçlarını değerlendirme yeteneğinin azlığı; sebat eksikliği, bir işi yaparken sıkılmaya ya da zorluğa katlanmada güçlük; son olarak yenilik arayışı ise heyecan ve uyarıcı arayışı şeklinde tanımlanmaktadır (Whiteside ve Lynam, 2005). Acelecilik, önceden tasarlama ve sebat eksikliği

şeklindeki dürtüsellik alt alanlarının öz denetim yeteneğinin altında yatan yönetici işlevlere, yenilik arayışının ise ödüle hassasiyet ve yakınlık eğilimiyle ilişkili olan motivasyonel mekanizmalara bağlı olduğu düşünülmektedir (Bechara ve Van Der Linden, 2005; Billieux ve ark., 2010; Dick ve ark., 2010; Torrubia ve ark., 2001). Acelecilik ile madde bağımlılığı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki vardır. Lopez ve ark. (2015) da DEHB bileşik tip ile uyarıcı madde ve kenevir bağımlılığı arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulmuşlardır.

Barkley (1997), DEHB’de engelleyici ve yürütücü işlevlerdeki eksikliklerin esas rolü oynadığını ileri sürmüştür; bilişsel işlevlerin dürtüsellik düzeyinden etkilenebileceği düşünüldüğünden bu teori yürütücü işlevleri nöropsikolojik testlerle ölçen çeşitli çalışmalarda denenmiştir. Yaygın kullanılan ölçekler arasında öne çıkanlar şunlardır: Stroop Testi, Sürekli Performans Testi (SPT), Wisconsin Kart Eşleme Testi, Posner Visual Orienting Task. Bu testler dürtüsellüğün motor tepki ve dikkate ilişkin yönlerini ölçmektedir. DEHB’de dürtüsellüğün işlemsel tanımı Sürekli Performans Testinde (SPT) yer alan ve tepki ketlemeyi ölçen hatalı basma/komisyon (yanlış olumsuz) sayısı ile; dikkatin işlemsel tanımı ise aynı testte uyanıklığı (tayakkuz/vigilance) ölçen atlama/omisyon (yanlış olumlu) ile yapılabilmektedir (Bahçıvan-Saydam, 2007; Malloy-Diniz ve ark., 2007; Tatar ve ark., 2015). ‘Atlama hataları’ hedef uyarana gerekli tepkiyi vermeme, yani yapılması gerekeni yapmama; ‘hatalı basma’ ise olmayan uyarana hedef uyaran gibi tepki verme, yani yapılmaması gerekeni yapma durumunda ortaya çıkar (Malloy-Diniz ve ark., 2007; Tatar ve ark., 2015; Yenigün, Ertan ve Siciliano, 2017). SPT’deki atlama ve hatalı basma puanlarının DEHB’i kontrol gruplarından doğru şekilde ayırabildiği öne sürülmüştür (Ricco ve ark., 2006). Atlama hatalarının dikkati, yanlış basma hatalarının ise dürtüsellığı ölçtüğü düşünülmektedir (Quintero ve ark., 2019). Fakat bir çalışmada dürtüsellüğün benzer yönlerini hedef alan BDÖ’nün motor dürtüsellik alt ölçeği ile SPT’deki hatalı basma sayısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Malloy-Diniz ve ark., 2007).

Barkley (1997), öncelikle dürtüsellikte DEHB alt tiplerine özgü bir bozulma öne sürmüştür. Bu yaklaşıma göre dikkat eksikliği baskın alt tip seçici dikkat bozukluğuyla, bileşik alt tip ise zayıf yönetici işlevler, planlama sorumlusu davranışsal engelleme ve öz kontrol problemleriyle karakterizedir. Örneğin yetişkinlerle yapılan

bir çalışmada DEHB ile belirti göstermeyen bir kontrol grubu oluşturulmuş ve ilk grubun anlamlı düzeyde daha fazla hatalı bastığı görülmüştür (Malloy-Diniz ve ark., 2007). Fakat Bahçıvan-Saydam, Ayvaşık ve Alyanak (2015) çocuklarla yürüttükleri kontrollü çalışmada yalnızca bileşik alt tip ve kontrol grubunun atlama hatalarında anlamlı bir farklılık gösterdiğini bulmuş, oysa **ne** atlama **ne de** hatalı basma sayılarında alt tipler kendi aralarında farklılaşmamıştır.

Epstein ve arkadaşları (2001) DEHB'li olan, kaygı belirtileri gösteren ve psikolojik belirti göstermeyen olmak üzere üç gruba yürüttükleri çalışmada DEHB grubu diğerlerinden daha fazla hatalı basmışken diğer iki grup kendi aralarında farklılaşmamıştır. Aynı çalışmada Posner Visual Orienting Task kullanılmış ve katılımcılardan ekranda yıldız gördüklerinde tuşa basmaları istenmiştir. Ekranda henüz yıldız görünmeden önce yıldızın geleceğine dair ipucu görünmektedir. Bu ipucunu gördükten sonra henüz yıldızın kendisini görmeden basılması durumu hatalı basma olarak kaydedilmiştir. Bu testte DEHB grubu yine diğer iki gruptan daha fazla hatalı basma eğilimi gösterse de aradaki fark anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Bu sonuçlar DEHB grubunun sadece psikolojik belirti göstermeyen kişilerden değil, kaygılılardan da daha dürtüsel olduklarını düşündürmektedir.

Dürtüsellik ve DEHB arasındaki ilişki hatalı basma ve atlama dışında farklı nöropsikolojik ölçümlere de konu olmuştur. Yılmaz, Kardeş ve Tan (2020), 18-65 yaş aralığında yürüttükleri çalışmada DEHB tanılı kişilerin dürtüsellik düzeyinin artmasıyla bir bellek testinin 1. ve 5. denemesinde daha az kelime hatırladıklarını tespit etmişlerdir. Malloy-Diniz ve arkadaşları (2007) ise bilişsel karar verme becerisini hedef almış ve bunun için kontrollü bir çalışmada Iowa Kumar Testini (IKT/IOWA Gambling Task) kullanmıştır. Bu çalışmada DEHB grubu, belirti göstermeyen kontrollerden daha fazla dezavantajlı seçimde bulunmuştur. DEHB grubunun IKT'nin basamaklarına ait skorlar ile BDÖ planlama eksikliği alt ölçeği arasındaki negatif ilişki DEHB grubunun bilişsel dürtüsellliği lehine bir bulgudur.

Dürtüsellüğün yürütücü işlevlerle ilişkisini konu alan bu çalışmaların sonuçlarından da anlaşılacağı gibi her ne kadar arada ilişki olduğunu destekleyen bulgular varsa da sonuçlar her zaman tutarlı değildir. Kullanılan araçlar yani nöropsikolojik testlerin DEHB araştırmalarında tutarlı sonuçlar vermekte ya da

dürtüselliği ortaya koymakta yetersiz kaldığı düşünülmektedir (Quintero ve ark., 2019). Mevcut tez çalışmasında dürtüsellik düzeyleri öz bildirim yöntemiyle ölçülecektir.

1.2.2.1. DEHB’de Dürtüsellik ve Duygular Arasındaki İlişki

Tatar ve ark. (2015), 20-65 yaş arasındaki 40 DEHB ve kontrol gruplarıyla yürüttükleri çalışmada yüksek düzey dürtüsellik ve duyguları daha az tanımanın ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Duygu (mutlu, üzgün, kızgın, korkmuş, iğrenmiş ve yüksüz) belirten yüz ifadelerinin bulunduğu resimlerin gösterilmesiyle uygulanan Duygu Tanıma Araçlarını kullandıkları çalışmada, kontrol grubuna göre DEHB olanların doğru tanıdığı toplam duygu sayısı anlamlı düzeyde az ve yanlış tanıdığı toplam duygu sayısı ise daha fazladır. DEHB grubunda dürtüsellik düzeyi arttıkça toplamda doğru tanınan duygu sayısı azalmış, sinirli ve korkmuş yüz ifadelerinin ise hatalı tanınması artmıştır.

Miller ve ark. (2011), DEHB olanlarda hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin artışıyla üzünlüğün daha az tanındığını, dikkat eksikliği belirtilerinin artışıyla ise daha fazla tanındığını göstermiştir. Duyguların tanınmasında yaşanan güçlükler sosyal ilişkilerin bozulma nedenlerinden biri olarak değerlendirilebilir. Diğer yandan yakın zamanda yürütülen bir çalışmada duyguların tanınmasını ve kişiler arası süreçleri modelleyen zihin kuramı temel alınmış, böylece bu kuramın ölçme araçlarından biri olan Gözlerden Zihin Okuma Testi kullanılmıştır. Zihin Kuramı, bireyin hem kendi hem de başkalarının zihinsel durumlarını anlayabilmesine ve zihinsel temsiller oluşturabilmesine yönelik bilişsel kapasitesi şeklinde açıklanmaktadır ve empati, sempati, aldatma, yalan gibi birçok özelliği kapsamaktadır (Yıldırım ve ark., 2011). İnsanların sosyal niyetlerinin ve güdülerinin anlaşılmasına yönelik bu bilişsel kapasite için insan yüzü ayrıcalıklı bir konuma sahiptir ve Gözlerden Zihin Okuma testi de kişinin yüz özelliklerinin çözümlenmesine dayanarak zihin okuma yetisini ölçmeye çalışmaktadır (Yıldırım ve ark., 2011). DEHB’li bireylerle yapılan araştırmanın sonuçlarına göre DEHB olan bireylerle tanı kriterlerini karşılamayan kontrol grubunun puanları arasında bir farklılık görülmemiştir (Yılmaz, Karaş ve Tan, 2020).

1.2.2.2. DEHB’de Dürtüsellikle Açıklanan Diğer Psikopatolojiler ve Riskli Davranışlar

Yedi farklı ülkeden alınan 108 kişilik örnekleme yürütülen nitel bir çalışmadaki tüm odak gruplarda riskli davranışlar ve bağımlılıkla ilgili benzer temalar aktarılmıştır: Geçmiş ya da mevcut yaşanan alkol ve madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları, risk değerlendirme sıkıntıları ve uçlarda yaşamaktan zevk alma, diğer şoförlere karşı öfkeyle birlikte saldırganca davranma ya da dikkatsizce araba kullanma (Brod ve ark., 2012). Bu riskli davranışlar ve eşkil eden bağımlılıklar dürtüsellikle açıklanmaya çalışılmaktadır.

İnternet Bağımlılığı: Li ve ark. (2016), 19-33 yaş aralığındaki DEHB tanı kriterlerini karşılayan ve sağlıklı öğrencilerde yenilik arayışı, davranışsal engelleme sistemi (DES) ve yalnızlık değişkenlerinin internet bağımlılığını yordama düzeylerini incelemiştir. Sonuçlara göre DEHB grubunda internet bağımlılığı kontrol grubuna göre daha fazladır ve DEHB olan erkekler kadınlardan daha fazla internet bağımlılığı ihtimali taşımaktadır. Sırasıyla dürtüsellik, DES ve yalnızlık DEHB grubundaki internet bağımlılığını yordamaktayken DEHB olmayan grupta yalnızca yalnızlığın yordayıcı değişken olduğu bulunmuştur. Dolayısıyla bu araştırmanın sonuçlarına göre DEHB grubunda internet bağımlılığını yordayan en önemli değişken dürtüselliktir. DEHB grubu zihinsel çaba gerektirmeyen bir tercih olarak en çok oyunlarda vakit geçirmektedir. Dalbudak ve Evren (2014) de DEHB belirtilerinin (özellikle aşırı hareketlilik/dürtüsellik alt grubundaki) internet bağımlılığını yordadığını bulmuştur. Yüksek dürtüsellik zamanın göreceli olarak daha hızlı deneyimlenmesiyle ilişkili bulunduğundan, Li ve ark. (2016), DEHB nedeniyle kişilerin internet başında planladıklarından daha fazla zaman geçirebilecekleri hipotezini öne sürmüşlerdir.

Üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada internet oyun bağımlılığı ve DEHB ilişkili bulunmuş ve hem internet oyun bağımlılığı, hem de DEHB’in daha yüksek dürtüsellik ve düşmanlık düzeyiyle ilişkili olduğu bildirilmiştir (Yen ve ark., 2017). Ayrıca, sonuçlara göre dürtüsellik ve düşmanlık DEHB ile internet oyun bağımlılığı arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir (Yen ve ark., 2017). Japon gençlerle (N=403) tarama yöntemi kullanılarak yapılan bir çalışmada, katılımcıların %59,6’sının internet bağımlılığı olasılığı, 3,7’nin ciddi bağımlılığı, %27’sinin de

DEHB belirtisi bildirdiği görülmüştür (Tateno ve ark., 2016). DEHB bildiren katılımcılar internet kullanma süresi bakımından farklılaşmasa da öz bildirim ölçeğinde daha yüksek internet bağımlılığı puanı almışlardır. Aynı çalışmada kadınların (%75,1) interneti daha çok sosyal ilişkiler, erkeklerinse (%39,4) oyun nedeniyle kullandıkları görülmüştür. Çinli öğrencilerle yapılan (N=2114) bir başka çalışma, internet bağımlılığı olan ergenlerin DEHB, depresyon ve sosyal fobi belirtileri ile düşmanlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (Yen ve ark., 2007). Aynı çalışmada, DEHB belirtileri, depresyon ve düşmanlık düzeylerindeki artış erkek ergenlerde internet bağımlılığı ile ilişkili iken sadece daha yüksek DEHB belirtileri ve depresyon kız öğrencilerin daha yüksek düzey internet bağımlılığı ile ilişkilidir.

Kumar Bağımlılığı: Cairncross ve ark. (2019) toplumdan kumar bağımlılığı gösteren bir örneklem toplamışlardır (N=150). Ardından bu örnekte DEHB belirtileri gösterenleri müdahale grubu ve göstermeyenleri kontrol grubu olarak tayin etmişlerdir. DEHB belirtisi gösteren kumar bağımlıları daha fazla eş tanı (alkol bağımlılığı, anksiyete bozuklukları, antisosyal kişilik bozukluğu vb.) ve olumsuz kişilik özellikleri (yüksek düzey olumsuz duygulanma ve düşük düzey olumlu duygulanma vb.) bildirdikleri gibi üç dürtüsellik bileşeninden de daha yüksek puan almışlardır (Cairncross ve ark., 2019). Yani DEHB bulunan kumar bağımlıları, bulunmayanlardan daha fazla dikkate ilişkin, motor dürtüsellik ve planlayamama dürtüselligi yaşadığını bildirmiştir. Bu araştırmada kumar bağımlılarında DEHB'i sadece BDÖ ile ölçülen dikkate ilişkin dürtüsellik, yani azalan görev odağı yordamıştır.

DEHB belirtileri, kumar bağımlılığında vicdanlılık ve öz disiplinin (Davtian ve ark., 2012) yanı sıra dayanıklılık ve öz yönelim (Aymamí ve ark., 2015) düzeyleri ile negatif yönde ilişkilidir. DEHB tanılı kumar bağımlıları tanı almayanlardan daha fazla stres tepkisi, yabancılaşma ve saldırganlık; daha az iyi oluş, başarı ve denetim bildirmişlerdir (Cairncross ve ark., 2019). Kumar oynamaya güdüleyen etmenlere bakıldığında DEHB'li kumar bağımlıları daha fazla sosyal, baş etmeye ilişkin ve gelişim (oyundaki heyecan hissiyle eğlenme durumundaki gibi içten gelen, olumlu pekiştiren güdülenmeler) güdülenmeleri olduğunu bildirmiştir (Cairncross ve ark.,

2019). Dolayısıyla bağımlılıklara iten sosyal güdülerin (ör. bağıllık) ve dürtüsellik bileşenlerini (yani, dikkate ilişkin dürtüsellik) hedef alan bir müdahale DEHB belirtileri gösteren kumar bağımlıları için önemli olabilir. Bu tür bir müdahale örneğın bağımlıların kumar ortamları dışında sosyal ağlar geliştirmelerine, geleceğı planlamalarına, karar verirken sonuçları göz önünde bulundurmalarına yardım edecek stratejiler geliştirmelerini sağlayan sosyal beceriler kazanmalarını içerebilir. Bu sonuçlar yalnızca kumar oynama davranışına değil DEHB gibi eşlik eden belirti kümelerine de müdahale edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Alkol Bağımlılığı: Weafer ve ark. (2011) DEHB’de alkol kullanma davranışını incelemişlerdir. DEHB olan bireyler ve geçmişte DEHB öyküsü bulunmayan kişilerden oluşan kontrol grubu arasında alkol tüketimi ve dürtüsellik bileşenleri bakımından bir farklılık bulunup bulunmadığını araştırmışlardır. Sonuçlara göre her iki grupta da davranışsal engelleme yeteneğinin zayıf olması ve fazla risk alma, daha fazla alkol tüketimiyle ilişkili bulunmuştur. DEHB grubunda dikkate ilişkin engelleme becerisindeki zayıflık daha fazla alkol tüketimiyle ilişkili bulunmuştur. Bu bulgular dikkatsizlik belirtileri ve dikkate ilişkin dürtüsellik alkol tüketimini artırması riskini düşündürmektedir.

Sigara Bağımlılığı: ABD’de yapılan bir araştırmada, genel DEHB şiddeti 13 yaşında mevcut sigara içme prevalansının daha yüksek olması ve ayrıca gelişim boyunca sigara tüketiminin artması ile ilişkili bulunmuştur (Lee ve ark., 2015). DEHB şiddetini kontrol edilerek alt alanların etkisine bakıldığında DEHB-HD alanının kullanmaya başlama yaşında ve gelişim boyunca kullanma yaygınlığında görülen değişikliklerde daha önemli olduğunu görülmüştür. 672 ergenle sigara kullanımını incelemek amacıyla yürütölen bir prospektif kohort çalışmada ise DEHB alt tiplerine özgü belirtilerin farklı gelişimsel dönemlerde nikotin bağımlılığı ile ilişkisinin değıştiğı gösterilmiştir (Rodriguez, Tercyak ve Audrain-McGovern, 2008). Örneğın DEHB semptomları başlangıçta nikotin bağımlılığı semptomlarının düzeyi ile ilişkili olmasa da daha yüksek dikkatsizlik belirtileri ergenlik dönemindeki, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri ise genç yetişkinlikteki (18 ilâ 20 yaş) nikotin bağımlılığı semptomlarında hızlanma ile ilişkilidir.

İntihar Davranışı: Dürtüsellik spektrumunda varsayılan intihar davranışını inceleyen bir araştırma, DEHB belirtileri ve ciddi (ölümcül) intihar davranışı arasında ilişki bulmuş ve bu ilişki dürtüsel saldırganlık ve diğer patolojilerin etkisi kontrol edildiğinde de anlamlılığını sürdürmüştür (Conejero ve ark., 2019). Aynı çalışmanın sonuçlarına göre dürtüsel saldırganlık ve DEHB belirtilerinin birlikte görülmesinin erken yaşlarda intihar teşebbüsü riskini artırmaktadır (Conejero ve ark., 2019). Ayrıca dürtüsel saldırganlık ve diğer patolojilerden bağımsız olarak DEHB belirtilerinin ciddi (ölümcül) intihar teşebbüsleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Bileşik tipteki genç kadınların dikkat eksikliği baskın tipe sahip olanlardan daha fazla intihar teşebbüsünde bulunma ve kendine zarar verme riski vardır (Swanson, Owens ve Hinshaw, 2014). Cinsiyetin etkisini araştıran bir çalışmada, DEHB olan kadınlar sağlıklı kadınlardan daha çok intihar düşüncesine sahipken erkeklerde benzer bulgular elde edilmemiştir (Kakuszi, Bitter ve Czobor, 2018). Aynı çalışmanın bulgularına göre, DEHB'li kadınların intihar düşüncelerine benlik algılarıyla ilgili problemler aracılık etmekteyken erkeklerin intihar düşüncelerine dürtüsellik aracılık etmektedir.

Sürücülük Davranışı: DEHB olan sürücüler üzerinde yapılan çalışmalar tutarlı bir şekilde daha fazla trafik cezası aldıklarını ve çarpıştıklarını, yüksek maliyetli çarpışmaları da fazla olduğunu, 1,23-1,88 arasında değişen riskle çarpışmalarda hatalı olma olasılıklarının (Cox ve ark., 2011; Vaa, 2003, 2014) daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Bir otoyol araştırma programının verileri kullanılarak yapılan bir çalışmada, sürücülerin kaza yapma ve ceza alma oranlarında DEHB ve depresyonun olası etkileri incelenmiş ve yalnızca DEHB'in, demografik faktörler hesaba katıldıktan sonra, birden fazla motorlu taşıt ihlali, birden fazla çarpışma ve kazada hatalı olma riski için tek etken olduğu görülmüştür (Aduen ve ark., 2015). DEHB olan sürücülerin birden çok ihlâl ve çarpışma bildirme olasılığı sağlıklı kontrollere kıyasla sırasıyla 2,3 ve 2,2 kat daha yüksektir. DEHB'li sürücülerin birden çok ihlâl yapma riski depresyon belirtisi gösterenlerden daha çoksa da birden çok kaza yapma riski için aynı yönde anlamlı bir sonuç elde edilmemiştir.

Diğer psikopatolojiler: Çocukluk dönemi DEHB öyküsü bulunan yetişkin YAB hastaları, çocuklukta DEHB olmayan YAB grubuna göre daha yüksek dürtüsellik bildirmiştir (Koyuncu ve ark., 2016). Davranış yönetiminde önemli bir rol

oynadığı düşünölen engelleme (inhibisyon/ketleme) Clark'a göre nöronal, zihinsel veya davranışsal aktiviteyi azaltan bir mekanizma şeklinde tanımlanmaktadır (Carruthers, 2016). Bilişsel olarak bireyin bir cevap vermeme veya cevabı geciktirme yeteneği, mevcut bir cevabı sona erdirme ve dikkat dağınıklığına karşı direnç ile ölçölebileceği öne sürölmektedir (Barkley, 1997). Barkley (1997), öz-düzenleme ve hedefe yönelik davranışı özellikle yönlendiren dört yönetici işlev olduğunu öne sürmektedir: Çalışan bellek (örn. bilgileri akılda tutmak, manipöle etmek veya kullanmak), duygulanım/motivasyon/uyarılanın öz düzenlemesi (örn. duygusal, dürtüsel ve uyarana yönelik denetim), konuşmanın içselleştirilmesi (örn. problem çözme ve kural takibi) ve son olarak yeniden inşa (ör. davranış analizi, sözel / davranışsal akıcılık, yaratıcılık).

Bipolar bozukluk (n=267), SKB (n=168) ve DEHB'de (n=173) dürtüselliği kontrol grubuyla (n=47) inceleyen bir çalışmada genel dürtüsellik, BDÖ'nün her üç alt ölçek puanları gruplar arasında farklılaşmış ve grupların yüksekten düşöğe doğru şu şekilde sıralandığı görölmüşür: DEHB, SKB, bipolar ve kontrol (Richard-Lepouriel ve ark., 2019). Çocukluk çağı travmalarının şiddetiyle birlikte bipolar ve kontrol grubunda dürtüselliğin yoğunluğu artmışken DEHB ve SKB grubunda böyle bir ilişki görölmemiştir. Araştırmacılar sonuçları DEHB ve SKB grubunda çocukluk çağı travmalarından bağımsız olarak dürtüselliğin belirgin olabileceği şeklinde yorumlamışlardır.

1.2.3. DEHB'de Duygu Düzenleme Güçlüğü

1.2.3.1. Duygu Düzenlemenin DEHB'li Kişilerdeki Klinik Görünümü

Duygu düzenleme güçlüğünün (DDG) tek bir standart tanımı olmasa da, genellikle güçlü olumsuz ve olumlu duyguların varlığında engelleme ve özdenetim eksikliğini içeren çok boyutlu bir yapı olarak kabul edilir (Hirsch ve ark., 2019). Birkaç farklı duygu düzenleme teorisi mevcuttur (Gross, 2015; Chiesa, Serretti ve Jakobsen, 2013). Temelde yeniden değerlendirme, hedefler ve stratejiler şeklinde belirlenen üç ana öğenin üzerinde uzlaşmışür (Gross, 2015; Gross ve Jazaieri, 2014). Özellikle, bilişsel yeniden değerlendirme gibi bazı duygu düzenleme stratejilerinin, duygusal uyararı yeniden yorumlamak yoluyla onun duygu üretici sistem üzerindeki etkisini

denetlediği düşünülmektedir (Chiesa, Serretti ve Jakobsen, 2013). Bu duygu düzenleme süreçlerinde prefrontal beyin bölgelerinin amigdala gibi duygu üretici beyin bölgeleri üzerinde “yukarıdan aşağıya” düzenlenme yaptığı bulunmuştur (Chiesa, Serretti ve Jakobsen, 2013). Duygu düzenlemenin başka bir yolu, duygusal olarak göze çarpan uyarıların bilişsel olarak yeniden değerlendirilmeden, duygu üreten beyin bölgelerinin doğrudan modülasyonu şeklinde gerçekleşmektedir (Chiesa, Serretti ve Jakobsen, 2013). Bu türdeki düzenleme sürecinde prefrontal korteks gibi aktif olarak “yüksek” beyin bölgelerine başvurmaksızın “düşük” duygu üretici beyin bölgelerinin reaktivitesinin doğrudan azaltılması söz konusudur ve “aşağıdan yukarıya” düzenleme ismini almaktadır. Kısacası yukarıdan aşağıya düzenleme bilişsel değerlendirmeye, aşağıdan yukarıya düzenleme ise uyarının doğasında bulunan algısal niteliklerine cevap olarak duygunun üretilmesini içermektedir (McRea ve ark., 2011).

Teorik olarak DEHB olan hastalarda iki ana duygusal işlevsizlik alanına dikkat çekilmektedir: Artan duygusal tepkisellik ve duyguların yukarıdan aşağıya doğru düzenlenmesinde zorluk (Materna ve ark., 2019). DEHB vakalarında görülen duygusal dengesizlik klinik olarak normal bir duygudurumdan depresif ya da orta düzey heyecanlı bir duruma ani geçiş, huzursuzluk hissi, aşırı dalgalanmalı duygulanım, gün içinde dört-beş kez değişebilen duygudurum şekillerinde gözlenmektedir (Skirrow ve ark., 2014). Bu nedenle DEHB olan çocuk, ergen ve yetişkinlerde yaygın olarak ortaya çıkan özelliklerin sinirlilik, duygusal aşırı duyarlılık, hızla değişen ruh hâlleri ve duygusal uyaran niteliği taşıyan durumlarda görülen zayıf kontrol gibi değişen duygusal deneyimlerle ilişkili olduğu öne sürülmektedir (Hirsch ve ark., 2018; 2019).

Klinik gözlemler doğrultusunda yetişkin DEHB’de duygu düzenleme güçlüğüne dair araştırmalar artmaktadır. DEHB ve duygu düzenleme hakkında kapsamlı bir inceleme, DEHB olan yetişkinlerin yaklaşık %72-90’ında duygu düzenleme güçlüğüne olduğu sonucuna varmıştır (Asherson, 2005; Reimherr ve ark., 2005; 2007). Yalnızca eş tanısı bulunmayan erkek katılımcılarla yürütülen kontrol gruplu bir çalışmada gündelik hayatı takip metodu (ambulatory assessment) kullanılarak DEHB ile DDG arasındaki ilişki duyguların sıklığı, şiddeti ve gün içindeki dalgalanmaları incelenmiştir (Skirrow ve ark., 2014). DEHB olan

katılımcıların daha yoğun huzursuzluk, hayal kırıklığı, öfke yaşadığı ama olumlu duygularda (mutluluk ve heyecan) kontrollerden farklılaşmadığı görülmüştür. Hayal kırıklığı, öfke ve mutluluk duygularındaki dalgalanma da sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde fazladır. Sonuçlara göre bir iş ya da görevde harcanan sürenin olumsuz sonucu huzursuzluk ve hayal kırıklığı, olumlu sonucu ise heyecan/uyarılmadır. DEHB grubu gün içerisinde daha fazla olumsuz olay ve olayı takip eden abartılı öfke bildirmiştir. Öfkeden sonra normal hâle geri dönmeye güçlük yaşamaktadır (Skirrow ve ark., 2014). Hem olumlu hem de olumsuz olayların DEHB grubu üzerinde kontrollere kıyasla daha fazla etkisi vardır. Fakat yine de olumlu ve olumsuz olaylar kontrol edildiğinde bile DEHB grubu anlamlı düzeyde olumsuz duygu ve daha yüksek bir duygusal dalgalanma bildirmiştir. Bu durum olaylara verilen aşırı tepki yerine endojenik bir duruma işaret etmektedir.

Hirsch ve ark. (2018), duygu düzenleme ile DEHB belirtileri arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Bu çalışmada sonuçlar olumlu ve olumsuz duygulanım ile duygu düzenleme becerilerini farklı boyutlar olarak göstermiştir. İlginç bir şekilde, olumlu duygular DEHB öz bildirim ölçeğinin yalnızca benlik kavramı alt ölçeği ile negatif korelasyon göstermiştir. Fakat olumsuz duygular hem temel DEHB belirtileri, hem de benlik kavramı alt ölçekleri ile pozitif korelasyon göstermiştir. Araştırmacılar DEHB'deki öz saygı ve duygu düzensizliği arasındaki yüksek ilişkiyi, duygu düzensizliğinin sebep olduğu akademik, mesleki ve ilişkisel başarısızlıkların düşük öz saygıya yol açabileceği şeklinde yorumlamışlardır. Genel popülasyonla yapılan bir çalışmada DEHB belirtileri tek bir soruyla ölçülen mutluluk duygusuyla ters yönde ilişkili bulunmuştur (Stickle ve ark., 2018). DEHB belirtisiyle mutluluk arasındaki ilişkiye aracılık eden değişkenlerden en güçlüsü duygusal dengesizliktir (İlişkinin üçte birini açıklamaktadır) ve ardından anksiyete ile depresyon gelmiştir. Stresli yaşam olaylarının, fiziksel sağlığın ve sosyal desteğin ise görece az aracılık etkileri vardır. Yalnızlık ve DEHB belirtileri arasında da güçlü bir pozitif ilişki bulunmuştur ve eşlik eden psikiyatrik bozukluklar bu ilişkinin üçte birini açıklamaktadır (Stickle ve ark., 2017). Her ne kadar olumlu ve olumsuz duyguları denetleme, yönetme ve düzenleme becerilerine dair bu sonuçlar tutarlı görünmeseler de gerek belirti göstermeyen kontrollerle, gerekse başka hastalık gruplarıyla yapılan karşılaştırmalarda DEHB olan

katılımcıların aleyhine sonuçlar dikkat çekmektedir. Zira DEHB'li yetişkinler duyguları daha yoğun deneyimlemekte ve duyguları üzerine daha uzun süre düşünme eğilimindedirler (Matthies ve ark., 2014).

Barkley ve Fischer (2010) DEHB tanısı almış ve sağlıklı çocuk gruplarının duygu düzenleme güçlüklerini yetişkinlik döneminde de ölçmüştür. 21 ve 27 yaşlarında iki kez izleme alınan katılımcılar, yetişkinlikte de tanısı devam eden (n=55), yetişkinlikte artık DEHB kriterlerini karşılamayan (DEHB-İ) (n=80) ve sağlıklı kontrol (n=75) şeklinde gruplandırılmışlardır. Depresyon, anksiyete ve zekâ bölümü kontrol edildiğinde, DEHB olan yetişkinlerin duyguları düzenleme güçlüğü kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha fazladır. DEHB ve DEHB-İ ile DEHB-İ ve kontrol grubu arasındaki fark ise anlamlılık düzeyine çok yakındır (sırasıyla $p=0,057$, $p=0,059$). Kısacası iyileşen katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü halen DEHB olanlardan daha iyi ama sağlıklı kontrollerden daha kötü olma eğilimindedir. Kesitsel bir çalışmada da benzer bir şekilde DEHB'li katılımcılar bir psikolojik bozukluğu olmayan kontrollerden anlamlı düzeyde daha fazla duygu düzenleme güçlüğüne sahip bulunmuştur (Baykal ve Nalbantoğlu, 2019).

DEHB tanısı almış çocuk katılımcıların dört farklı tedavi protokolüne atandığı kontrol gruplu bir çalışmada izlem ölçümleri başlangıç değerlendirmesinden 16 yıl sonrasına yani katılımcıların yetişkinlik dönemine dek uzanmıştır (n=476) (Hetchman ve ark., 2016). 16 yıl sonraki ölçümlerde yetişkin DEHB grubu duygusal değişkenlik, nörotisizm ve duygudurum bozukluğunda en yüksek puanlı sonuçları bildirirken DEHB-İ ve sağlıklı kontroller bu alanlarda farklılık göstermemiştir.

Duygu düzenleme güçlüğü'nün DEHB'in belirti kümelerinin hangisinden kaynaklandığı ya da hangisiyle ilişkili olduğu ve görülme olasılığının alt tiplere göre değişip değişmediği, gerek bozukluğu anlamak ve gerekse bir tedavi geliştirmek için önemli bir konudur. Bir çalışmada DDG'nin DEHB'in dikkatsizlik belirtileri arasında orta düzeyde, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileriyle arasında ise güçlü bir pozitif yönlü ilişki bulunmuştur (Barkley ve Fischer, 2010). DEHB-B tipteki katılımcıların duygu düzenleme güçlüğü DEHB-D grubundan anlamlı düzeyde daha fazla bulunduğu bir çalışmada yalnızca DEHB-B duygu düzensizliğini yordamıştır (Baykal ve Nalbantoğlu, 2019). Bununla birlikte boylamsal bir çalışmada çocukluk dönemindeki

DDG belirtileri yetişkinlikte aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerini yordamıştır (Qian ve ark., 2016). Ayrıca çocuklukta hem DEHB, hem de DDG belirtilerini gösteren katılımcılar yetişkinlik döneminde yalnızca DEHB olanlardan çok daha fazla hareketlilik ve dürtüsellik belirtisi gösterme riski taşımaktadır. Başka bir çalışmada duygu düzenleme güçlüğünü; kabul etmeme, amaçlar, dürtüsellik, farkındalık, stratejiler ve açıklık boyutları üzerinden öz bildirim yöntemiyle ölçülerek DEHB belirti grupları ve işlevsellik arasındaki aracılık rolü incelenmiştir. Sonuçlara göre dikkat eksikliği duygu düzenlemenin tüm alt boyutlarıyla ilişkili bulunmuş ve dürtüsellik hariç diğerlerinde hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinden daha güçlü bir korelasyon göstermiştir (O'Neill ve Rudenstien, 2019). Bu sonuçlar kısmi korelasyonlar bir belirti kümesinin etkisi kontrol edilerek tekrarlandığında da benzer şekilde elde edilmiştir. Hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri kontrol edildiğinde dikkatsizlik, duygusal farkındalık hariç tüm duygu düzenleme güçlüğü boyutlarıyla zayıftan orta düzeye kadar değişen şekilde anlamlı ilişki göstermiştir. Oysa dikkatsizliğin etkisi kontrol edildiğinde hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri yalnızca dürtü kontrolü ve duyguların açıklığı zayıf ama anlamlı ilişki göstermiştir. Kohort bir çalışmada üniversite öğrencilerinden oluşan geniş bir örneklemin duygusal zekâ özellikleri ve DEHB belirtileri öz bildirim yöntemiyle ölçülmüş ve yapılan hiyerarşik analizlere göre duygusal zekâ özellikleri dikkatsizliğin %32'sini açıklarken aşırı hareketlilik ve dürtüsellik %27'sini açıklamıştır. Araştırmalara bakıldığında kiminde bağımlı değişken DEHB belirtileri ya da şiddetiyken kiminde duygu düzenleyememe olduğu görülmekte, bazısı kesitsel, bazısı boylamsal çalışma iken nedensellik çeşitli modelleme yöntemleri ya da regresyon analizleri kullanılarak incelenmektedir. En temel farklılık, araştırmacıların çalışmalarını dayandırdığı *DEHB'de duygu düzenleme modellerinin* birbirinden farklı olmasından kaynaklanan farklı yöntemler gibi görünmektedir.

Bu nedenle duygu düzenleyememe söz konusu olduğunda sonuçların kimi zaman dikkat eksikliği, kimi zaman ise aşırı hareketlilik ve dürtüsellik aleyhine olması anlaşılır görünmektedir. Fakat her iki belirti kümesinin de duygu düzenleyememe ile gösterdiği ilişki güçlüdür.

Duygu düzenleme güçlüğü'nün DEHB ile birlikte görülmesi başta depresyon ve anksiyete olmak üzere eş tanı riskini artırdığı düşünülmektedir (Barkley ve Fischer, 2010). Örneğin, DEHB'lilerle yürütülen boylamsal bir çalışmada çocukluk dönemindeki duygu düzenleme güçlüğü yetişkinlik döneminde aşırı hareketliliği yordamıştır (Qian ve ark., 2016). Benzer bir şekilde duygu düzenleme güçlüğü DEHB semptomların şiddetini de artırmaktadır (Barkley ve Fischer, 2010). Örneğin bir çalışmada diğer belirtiler kontrol edilerek dikkatsizlik ile belirtilerden sıkıntı duyma arasındaki ilişkisinde duygu düzenlememenin rolü incelenmiştir (O'Neill ve Rudenstien, 2019). Yüksek düzey dikkatsizliğin daha düşük duygusal açıklık ve daha az duyguları düzenleme stratejileriyle, bunlar da belirtilerden daha fazla sıkıntı duyma ile ilişkili bulunmuştur.

Duygu düzenlemenin DEHB'de işlevselliğe etkisi çalışmalara konu olmuştur. Barkley ve Fischer (2010), DEHB'li kişilerin işlevsellik düzeylerinin düşmesinde duygu düzenlememenin rolünü araştırmış; işlevsellik düzeyi 10 alanda incelenmiştir: Ev hayatı, iş, toplumsal etkileşim, toplum faaliyetleri, eğitim, romantik ilişki/evlilik, mali durum, araba sürme, boş vakit, günlük sorumluluklar. Dikkatsizlik işlevsellikteki toplam bozulmanın %38'ini açıklarken, DDG onu izleyerek %9,4'ünü açıklamıştır. Bir çalışmada DDG hem çocukluk hem de yetişkinlik döneminde okulu dondurmayı yordamıştır (Qian ve ark., 2016). Bodalski, Knouse ve Kovalev (2019)'in çalışmasında DEHB belirtileri artan duygu düzenleme güçlüğüyle ($a=.71$, $p<.01$), bu da romantik ilişkilerde ve arkadaşlıkta daha az doyum, daha fazla psikososyal işlevsizlik ile ilişkili bulunmuştur. O'Neill ve Rudenstein (2019) ise çeşitli eş değişkenler girildikten sonra dikkatsizlik belirtileri arttıkça sosyal rol ve kişilerarası ilişkilerde daha büyük bir bozulma görüldüğünü bildirmiştir.

Barkley ve Fischer (2010) iş hayatındaki işlevsellik düzeyini hem işverenlerin, hem de katılımcıların bildirimleriyle değerlendirmiştir. Çeşitli iş hayatı değerlendirme ölçeklerinin yanı sıra işe devam edilen günler, iş değiştirme sayısı, iş arkadaşıyla anlaşmazlıklar, işverenle anlaşmazlıklar gibi alanlarda katılımcılardan bilgi toplanmıştır. Öz bildirim sonuçlarına göre, iş hayatındaki işlevselliğin bozulmasını en fazla açıklayan DDG'dir. Onu sırasıyla dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve

dürtüsellik belirtileri izlemiştir. Fakat işveren değerlendirmesine göre yalnızca dikkatsizlik belirtileri işlevsellikteki bozulmayı yordamıştır.

Barkley ve Fischer'ın (2010) çalışmasında resmi kayıtlardan alınan verilere göre DEHB-D ve DEHB-HA belirtileri ve DDG arasından yalnızca DDG trafik cezaları ve ehliyete el konmasını yordamaktadır (Barkley ve Fischer, 2010). Mali duruma ilişkin işlevsellik incelendiğinde DDG ve dikkatsizlik kredi oranları, bir dürtü üzerine satın alma ve parayı elinde tutmadaki zorlukları yordamıştır. Bununla birlikte dikkatsizlik tek başına para saklamadaki zorlukları ve ipotek (mortgage) ödemesini unutmayı yordarken DDG tek başına kredi kartı ödemesini kaçırmayı yordamıştır.

1.2.3.2. DEHB'de DDG Modelleri

DEHB ve duygu düzenlemeye dair üç temel model vardır. İlk model duygu düzenleme eksikliklerini DEHB'in dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi bir alt tipi ve temel belirti kümelerinden biri olarak kavramsallaştırmıştır (Barkley ve Fischer, 2010; Schmitt ve ark., 2012; Shaw ve ark., 2014). Bu model bilişsel ve duygusal düzenleyici sistemler (yani, fizyolojik uyarılma, engelleyici denetim, dikkat denetimi, bilişsel esneklik ve eylem planlaması) ve DEHB belirtileri arasındaki yakın ilişkiye ve ortak nörobilişsel eksikliğe dayanmaktadır (Barkley ve Fischer, 2010; Schmitt ve ark., 2012; Shaw ve ark., 2014). Barkley ve Fischer'e (2010) göre DDG ve DEHB belirtileri arasındaki bu güçlü ilişkiler, DDG'nin DEHB belirtilerinin şiddetini artırması ve karşı gelme karşıt olma bozukluğu için risk faktörü olması DDG'nin bir DEHB bileşeni kabul edilmesini desteklemektedir.

İkinci modele göre DEHB hastaları arasında duygu düzenleme bozukluğu yaşayan münferit, özel bir alt tip vardır (Surman ve ark., 2013; Biederman ve ark., 2012). Bir başka deyişle, DEHB+DDG (duygu düzenleme güçlüğü) şeklinde gösterilmesi mümkün olan ve salt DEHB grubundan farklı bir etiyojolojiye ve seyre sahip belirli bir alt tip tanımlanmakta ve bunu işaret eden birtakım genetik bulgulara dayanılmaktadır. DEHB grubunun duygu düzenleme bakımından iki kümede açıklandığı bir çalışmada, her iki küme de sağlıklı örnekleme karşılaştırıldığında daha düşük düzeyde duygu düzenleme becerileri göstermişlerdir (Hirsh ve ark., 2019). İki DEHB grubu birbirleriyle karşılaştırıldığında 2. kümedeki hastalar daha ciddi

duygu düzenleme eksikliği bildirmiştir. 2. kümedeki yetişkin hastalar en yüksek duygusal değişkenliğe sahiptir ve duygu düzenleme becerileri diğer gruplara kıyasla en düşük düzeydedir. Böylece bu kümenin şiddetli duygu düzenleme güçlüğüyle birlikte giden bir DEHB alt grubunu temsil ettiği sonucuna varılmıştır. 2. kümede yer alan DEHB grubu daha az olumlu duygulanım ile daha fazla olumsuz duygulanım, BDE puanı ve eş tanı bildirmiştir. Sonuçlara göre kümeleme analiziyle oluşturulan yoğun duygu düzenleme güçlüğüne eşlik etmediği DEHB kümesi, depresif, tekrarlayan depresif ve uyum bozukluğu olan hastalara göre anlamlı derecede yüksek duygu düzenleme becerisine sahiptir. Duygu düzenleme bozukluğu ile giden DEHB kümesi ise en kötü duygu düzenleme becerisine sahiptir. Fakat iki küme arasındaki bazı farklar bu sonucu değerlendirirken göz önünde tutulmalıdır: 2. kümede kadınların yüzdesi daha fazladır ve DEHB olan kadınlar erkeklere göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü göstermektedir. Ayrıca 2. kümede %85 oranında DEHB-B alt grubu bulunmuştur ki diğer iki alt tipten daha fazla duygu düzenleme güçlüğü göstermektedir. Bununla birlikte DEHB öz bildirim ölçeklerinde doğrudan duygu düzenlemeyle ilgili sorular sorulmadığından duygu düzenleme güçlüğüyle birlikte giden DEHB alt grubunun anksiyete veya depresyon ile karışması beklenebilir (Hirsch ve ark., 2018).

Üçüncü modele (Surman ve ark., 2013) göre DEHB belirtileri ve duygu düzenleme bozukluğu apayrı iki olgudur ve aralarındaki ilişki korelatiftir. Yeni tanı almış hasta örneklemeyle yürütülen bir çalışmada, DEHB'in üç belirti kümesi, benlik algısı, olumlu ve olumsuz duygular (EMO-Check ile ölçülmüştür) ve duygu düzenleme becerileri doğrulayıcı faktör analizi ile incelenerek her birinin ayrı faktörler olduğunu destekleyen bulgular elde edilmiştir (Hirsch ve ark., 2018). Gizli faktör ilişkileri duygusal düzensizlik ile özellikle benlik kavramına ilişkin sorunlarla arasında ve kısmen de dürtüsellik/duygusal değişkenlikle arasında ortaya çıkmıştır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre duygu düzensizliğinde azalma, erişkin DEHB'in temel belirtilerinde azalma ile ilişkilendirilmiştir. Bu durum her iki belirti kategorisinin muhtemel yakın ilişkisini göstermekte, yani üçüncü modelin öne sürdüğü gibi DEHB ve duygu düzenleme güçlüğüne birbirinden ayrı, müstakil ama ilişkili yapıları desteklemektedir.

Tablo 1.3. DEHB'e ilişkin duygu düzenleme modelleri

Duygu Düzenleme Modelleri			
Model	1	2	3
Kuramsal öneri	Duygu düzenleme güçlüğü dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik gibi DEHB'in bir alt belirti kümesidir.	DEHB'li bireyler arasında duygu düzenleme güçlüğünün eşlik ettiği bir alt grup vardır.	DEHB ile duygu düzenleme güçlüğü iki ayrı entitedir ve aralarında korelatif bir ilişki vardır.

1.2.3.3. Duygu Düzenleme Stratejileri

Herhangi bir patolojiden bağımsız olarak birbirinden farklı duygu düzenleme modelleri mevcuttur. Dolayısıyla bu kuramsal çeşitliliği DEHB örnekleminde duygu düzenleme stratejilerini araştıran çalışmalarda da görmek mümkündür. Örneğin duygu düzenleme stratejilerini kaçınma (bilişsel-davranışsal ve deneyimsel), bastırma ve yeniden değerlendirme şeklinde kavramsallaştıran bir çalışmada 159 işçiyle çalışılmış ve DEHB ile işlevsellik arasındaki ilişkide duygu düzenleme stratejilerinin rolü incelenmiştir (Bodalski, Knouse ve Kovalev, 2019). Bu çalışmaya göre yalnızca kaçınma stratejileri DEHB ve duygu düzenleme arasındaki ilişkide aracılık etmiştir. Bununla birlikte DEHB belirtileri artan duygu düzenleme güçlüğüyle ($a=0,71$, $p<0,01$), bu da yüksek anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkilidir. Bununla birlikte bilişsel-davranışsal ve deneyimsel kaçınma stratejileri DEHB ve duygu düzensizliği arasında aracılık etmekteyken duyguları bastırma ve yeniden değerlendirme stratejileri için benzer sonuçlar bulunmamıştır. Duyguları deneyimlemekten kaçınmanın DEHB hastalarındaki duygu düzenlemeyi güçleştirdiği söylenebilir. Yapılan yol analizlerine göre ise DEHB belirtileri depresyon düzeyini sırasıyla daha fazla bilişsel-davranışsal kaçınma stratejisi ve daha fazla duygu düzensizliği üzerinden dolaylı olarak etkilemektedir. Deneyimsel kaçınma stratejisi de DEHB ve depresyon arasında benzer bir aracılık serisini sağlamıştır. Seri aracılık etkilerine göre, DEHB ve anksiyete arasında sırasıyla bilişsel-davranışsal kaçınma ve duygu düzensizliği aracılık etmiştir. Dolayısıyla DEHB belirtilerinden yakınan birinin, duygularından bilişsel veya deneyimsel olarak kaçınması duygu düzenleme becerilerini daha fazla bozmak suretiyle depresyon ve anksiyete riskini artırmaktadır.

Bodalski, Knouse ve Kovalev (2019), duygu düzenleme stratejilerinin, DEHB olan kişilerin duygu düzenleme güçlüğü ile işlevsellik düzeyleri arasındaki ilişkiyi etkilediğini belirtmektedir. DEHB'in ev hayatı, iş, yabancılarla ve tanıdıklarla sosyal etkileşimler, arkadaş ilişkileri, gündelik ev işleri ve evle ilgili diğer görevler, topluluk faaliyetleri, eğitim faaliyetleri, romantik ilişkiler, cinsel aktiviteler, finans yönetimi, araba sürme, günlük sorumlulukların düzenlenmesi, ebeveynlik, sağlığın korunması ve son olarak günlük bakım şeklinde toplam 15 farklı işlevsellik alanıyla tek tek ilişkisinde duygu düzenlemenin aracılık ettiği görülmüştür. Seri aracılık etkisine göre, DEHB duygu düzenleme stratejilerinden bilişsel-davranışsal kaçınmayı artırmış, o da duygu düzensizliğini artırarak arkadaşlıktaki memnuniyeti düşürmüştür. Aynı şekilde DEHB'in bilişsel-davranışsal kaçınmayı, onun da duygu düzensizliğini artırmasıyla işlevsellik bozulmuştur. Dolayısıyla DEHB belirtilerinden yakınan birinin duygularından bilişsel veya deneyimsel olarak kaçınması duygu düzenleme becerilerini daha fazla bozmakta, arkadaşlık ilişkilerinden memnun olmasını zorlaştırmakta ve işlevselliğini düşürmektedir.

Duygu düzenlemenin bir başka modeline göre şu açık stratejiler vardır: yeniden değerlendirme, dikkatini dağıtma ve bastırma. Materna ve arkadaşları (2019), DEHB olan hastaların yeniden değerlendirme sırasındaki beyin aktivitelerini elektrofizyolojik görüntüleme yöntemiyle incelenmiştir. Yeniden değerlendirme, duygusal cevabın aşağı veya yukarı doğru düzenlenmesi için duyguları açığa çıkaran bir uyarının kasıtlı biçimde yeniden değerlendirilmesidir. Sonuçlara göre bastırmayı bir duygu düzenleme stratejisi olarak daha sık kullanmalarına rağmen, DEHB olan hastaların yeniden değerlendirmeye ilişkin davranışsal ve nöral korelasyonları sağlıklı kontrollerdekine benzemektedir. Davranışsal değerlendirmede, her iki grup da yeniden değerlendirme stratejisini kullandıklarında duygu içerikli resimleri daha az olumsuz puanlamıştır. Bu nedenle araştırmacılar yeniden değerlendirme eğitiminin bir terapi kapsamında hastaların işlevsiz duygu düzenleme stratejilerini aşmalarını sağlayacak yararlı bir modül olabileceğini ileri sürmektedir. İlaveten duygusal aşırı duyarlılığın psikoeğitimsel yaklaşımlara dahil edilmesini tavsiye etmektedir; çünkü böylece farkındalık hastaların yoğun duygusal durumlar veya uyarılar için daha iyi başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olabilecektir.

Matthies ve arkadaşları (2014) DEHB’li yetişkinlerde olumsuz duygusal deneyimler ve “aşırı uyarılabilirlik” arasındaki olası ilişkileri tespit etmek için iki duygu düzenleme stratejisinin –bastırma ve kabul– etkilerini incelemiştir. Aşırı uyarılabilirlik bu çalışmada duyguya boğulmak (duygunun ağır gelmesi) şeklinde işevuruk tanımlanmıştır. Katılımcılar duygu düzenleme biçimlerine göre bastırma ve kabul koşullarına atanmıştır. Her iki gruba da üzücü bir video klip seyrettirilerek bu müdahalenin öncesinde, bitiminde ve iki dakika sonrasında üzüntüye boğulma düzeylerine dair öz bildirimler alınmış, fizyolojik tepkileri de kaydedilmiştir. Her iki koşulda da katılımcıların üzüntü yoğunluğu benzer düzeydedir. Dolayısıyla duygu düzenleme biçimlerinin üzüntünün yoğunluğu üzerinde etkisi bulunmamıştır. Bununla birlikte klbin bitimindeki ölçümden iki dakika sonraki ölçüme kadar, baskılama koşulundaki katılımcılar üzüntüye boğulma hissinden daha uzun sürede kurtulmuşlardır. Kabul koşulundaki katılımcıların üzüntüye boğulma hissi ise anlamlı düzeyde daha kısa sürede taban çizgisine geri dönmüştür. Dolayısıyla bu çalışma yoğun bir duygusal deneyimin ardından DEHB’lilerin normal duygudurumlarına geri dönmelerinin daha fazla zaman aldığını desteklemektedir. Bununla birlikte her iki stratejinin kullanımında da fizyolojik ölçümler sempatik tepkilerde azalma olduğunu göstermiştir. Literatürde yer alan, DEHB’li kişilerin sempatik tepkilerinin daha fazla olduğu yönündeki bilgilere karşın, kalp atışlarındaki yavaşlama üzüntü duygusunun sağlıklı insanlardaki gibi geri çekilme tepkilerine yol açtığını düşündürmüştür.

Bu bölümde bahsedilen çalışmalarda ortaya konan ilişki sel sonuçlar yalnızca DEHB belirtileri ve DDG arasındaki ilişkinin gücünü değil, hangi duygu düzenleme stratejilerinin veya DDG boyutlarının belirtiden duyulan sıkıntı, eş tanı riski, eğitim, kişiler arası ilişkiler, yaşam doyumu gibi alanlardaki olumsuz sonuçlara aracılık ettiğine de ışık tutmaktadır. Bu nedenle bazı çalışmaların sonuçları tutarsız gibi görünse de terapötik bir müdahalede duygu düzenlemenin özel olarak hedef alınmasının önemini ortaya koymaya kâfidir. Bu durumda DEHB’in belirti kümelerinden ziyade aracılık etkisi gösteren çeşitli duygu düzenleme stratejileri veya DDG boyutlarının geliştirilen terapide hedef alınması faydalı görünmektedir.

1.2.4. DEHB’de Benlik Algısı ve Özsaygı

DEHB belirtileri çocukluk dönemi boyunca kişilerarası ilişkileri olumsuz etkilediğinden ve okul başarısı ile uyum konusunda belirgin sıkıntılara neden olduğundan benlik saygısını zedelemektedir (Torrente ve ark., 2012). DEHB'li kişilerde çok sık görülen DDG de ilişkilere zarar vererek işlevselliği düşürmekte ve böylece benlik algısını yine kötü etkilemektedir. DEHB'li yetişkinler çocukluklarından beri kendilerini diğerlerinden farklı hissetmekte ve bu, anormal ya da hatalı olduklarına inanmalarına sebep olmaktadır (Brod ve ark., 2012).

Nitel bir çalışmada, yoğunlaşamadıkları ve mevzuyu takip edemedikleri zaman kendilerini aptal hissettiklerini dile getiren DEHB hastaları, diğerleri tarafından ihtiyaç duyulmak ve istenmek için çok çabaladıklarını ifade etmiştir (Bjerrum, Pedersen ve Larsen, 2017). DEHB'li bireyler sosyal ilişki kurarken veya akademik işlevselliklerinde zorluk çekmenin yanı sıra kendilerini iş yerinin veya görevli olduğu işin bir parçası gibi hissedememekte, diğerleri gibi olmadığını fark etmekte ve onlarla eşit kabul edilebilmek için çok çaba harcamaktadırlar (Bjerrum, Pedersen ve Larsen, 2017). Bununla birlikte neşeli, eğlenceli, olumlu yanılısama eğilimleri, yaratıcılık gibi avantajlı kişilik özelliklerini de kabul etmektedirler (Brod ve ark., 2012). Bu yüzden bazı kişiler DEHB'in getirdiklerini bir kişilik özelliği gibi değerlendirmekte ve bundan memnun olabilmekte, diğer bazıları ise bunların belirti olduğunu ve hayatlarını zorlaştırdıklarını söylemektedir. Örneğin, nitel bir çalışmada katılımcıların %28'i DEHB'in tamamen ortadan kalkmasını isterken %35'i DEHB'i kişiliklerinin önemli bir parçası olarak görmekte ve tamamen iyileşmesini istememektedir. Yalnızca %16'ı bu konuda kararsızdır (Brod ve ark., 2012).

1.3. DEHB ve İşlevsellik

1.3.1. DEHB'de Kişilerarası İlişkiler

DEHB'li kişiler ebeveynden arkadaşlara, iş çevresinden eşe kadar geniş bir yelpazede ilişki problemleri bildirmekte (Brod ve ark., 2012); çabuk öfkelenme, dikkatsizlik, kompulsif konuşma ve unutkanlık sosyal etkileşimde yanlış anlaşılmalara neden olmaktadır (Brod ve ark., 2012).

DEHB belirtilerinin yetişkinlerin sosyal hayattaki işlevselliklerini olumsuz yönde etkilediğini gösteren çalışmalar (Bora ve Pantelis, 2016; Hirsch ve ark., 2018;

McKee, 2017; Moya ve ark., 2014) sosyal biliş, evlilik, ebeveynlik, arkadaşlık ve romantik ilişkiler gibi çeşitli alanlarda yapılmıştır. Sosyal işlevsellikteki bozulma duygu düzensizliğinin aracı rolü ile de artabilmektedir. Mörstedt ve ark. (2016)'nın bulgularına göre duygusal düzensizlik DEHB'li bireylerin aile hayatı ve sosyal etkileşimleri başta olmak üzere işlevselliğini kötüleştirme ve belirtilerin şiddetini artırma potansiyeli taşımaktadır. Yani duygusal belirtiler, DEHB belirtileri ve düşük işlevsellik arasındaki ilişkiye tesir ederek gündelik hayatı olumsuz yönde etkilemektedir. Gerek ailevi işlevsellikte olduğu gibi dürtüsellüğün, gerekse sosyal ilişkilerde olduğu gibi dikkatsizliğin etkisini artırarak işlevselliği kötüleştirmektedir (Mörstedt ve ark., 2016).

1.3.1.1. Sosyal Biliş

Kişilerarası ilişkileri etkileyen becerileri ele alan ve 44 kontrollü çalışmayı kapsayan bir metaanaliz (Bora ve Pantelis, 2016), sosyal bilişin DEHB grubunda belirti göstermeyen katılımcılara kıyasla anlamlı düzeyde düşük olduğunu göstermiştir ($n_{DEHB}=1998$, $n_K=1725$). Daha özeldir ise zihinselleştirme (zihin kuramı), yüz ifadelerinde ve sesli ifadelerde duyguları tanıma yetenekleri anlamlı düzeyde düşüktür. Bu bulgular zihinselleştirme hariç yetişkinler için de geçerlidir. Yüz ifadelerinde öfkeyi tanıma en çok bozulmanın görüldüğü alandır ve onu korku takip etmektedir (Bora ve Pantelis, 2016; Tatar ve ark, 2015). Sırasıyla üzüntü, şaşkınlık ve mutluluğun tanınmasında da sağlıklı kontrollere kıyasla hafif ama anlamlı bozulma görülmüştür (Bora ve Pantelis, 2016).

Thoma ve ark. (2020), 90 DEHB'li katılımcı ve 20 kontrolle sosyal problem davranışı üzerine yürüttükleri bir araştırmada, sosyal bilişi ayrıntılı incelemek üzere iki araç kullanmışlardır. Bunlardan ilki gündelik hayatta kişilerarası ilişkilerde ortaya çıkabilecek zorluklara çözüm bulma becerisini ve ikincisi akış olarak isimlendirilen sıra dışı problemlere yüksek nitelikli çözüm üretme duyarlılığını ölçmektedir. Sonuçlara göre DEHB'li bireyler sosyal problem çözerken belirti göstermeyen kontroller kadar iyi olsalar da pratik değildirler ve sıra dışı problemlere daha az isabetli sonuçlar üretirler. Akış testinde sağlıklı kontrollere kıyasla DEHB'liler problemleri daha sıra dışı bulduklarını bildirtir; dolayısıyla farklı sosyal durumlara karşı öznel olarak daha fazla duygusal tepki verdikleri düşünülebilir. Bununla birlikte sosyal,

pratik ya da hiçbir niteliği taşımayan çözümler üretmede iki grup birbirinden ayrılmaya da en iyi nitelikli, yani hem sosyal hem pratik çözümleri üretme DEHB’li bireyler sağlıklı kontrollerden daha düşük performans göstermiştir. Sadece en iyi nitelikli çözümleri tanımada (verilen çoktan seçmeli çözümler arasından), en iyi nitelikli çözüm üretme yeteneklerindeki gibi aleyhte bulgular elde edilmemiş; bununla birlikte DEHB grubun sosyal kaygısı sağlıklı kontrollere göre daha yüksektir. Düşük sosyal problem çözme becerisinin daha fazla ilişkisel probleme yol açarak sosyal kaygıyı doğurduğu şeklinde bir açıklamanın mı yahut tersi yönde bir etki silsilesinin mi açıklayıcı olduğu, araştırmayı bekleyen bir konu olmakla birlikte DEHB’li bireyler için sonucun değişmediği düşünülebilir. Dolayısıyla DEHB’li bireylerin hem pratik çözümler üretme becerileri, hem de sosyal kaygıları hedef alındığında kişilerarası ilişkilerdeki problemlerinin azalması beklenebilir.

Groen ve ark. (2018), sosyal bilişleri Baron-Cohen’in geliştirdiği empatik-sistemik yaklaşım üzerinden tanımlayarak DEHB alt eşliğindeki katılımcılar için muhtemel farklılaşmayı incelemiştir. Sonuçlara göre DEHB tanısı ve cinsiyet anlamlı farklılaşmaya yol açmaktadır. Yani DEHB’li kişiler sağlıklılardan daha az ve kadınlar ise erkeklerden daha fazla empatiktir.

1.3.1.2. Eşler ve Romantik İlişki

Boylamsal bir çalışmada, yetişkinlikte DEHB kriterlerini karşılayan katılımcılar sağlıklı kontrollere kıyasla romantik eşlerinden ve yakın ilişkilerinden daha az memnuniyet duymaktadır (Moya ve ark., 2014). DEHB-İ grubu ise sağlıklı kontrollerden ayrılmamıştır. Kesitsel bir çalışmanın sonuçlarına göre DEHB-B alt tipindekiler sağlıklı kontrollere kıyasla ilişkilerinden daha az memnundurlar (Bruner, Kuryluk ve Whitton, 2015).

DEHB’liler daha az yakınlık hissetmektedir ve cinsiyetin de yakınlık hissi üzerinde etkisi mevcuttur (Ben-Naim ve ark., 2017). Buna göre her ne kadar iki cinsiyet için de sağlıklı kontroller lehine anlamlı fark bulunsa da DEHB’li kadınların eşlerine yakın hissetmede yaşadığı sıkıntı daha şiddetlidir. Bu çalışmada yapılan aracılık analizine göre DEHB belirtileri, DEHB’li bireyin yakınlık hissini azalttıkça eşinin evlilik doyumu daha da azalmaktadır. Bruner, Kuryluk ve Whitton’un

çalışmasına (2015) göre, kadınların hem hiperaktif-dürtüsel hem de dikkatsiz belirti düzeyleri ilişki kalitelerini olumsuz etkilemektedir. DEHB belirtileri duygu düzenleme sorunlarını, stres düzeylerini ve eşleriyle aralarındaki düşmancıl çatışmayı artırmakta, bunlar da ilişkiden daha az memnun olmalarına yol açmaktadır.

Sağlıklı erkekler sağlıklı kadınlara kıyasla DEHB'li eşlerinin kısıtlılıklarını istatistiksel olarak daha az hoşgörmektedirler (Minde ve ark., 2003). Minde ve ark. (2003), %58 erkek, DEHB'li karısından ayrıken, yalnızca %09 kadın DEHB'li kocasından ayrıdır ki aradaki fark istatistiksel olarak da anlamlıdır. Canu ve ark. (2014), 63 üniversiteli çiftle bir çalışma yürüterek eşlerden birinin DEHB alt tipi özelliklerini karşıladığı çiftlerde görülen çatışma ve problem çözme davranışlarının sağlıklı çiftlere göre değişip değişmediğini incelemiştir.

Çiftlerden kendileri için önemli buldukları bazı problem alanları seçerek aralarında tartışmaları istenmiş ve tartışma sırasında gösterdikleri olumlu (ya da yüksüz konuşma, görev yönelimli konuşma, mizah, katılım vb.) ve olumsuz (şikâyet etme, eleştirme/karşı tarafa yüklenme, “Evet, ama”, savunmacılık vb.) çatışma çözme davranışları araştırmacılar tarafından kodlanmıştır. DEHB-B çiftlerde DEHB-D ve normal gruptan daha fazla olumsuz çatışma davranışları görülmüştür. Örneğin diğer iki gruba göre daha fazla şikâyet etmiş, eleştirmiş, “Evet, ama” kullanmış ve daha az olumlu davranış göstermişlerdir. Yalnızca savunmacı davranışta her iki DEHB alt grubu da normal çiftlerden daha fazla puan almıştır. Diğer yandan bir olumlu çatışma davranışı olan katılımı (engagement) gösteren grup da yine DEHB-B olmuştur. Fakat olumsuz cümleler ve yüz ifadeleriyle iletişime katıldıkları için sonuçta bu katılımın da ilişkiyi zedelediği görülmektedir. Çünkü bekleneceği üzere bileşik tip katılımcılar ve eşleri ilişkilerinden diğer çiftlere kıyasla daha az memnun bulunmuştur. Dolayısıyla bu araştırmanın sonuçları benimsediği olumsuz çatışma davranışlarının, bileşik tipteki katılımcıların ve eşlerinin ilişki doyumunu azalttığını desteklemektedir. Dikkatsiz tipteki katılımcılarda ise yalnızca savunmacılık gözlenmiştir ki zaten ilişki doyumları normal çiftlerden az da olsa istatistiki olarak anlamlı değildir.

Bir başka araştırma dikkatsiz tipteki kişilerin genel sosyal ilişkiyi başlatma ve sürdürmede daha dezavantajlı olduğunu göstermiştir (Canu ve Carlson, 2003). Biriyle tanışma bağlamında katılımcıları bir araya getiren bu çalışmada dikkatsizler daha yeni

tanıştıkları kişiyle daha kısa konuşmuştur ve etkileşimi devam ettirmek için duyduğu arzu bileşik tiptekilerden ve sağlıklı kontrollerden daha azdır (Canu ve Carlson, 2003). DEHB’li bireylerle tanışan sağlıklı eşler ise bileşik tiptekileri ve sağlıklı kontrolleri daha fazla potansiyel bir flört olarak değerlendirmişlerdir. Bu sonuçlar görüşmeleri değerlendiren gözlemciler tarafından da tekrar edilmiştir. Gözlemciler DEHB-B alt tipindeki katılımcıların daha fazla konuşma başlattığını ve daha cazibeli bir girişkenliğe sahip olduklarını bildirmiştir.

Canu ve Carlson (2007) sonraki araştırmalarında tanı kriterlerini karşılayan erkeklerin reddedilme hassasiyetini araştırmış ama sağlıklı kişilerle aralarında bir fark bulmamışlardır. DEHB-D alt tipteki kişiler ilişkilerine dair bileşik tiptekiler ve sağlıklı kontrollerden daha olumsuz deneyimler aktarmıştır. İlişkilerine diğerlerinden daha az yatırım yapan DEHB-D grubu, yakınlık kurmak için daha az arzu duymaktadır. Her iki grubun da öz saygısı sağlıklı katılımcılara göre daha azdır. Kendi içlerinde de bileşik tip daha az özsaygıya sahiptir. Çocukluk deneyimleri reddedilmeyle dolu olmasına rağmen yetişkinlikte bunu hissetmemeleri DEHB’li kişilerin olumlu yanılama önyargısı nedeniyle olabilir. Önceki bölümlerde belirtildiği üzere, bu özelliklerinin onları koruduğu düşünülmekte ve güçlü yanlarından biri olarak görülmektedir.

Wymbs (2018), eşlerden en az birinin DEHB olduğu 20 ve her iki eşin de sağlıklı olduğu 12 çifti seçkisiz bir şekilde “tükenme” ya da kontrol koşuluna tabi tutmuştur. “Tükenme” koşulu yalnızca görüşme yapan bir kadının görüntüsünün bulunduğu ama sesinin duyulmadığı 6 dakikalık bir videonun izlenmesini içermektedir. Bu koşuldaki katılımcılara kadının yüzüne odaklanmaları söylenmiş; ardından bir araya gelen çiftlerin çeşitli sorunları üzerinde konuşmaları beklenmiştir. Bu konuşmadaki olumlu ve olumsuz iletişimsel davranışlar hem gözlemci tarafından kodlanmış, hem de katılımcılar tarafından puanlanmıştır. Hem gözlemci hem de eşlerin değerlendirmesine göre öz kontrol kaynakları tükenen DEHB’li bireyler aynı durumdaki sağlıklı katılımcılardan daha az pozitif iletişim kuruyor. Gözlemciler tükenme koşulundaki DEHB’li kişilerin daha fazla negatif iletişim kurduğunu bildirmekteyken eşlerin değerlendirmesinde böyle bir sonuç çıkmıyor. Burada DEHB’li katılımcılar arasında erkeklerin (%67) kadınlardan daha fazla oluşuna dikkat

çekmek gerekir. Dolayısıyla kadın eşlerin hoşgörü becerileri burada rol oynamış olabilir.

Neticede dikkatsizlik ağırlıklı kişilerin ilişkilerde daha tereddütlü, kaçınan, utangaç ve soğuk bir çizgiye sahip (Canu ve Carlson, 2003; 2007) olsalar da ilişkilerinde daha ciddidirler ve çatışmaları sağlıklı kişilere denk becerilerle yürütebilmektedirler (Canu ve ark., 2014; Wymbs, 2018). Buna karşın bileşik tiptekiler ilişkiyi başlatmakta ve sürdürmekte daha girişken, istekli ve çekicidir ama çatışmalarda daha yıkıcı bir üsluba sahiptirler.

1.3.1.3. Ebeveynlik ve Aile Hayatı

Minde ve ark. (2003) en az bir ebeveynin DEHB olduğu 33 ve her iki ebeveyninde sağlıklı olduğu 26 anne babayı ve çocuklarını kapsayan bir çalışma yürüterek aile içi ilişkilerini incelemiştir. DEHB'li ebeveynler sağlıklı olanlara kıyasla daha fazla kaygı bozukluğu, alkol kötüye kullanımı ve başka psikiyatrik bozukluk bildirmiştir. Eşleri de sağlıklı kişilerin eşlerinden daha fazla psikiyatrik hastalığa sahiptir. Cinsiyetleri ya da çocuklarının tanı alıp almaması fark etmeksizin DEHB'li bireyler evliliğe daha zor uyum sağladıklarını bildirmiştir. Eşleri ise sağlıklı katılımcıların eşlerinden daha fazla zorlanmamış ve evlilik doyumları görece düşük olsa da bu fark anlamlılık düzeyine erişmemiştir. Fakat başka bir çalışmada DEHB'li bireylerin eşlerinin sağlıklı kişilerin eşlerine göre daha az yakınlık hissettikleri ve daha fazla zorlandıkları görülmüştür (Ben-Naim ve ark., 2017).

Evliliğe uyum sağlamadaki zorluklar DEHB'li bireylerin daha geç olgunlaşmalarıyla ilgili olabilir. Zira daha geç yaşta evlenmeleri ve çocuk sahibi olmaları geç olgunlaşmalarının göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Minde ve ark., 2003). Hetchman ve ark. (2016)'nın yürüttüğü boylamsal çalışmada, iyileşsin ya da tanısı devam etsin, DEHB grubu sağlıklı kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha erken cinselliğe başlamış, daha fazla kişiyle cinsel ilişki kurmuş, hamilelik riski taşımış ve 18 yaşından evvel çocuk sahibi olmuştur. DEHB-İ grubu yalnızca ilişkiye başlama yaşında ve cinsel partner sayısında DEHB grubundan anlamlı düzeyde daha olumlu sonuçlar bildirmiştir. Erken yaşta cinselliğe başlamaları, daha fazla kişiyle birlikte olmaları, daha riskli cinsellik deneyimleri ve ilişki kurdukları romantik

eşlerinin daha fazla sayıda olması, yine klinisyen ve araştırmacılar tarafından hem dürtü kontrolleriyle ilgili zorlanmalarını, hem de geç olgunlaşmalarını destekleyen veriler olarak ele alınmaktadır (Minde ve ark., 2003; Canu ve Carlson, 2003; 2007).

Eş olarak yaşadıkları deneyimler gibi ebeveynlik becerileri ve bunların çocukları üzerindeki etkisi de araştırmalara konu olmuştur. Ebeveyndeki DEHB belirtilerine depresyon eşlik ettiğinde aile bütünlüğüne zarar vermektedir (Hong ve ark., 2014). Annelerin depresyon derecesi ve aile bütünlüğü, birlikte çocukların DEHB belirtilerini yordarken babaların yalnızca çocukluk dönemi DEHB belirtileri yordamaktadır (Hong ve ark., 2014). Bu sonuçlar, annelerin genetik aktarımından çok, mevcut ruh sağlığının ve aile ortamının çocukların belirti şiddetini kötüleştirdiğini düşündürmektedir. Sonuçlarda ilginç olan, ebeveyndeki ya da çocuktaki DEHB belirtilerinin değil, yalnızca ebeveyndeki depresyon belirtilerinin aile bütünlüğünü kötüleştirmesidir. Bir başka çalışmada da bir ebeveyn DEHB'liyken diğerinin sağlıklı olmasının çocuklar için koruyucu bir faktör olduğu bulunmuştur (Minde ve ark., 2003). Diğer yandan ebeveynlerden en az birinin DEHB olduğu ailelerin DEHB tanısı almış çocuklarının sağlıklı akranlarına kıyasla daha fazla uyum problemi yaşamalarına karşın tanı almamış çocukları uyum bakımından akranlarından ayrılmamaktadır (Minde ve ark., 2003).

1.3.1.4. Arkadaşlık

DEHB belirtileri yüksek olan üniversite öğrencileri arkadaşlarına duygusal destek sağlamada daha fazla zorluk yaşamakta ve arkadaşlıklarının genel kalitesinin düşük olduğunu bildirmektedir (Hirsch ve ark., 2018; McKee, 2017). Bir başka çalışmada bu sonuçlar tekrar edilmemiştir ve DEHB'li bireyler arkadaşlık niteliği bakımından kontrol grubundan ayrılmamıştır (Groen ve ark., 2018). Diğer yandan aynı çalışmada empati becerileri anlamlı düzeyde düşüktür ve bu beceri arkadaşlık ilişkilerinin cinsiyetten ($R^2=15$) sonraki en güçlü yordayıcısıdır ($R^2=13$). Bu durumda DEHB'li hastanın kadın olmasının veya görece gelişmiş empati yeteneğinin arkadaş ilişkilerinden duyduğu memnuniyeti güçlendirebileceği şeklinde tahmin yürütülebilir.

Moya ve ark. (2014), katılımcıların saldırganlık ve uyumsuzluk yerine tartışma, atılganlık ve hatta mizah kullanarak haklarını güvence altına alma ve

hedeflerine ulaşma yeteneği olarak tanımlanan müzakereleri ele alma kabiliyetini incelemiştir. DEHB-i grubunun müzakere becerileri sağlıklı kontrollerden farklılaşmazken, yetişkin DEHB grubunun becerileri anlamlı düzeyde daha düşüktür. Fakat DEHB-İ ile yetişkin DEHB arasında hiçbir karşılaştırmada anlamlı fark bulunmamıştır.

1.3.1.5. Terapötik Müdahalede Hedeflenebilecek Kişilerarası İlişkilere Yönelik Beceriler

Canu ve ark. (2014)'na göre konuşmaya katılma davranışları saldırganlık için bir kanala dönüşmüşse ilişkiye zarar vermeye devam edebilmektedir. Bir yıkıcı davranış ortaya çıktığında bunun DEHB'le ilişkili mi yoksa kasıtlı mı olduğu ayırt edilmelidir (Canu ve ark., 2014). Mesela eşlerden birinin işbirliği yapmaması onun işi yokuşa sürmesi yahut ayak diremesinden değil de dikkatsizliğinden kaynaklanan bir geri çekilme olabilmektedir. Benzer bir şekilde eşlerden birinin diğerinin sözünü kesmesi, hayal kırıklığına uğratması ya da çatışmanın çözümünü engellemesi onun saygısızlığından değil dürtüselliklerinden kaynaklanabilmektedir (Canu ve ark., 2014). Dolayısıyla bilinçli farkındalık düzeyleri artırılarak ilişkilerinde daha farkında bir şekilde çatışmaları çözmeleri sağlanabilir.

Wymb'in (2018) çalışmasının sonuçları hangi durumsal değişkenlerin engelleme becerisini zayıflattığına ışık tutmuştur. Bahsi geçen çalışmada DEHB'liler durumsal riskler mevcutken (kısırtma ve tükenmiş öz kaynaklar) daha az olumlu ve daha fazla olumsuz iletişim kurmuştur. Gerçek hayatta öz kaynakların tükenmesi herhangi bir fiziksel ihtiyaçtan kaynaklanabilmektedir: yorgunluk, açlık, uykusuzluk, hastalık gibi. Helfer ve ark. (2019)'nın çalışmasına göre uyku kalitesi doğrudan DEHB belirtilerini etkilemiştir. Düşük uyku kalitesi hem aklın dağılmasını, hem de duygusal dengesizliği artırmakta, bunlar da ayrı ayrı DEHB belirtilerini kötüleştirir. DEHB'li yetişkinlerin gündelik hayatta kişisel kaynaklarının çeşitli fiziksel ihtiyaçlar nedeniyle tükenmesine karşı farkındalık kazanmalarına yardım ederek ve stresli anlarda kullanabilecekleri beceriler öğretmek yakın ilişkilerini baltalamalarının önlenilebileceği düşünülmektedir.

1.3.2. DEHB'de Performans: Eğitim ve İş Hayatı

Tanı kriterlerini karşılayan kişilerde, karşılamayanlara göre daha düşük eğitim başarısı, daha yüksek işsizlik oranları ve daha fazla işle ilgili sıkıntı vardır (Able ve ark., 2007). Hechtman ve ark. (2016), DEHB belirtilerinin, ilk DEHB tanısından 16 yıl sonra, eğitim ve mesleki hayat başta olmak üzere çeşitli işlevsellik alanlarında olumsuz etkilerini bildirmiştir. Aynı çalışmaya göre, tanısı devam etsin ya da iyileşsin, DEHB grubunun büyük çoğunluğu (%61.7) en fazla lise mezunuyken, sağlıklı kontrol grubunda çoğunluk (%60,8) çeşitli üniversitelerden mezundur (Hechtman ve ark., 2016).

Okul hayatlarıyla ilgili deneyimleri sorulduğunda, zorbalığa uğramak, diğerleri tarafından yanlış anlaşılma, depresyon, huzursuzluk hissi ve erkenden madde kullanma en sık karşılaşılan temalardır (Brod ve ark., 2012). DEHB'li yetişkinler okul hayatlarına dair verdikleri bilgilerde, sağlıklı kontrollerden daha düşük notlar bildirmekte ve daha erken dönemde okulu bırakma riski taşımaktadırlar (Quintero ve ark., 2019). Düşük ortalamalarını ve sonraki hayatlarındaki kariyer sıkıntılarını DEHB'in etkisine bağlamaktadırlar (Brod ve ark., 2012).

Mesleki hayat, DEHB'li kişiler tarafından etkili baş etme becerileri ve destek gerektiren sıkıntılı bir alan olarak tanımlanmıştır (Brod ve ark., 2012; Brook ve ark., 2013). İş hayatında başarıya ulaşmanın önündeki en önemli engeller olarak düzensizlik, unutkanlık, dürtüsel konuşma, otoriteyle sorunlar, dikkatsizlik ve kolay çeldirilme öne çıkmaktadır (Brod ve ark., 2012). İşten kovulma, yıllık gelir ve işsizlik maaşı sonuçlarında en kötü sonuçlar DEHB, en iyi sonuçlar ise kontrol grubundan elde edilmiştir. Bu bulgular Able ve ark. (2007)'nin ortaya koyduklarıyla tutarlıdır. Tanı kriterlerini karşılayan katılımcılar, daha düşük nitelikli işlerde tam zamanlı istihdam ve daha yüksek düzeyde mevcut işsizlik bildirmiştir. Aynı çalışmada tanı konulmamış hastalar, son 5 yıl içinde kontrollerde daha sık işsiz kaldıklarını ve yıllık gelirlerin daha düşük olduğunu bildirmiştir. Tanıyı karşılayanların en düşük gelir kategorisine girme olasılığı daha yüksek iken en yüksek gelir kategorisine düşme olasılığı daha düşüktür (Able ve ark., 2007). Etki büyüklükleri orta düzey-geniş aralığında bulunan sonuçlarda DEHB-İ iki grup arasında yer almıştır (Hechtman ve ark., 2016). Depresyonun varlığı DEHB'lilerin iş performansını eştanısı olmayan hastalara kıyasla düşürmektedir (Quintero ve ark., 2019). Her ne kadar iş hayatındaki performans kazanç, yükselme ve

çalışma süresi üzerinden ölçülüyorsa da, ister ev isterse iş hayatında, DEHB'li bireyin günlük stres düzeyini göstermesi bakımından kazalar bile bilgi verebilmektedir. Zira DEHB belirtileri gösteren yetişkinler evde ya da iş yerlerinde daha fazla kazaya bağlı yaralanma geçirmektedirler (Able ve ark., 2007).

Okul döneminde başlayarak kariyere kadar devam eden zorluklarından da bekleneceği üzere, DEHB'li kişilerin maddi durumları ve para yönetimi becerileri de önemli bir problem alanı olarak araştırmalarda öne çıkmaktadır. Bir boylamsal çalışmanın sonuçlarına göre, ergenlik döneminde DEHB tanısı alan gençlerin 30'larında maddi stres yaşama olasılıkları karşılaştırma grubuna göre anlamlı düzeyde fazladır ve bu fark gelirlerinin etkisi kontrol edildiğinde dahi anlamlılık düzeyini korumaktadır (Brook ve ark., 2013). Yedi ülkeden alınan odak grupların hepsinde kompulsif biçimde alışveriş yapmak, boşuna para harcamak; faturalar, öncelikler, ne kadar parası kaldığını bilmek gibi para yönetiminde güçlükler bildirilmektedir (Brod ve ark., 2012). DEHB'li bireyler sağlıklılarından daha fazla oranda ebeveyninin evinde kalmakta, onlardan düzenli harçlık almakta ve devlet desteğine başvurmaktadır (Altszuler ve ark., 2015). Bir yılda sağlıklılarından %25 daha az kazanmaktadır ve ömürleri boyunca bu tanısı olmayanlardan yaklaşık 543,000\$-616,000\$ daha az kazanacaklardır (Altszuler ve ark., 2015). Araştırmacılara göre bu oran diyabetiklerin sağlıklılarına kıyasla yaşadıkları maddi kayıptan daha fazladır.

1.3.3. DEHB ve Yaşam Kalitesi

DEHB belirtileri yükseldikçe yaşamdan alınan doyum azalmakta (Oerbeck ve ark., 2019) ve grup karşılaştırmalarında tanı kriterlerini karşılayan katılımcılar sağlıklı kişilerden daha az yaşam doyumunu bildirmektedir (Able ve ark., 2007). İşlevsellik başlığı altında yer verilen kişilerarası ilişkiler, eğitim ve iş hayatı gibi pek çok alandaki düşük performans ve sıkıntılar DEHB hastalarının yaşam kalitelerini düşürmektedir (Able ve ark., 2007).

Dikkatsizlik belirtilerinin yaşam doyumuyla ilişkisi aşırı hareketlilikten daha güçlüdür (Oerbeck ve ark., 2019). Ayrıca kadınlarda da bu ilişki erkeklere kıyasla daha güçlü bulunmuştur (Oerbeck ve ark., 2019). DEHB'lilerin yaşam kalitesini etkileyen bir diğer faktör de tanının konulma zamanı ve eştanıdır. Yetişkinlik döneminde tanı

alanların yaşam kalitesi çocukluk döneminde tanı alanlardan daha düşüktür ve eştanı da DEHB'lilerin yaşam kalitesini düşürmektedir (Quintero ve ark., 2019). Yetişkinlik döneminde tanı alıp bir de eş tanısı olan DEHB'liler ise en düşük yaşam kalitesine sahiptir; daha kaygılı, ezilmiş ve yorgundurlar.

Anksiyete ve depresyon, DEHB belirtilerinin yaşam doyumu üzerindeki olumsuz etkisini artırmaktadır (Quintero ve ark., 2019). Yazarlara göre, DEHB'in temel belirtileri, hastalar büyüyüp sosyal çevrelerine uyum sağladıkça içe yansıtılmakta ve depresyon riskini artırmaktadır. Dolayısıyla başlangıçta temel belirtilerin bir sonucu olan anksiyete ve depresyon, yetişkinlik hayatında DEHB'in izleri olarak devam etmekte ve aynı döngüye hizmet eder gibi DEHB'e özel belirtilerin olumsuz etkisini güçlendirmektedir.

1.4. DEHB'İN TEDAVİSİ

1.4.1. İlaç Tedavisi

Nörobiyolojik temeli, DEHB tedavisi için psikotropik ilaçların kullanımını gerekli kılmaktadır. En yaygın kullanılan ilaçlar arasında metilfenidat ve atomoksetin grubu yer alır (Öztürk ve Uluşahin, 2015; Şeker, 2015).

1.4.2. Psikoterapi

DEHB'in tedavisinde ilaçla birlikte psikososyal becerileri hedef alan yaşam kalitesini artırıcı terapötik desteğe de ihtiyaç duyulmaktadır (Katzman ve ark., 2017). Kişilerarası ilişkilerde yaşadıkları problemler, eğitim ve iş hayatında düşük performans göstermeleri, DEHB'li bireylerin öz saygılarını düşürmekte, benlik algılarını olumsuz etkilemektedir ve işlevsellik kaybına yol açmaktadır (Hesslinger ve ark., 2002).

Hayatlarının hemen her alanına yayılan problemlerin çeşitliliği ve belirtilerin şiddeti nedeniyle psikoterapötik müdahaleye ihtiyaç duyulmaktadır (Edel ve ark., 2017; Fleming ve ark., 2015; Langer ve ark., 2013). Ayrıca sık rastlanan eş tanılar DEHB tablosunu daha karmaşık hale getirmekte ve nitekim terapiye duyulan ihtiyacı artırmaktadır. Araştırmalar ilaç tedavisinde yoğunlaşsa da grup terapilerinin ve koçluğun yaşam kalitesi, öz saygı, duygu düzenleme, kişiler arası işlevsellik, algılanan

stres gibi çeşitli değişkenler üzerinde olumlu etkileri bildirilmiştir (Hesslinger, 2002; Reimherr ve ark., 2005, 2007; Hirvikovski ve ark., 2011; Morgensterns ve ark., 2015; Edel ve ark., 2017). Terapötik müdahalenin dikkat üzerindeki etkileri sınırlı ve tutarsız olmakla birlikte olumlu sonuçlar elde edilmiştir (Hesslinger ve ark., 2002; Fleming ve ark., 2015).

DEHB uzun yıllar boyunca çocukluk dönemine özgü bir bozukluk olarak değerlendirildiği için geliştirilen terapötik müdahale protokolleri de çocuk popülasyonunu hedef almıştır (Hesslinger ve ark., 2002). DEHB'li yetişkinlere has geliştirilen bir terapi yöntemi mevcut olmamakla birlikte farklı terapi ekollerinin modelleri bu bozukluk için uyarlanmaya çalışılmaktadır.

1.4.2.1. Bilişsel Davranışçı Terapi

Çocuklar için yapılandırılmış ve etkinliği gösterilmiş ilk terapötik müdahale bilişsel davranışçı terapidir (BDT). DEHB'in bilişsel davranışçı modeline göre erken yaşta üst üste yaşanan hayal kırıklıkları ve başarısızlıklar düşük öz saygıya ve benlik algısının zedelenmesine yol açmaktadır. Düşük öz saygı ve zayıf benlik algısı olumsuz inançları doğurmaktadır (Torrente ve ark., 2012). Öz saygısı düşük ve benlik algısı olumsuz olan çocuk duygusal olarak geleceğe karamsar bakma, başarısızlık beklentisi ve düşük öz güven eğilimi geliştirmekte, dolayısıyla yeni bir işe girişmek için ya da başladığı işi tamamlamak için gerekli motivasyonu bulamamaktadır. Yaşadığı stresle baş etmek için inkâr, erteleme ve aşırı kaçınma gibi işlevsel olmayan baş etme stratejileri geliştirmektedir (Young, 2004).

Torrente ve ark. (2012)'nin yaptığı çalışmada olumsuz otomatik düşünceler ve DEHB belirtileri depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde yordamış ve birlikte varyansın %63'ünü açıklamışlardır. DEHB belirtileri tek başına anksiyeteyi de yordamış; fakat olumsuz otomatik düşünceler ve uyumsuz bilişlerle analize dahil edildiğinde anlamlılığını kaybetmiştir. Sonuçlar DEHB ve depresyonun sıklıkla birlikte görüldüğü bulgularıyla tutarlıdır ve BDT modelinin, DEHB belirtileri nedeniyle yaşanan kötü deneyimlerin olumsuz otomatik düşünce ve işlevsiz bilişlere yol açtığı ve onların da depresyona neden olduğu görüşünü desteklemektedir. Başka bir deyişle BDT modeline göre olumsuz duygulanım, uyumsuz baş etme yöntemleri

ve telafi davranışları güçlü nörobiyolojik temelleri olan DEHB belirtilerine ikincil olarak gelişmektedir.

Geleneksel BDT müdahaleleri, DEHB’i daha iyi tanımayı sağlayacak bir psikoeğitim yoluyla dikkat, yürütücü işlevler ile dürtü kontrolünü iyileştirmeyi ve daha sağlıklı baş etme yöntemleri kazandırmayı amaçlayan bilişsel yöntemlerin bir kombinasyonunu önermektedir (Torrente ve ark., 2012).

1.4.2.2. Üçüncü Dalga Bilişsel Terapiler

DEHB’li yetişkinler için ilk kontrol gruplu terapötik müdahaleyi Hesslinger ve ark. (2002) yayınlamışlardır. Paylaştıkları ortak belirtiler ve eş tanı alma sıklığı nedeniyle sınırda kişilik bozukluğu (SKB) için geliştirilen bir üçüncü dalga bilişsel yaklaşım olan diyalektik davranış terapiyi müdahale yöntemi olarak tercih etmişlerdir. Kendi klinik deneyimlerinde bu eş tanıyı alan hastalarıyla yürüttükleri DDT yönelimli tedavilerinde olumlu sonuç almaları onları DDT temelli beceri eğitimi hazırlamaya motive etmiştir (Hesslinger ve ark., 2002).

Fenomenolojik açıdan DEHB ile SKB arasında duygu düzenleme, dürtü kontrolü ve dikkatle ilgili güçlükleriyle ilgili belirtiler başta olmak üzere maddenin kötüye kullanımı, düşük benlik saygısı, kolay öfkelenme, düşük öz saygı, stresle baş etmede güçlükler ve çatışmalı kişilerarası ilişkiler bakımından ortaklık görünmektedir (Edel ve ark., 2017; Hesslinger ve ark., 2002, Prada ve ark., 2014). Bu iki psikopatoloji aynı gelişimsel görünümlere sahiptir (Prada ve ark., 2014; Weiner ve ark., 2019) ve çocukluk çağı DEHB ile yetişkinlikte alınan SKB tanısı arasında yüksek bir korelasyon vardır (Philipsen, 2006; Weiner ve ark., 2019).

DSM-5’te yer almadan önce geliştirilen DEHB kriter modellerindeki en önemli sıkıntılardan biri SKB belirtilerinden ayırt edilmesinin güçlüğüdür (Philipsen, 2006). Örneğin DEHB’in her iki alt tipinde de görülen dürtüsellik, duygularını düzenleyemediğinden sonunu düşünmeden davranan ve şiddetle sonuçlanan öfke patlamalarını sıkça yaşayan sınır kişilik örüntüsünün de yaygın belirtilerinden biridir (Philipsen, 2006). Her iki grup da duygu dalgalanmaları yaşamakta; başarısızlık, engellenme gibi kötü sonuçlanan durumlarla ve stresle baş etmekte zorlanmaktadır (Philipsen, 2006.; Hallowell ve Ratey, 2019). Dikkat eksikliğinin yetişkinlikteki

görünümlelerinden olan dezorganizasyon ve başlanan işleri tamamlayamama da yine iki tanı grubu arasındaki ortak belirtilerden biridir (Philipsen, 2006). Ayrıca SKB belirtileri arasında sayılan tutarsız kendilik imajı, içsel tercih ve amaçlar, DEHB belirtilerinin kişilerarası ilişkileri zedelemesi ve olumsuz deneyimlere yol açması sonucunda da ortaya çıkmaktadır (Philipsen, 2006). Her iki hasta grubu da diğerlerine göre daha fazla düzeyde dürtüsellik bir sonucu olan trafik kaza ve cezası oranına sahiptir. Ayrıca her ne kadar SKB'deki görünümü daha şiddetli olsa da DEHB hastaları arasında da sık cinsel partnerlerin değiştirilmesi görülmektedir. Ayrıca her iki grup sürekli bir heyecan ve yenilik arayışı bakımından da benzer klinik görünüm arz edebilmektedir (Philipsen, 2006). Çocukluk çağı travmalarının DEHB için ciddi risk oluşturması, SKB ile etyolojik benzerlerinden biri olarak ele alınmaktadır (Weiner ve ark., 2019).

Erişkinlerdeki DEHB çocukluk dönemindeki bozukluğun bir devamı olduğundan kişilik gibi kalıcı ve süregelen bir yapıya dönüşmekte ve bu nedenle çeşitli kişilik kuramlarının ortaya koyduğu kişilik boyutlarıyla ilişkisi çalışılmaktadır (Gomez ve Corr, 2014). Dolayısıyla bir kişilik bozukluğu gibi değişime dirençli bir klinik görünüme bürünen DEHB için, pek çok ortak belirtiyi paylaştığı SKB'yi tedavi etme amacıyla geliştirilen bir yaklaşımdan fayda görmesi beklenebilir. Nitekim Linehan'ın (1993, 2015) DDT'nin DEHB için uyarlaması yapılmış ve etkililiğine yönelik çalışmalar yürütülmüştür. DDT kompleks bir tedavi programıdır, ancak DEHB için geliştirilen modeller DDT'in grup modu olan beceri eğitimlerinin adaptasyonuna dayanmaktadır.

1.4.2.3. DEHB'İN DDT MODELİ

Kişinin önem ve anlam atfettiği temel bir hedef ve bu hedefe doğru gitmeyi sağlayan küçük, adımsal (hiyerarşik) hedefler güdülenmeyi artırdığından diyalektik davranış terapisi için de temel bir önemi vardır (Linehan, 2003). Motivasyonu artıran DEHB'liler üretkenliklerini koruyabilmekte ve kendilerini motive oldukları şey çevresinde organize edebilmektedirler (Ek ve Isaksson, 2003). Bu nedenle anlamın ve ona bağlı güdülenmenin DEHB için gündelik hayatı düzenleyici bir işlevi göz önünde bulundurulmalıdır. Gerek gündelik işlerde, gerekse görev ve mesleklerinde güdülenmeye karşı en önemli tehdit dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik,

duyguları düzenleyememe alanlarından gelmektedir. Bunun sonucu ise öz saygıları düşmekte, benlik algıları zedelenmekte, kişilerarası ilişkilerde sıkıntılar doğmakta ve işlevsellik düzeyleri düşmektedir. Dolayısıyla geliştirilecek bir terapinin bu alanların hepsini hedef alan bütüncül bir yaklaşım sunması elzem görünmektedir. Böylece DEHB’li bir kişinin, kendi hedefleri doğrultusunda hayatına devam etmesinin önündeki engeller kalkabilecek, yaşadığı belirtilerin yükü hafifleyebilecek ve iyi oluşu artabilecektir. Diyalektik davranış terapisine göre bu ilerlemeler benlik imgesini güçlendirerek tutarlı hale getirmekte ve dolayısıyla yaşam kalitesini artırmaktadır (Linehan, 2003). Bu yolla nihai hedef olan yaşanabilir bir hayata ulaşmanın mümkün olabileceğine dair daha önce kanıtlar sunulmuştur. Aşağıdaki tabloda DEHB’de müdahale edilmesi gereken alanlar ve onları hedef alacak DBT beceri eğitimi modülleri gösterilmektedir.

Tablo 1.4. DEHB'in Biyososyal Teorisi

Problem Alanları		DBT Beceri Eğitimi Modülleri
Dikkat Eksikliği Belirtileri Dalgınlık, dikkatin dağılması, Unutkanlık, erteleme, düzensizlik, Uyuşukluk, girişken olamama	↔	Bilinçli Farkındalık
Hiperaktivite ve Dürtüsellik Belirtileri Önceden tasarlayamama, Acelecilik, yenilik arayışı, Sebatsızlık, sabırsızlık, Aşırı dürtüsel konuşma, Sonucunu düşünmeden davranma	↔	Strese Tolerans
Duyguları Düzenleyememe Duyguları tanıyamama, Duyguların değişkenliği, Duygulara boğulma, ani parlama, Öfke patlaması, normal hâline geç dönme, Duygulardan kaçınma, Düşük empati yeteneği	↔	Duyguları Düzenleme
Ailevi ve işle ilgili işlevsellik kaybı Çatışmalı romantik ilişkiler, eleştirel dil, Savunmacılık, otoriteyle problemler, Rekabetçilik, inatçılık, Aşırı dürtüsel konuşma Düşük empati yeteneği	↔	Kişilerarası İlişkiler

Özsaygı ve Olumlu Benlik Algısı



Yaşam Kalitesinde Artış



DAHA YAŞANABİLİR BİR HAYAT

1.4.2.3.1. DEHB'de Diyalektik Davranışçı Müdahalelere İlişkin Çalışmalar

Geçmişçi çok kısa olmakla birlikte DDT'nin DEHB tedavisindeki etkililiğine yönelik randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen bulgular umut vaat etmektedir. Yukarıda bahsedildiği gibi, bu araştırmaların başında Hesslinger ve ark. (2002)'nin, 11 kişilik deney ve 7 kişilik bekleme listesi kontrol grubuyla yaptıkları çalışma gelmektedir. Doğal desen (naturalistic design) protokolüne uygun olarak katılımcıların ilaç kullanımını kendi tercihlerine bırakılmıştır. Bu durumda 3 kişi deney sırasında metilfenidat grubu psikotropalara başlamış ya da bırakmışken (20-50 mg/d), bir katılımcı da müdahale öncesinde başladığı antidepresanı (despiramin) beceri

eğitimleri sırasındayken bırakmıştır. Müdahale grubunda 13 haftalık DEHB için uyarlanmış bir DDT beceri eğitimi uygulamışlardır. 13. oturum becerileri güçlendirme amacıyla yapılmış; Katılımcıların depresyon, uykusuzluk ve sosyal fobi eş tanılarının olduğu bildirilmiştir. Kontrol grubundaki katılımcıların son test verileri toplanamadığı için yalnızca DDT grup eğitimi katılımcılarının ölçümleri incelenmiştir. Sonuçlara göre DEHB, depresyon ile kaygı belirtilerinde anlamlı düzeyde düşüş ve görsel analog skalası puanlarında ise anlamlı düzeyde artış gözlenmiştir. Ayrıca yapılan nöropsikolojik testlerde seçici ve ayırıcı dikkati ölçen test puanlarında ve tepki hızında artış gözlenirken birincil ve çalışan bellekler, akıcılık ve yürütücü işlevlerdeki ölçümlerde anlamlı bir değişim elde edilememiştir. DDT grubunun ilk ve son testlerinin karşılaştırmalarına ait etki büyüklükleri yüksek bulunmuş ($ES=.99-.2.22$); böylece DDT'nin DEHB için etkililiğine dair öncül bulgular elde edilmiştir.

Hesslinger ve ark. (2004) aldıkları geri bildirimler doğrultusunda geliştirdikleri modeli yeniden düzenlemiş, sınımış ve hazırladıkları DDT grup beceri eğitimi protokolünün kılavuzunu yayınlamışlardır. Bu protokolün içeriği mevcut çalışmanın "1.4.3. DDT Beceri Eğitimi Uyarlamaları" bölümünde yer almaktadır. Daha sonra yapılan araştırmalarda sıkça bu protokol takip edilmiştir. Hirvikovski ve ark. (2011), 51 DEHB hastasını DDT beceri eğitimi ve zayıf yapılandırılmış tartışma grubu arasında rastlantısal olarak atamıştır. DDT grubunda Hesslinger ve ark. (2002)'nin protokolünü kullanmış, yalnızca farkındalık meditasyonuna dair ödevler için ilave bir oturum eklemişlerdir. Katılımcıların gerek DEHB, gerekse başka bir psikiyatrik bozukluk için kullandıkları ilaç üzerinde en az üç aydır stabil olmaları, dahil etme kriterlerindedir. Grup beceri eğitimi sırasında, ilaç tedavisini değiştirenlerin dahil edildiği ve edilmediği analizlerin sonuçları paylaşılmıştır. Katılımcıların DEHB belirtileri, depresyon, anksiyete, uyku, algılanan stres, algılanan işlevsellik ve genel/sağlığa ilişkin iyi oluşları ölçülmüştür. Sonuçlara göre DEHB belirtileri yalnızca DDT grubunda azalmış; fakat terapi sırasında ilaç tedavisini kesen DDT katılımcılarının puanları analize dahil edildiğinde söz konusu azalma anlamlılık düzeyine erişmemiştir. Dolayısıyla ilaç ve DDT'nin birlikte verilmesi DEHB'de daha iyi sonuç vermiştir. Bununla birlikte algılanan stres ve iyi oluş puanları her iki grupta da yükselmiş ancak gruplar arası fark görülmemiştir. Tedavi sırasında ilaca

başlayanlar dahil edildiğinde, gruplar arası fark DDT lehine anlamlılık düzeyine ulaşmıştır. Beceri eğitimindeki DEHB belirtilerinin düşüşüne ait etki büyüklüğü .57 bulunmuştur. Bu bulgular, ilaç+DDT'nin hastaların iyi oluşlarını artırmada daha etkili olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada kullanılan protokol ile ilgili bilgilere aşağıda ayrıntılarıyla yer verilmiştir.

Fleming ve ark. (2015)'nın, DEHB kriterlerini karşılayan 33 üniversite öğrencisiyle yürüttükleri kontrollü bir çalışmada, bazı katılımcılar depresyon ve anksiyete belirtileri de bildirmişlerdir. Çalışmada katılımcılar seçkisiz olarak DDT beceri eğitimi ve öz yardım gruplarına dağıtılmışlardır. Her iki grupta da metilfenidat kullanan birer katılımcı varken, yalnızca öz yardım grubunda metilfenidat+antidepresan kullanan bir katılımcı ve sadece DDT-temelli beceri eğitiminde antidepresan kullanan bir katılımcı bildirilmiştir. Tedavi sırasında 2 DDT-grubu, 1 öz yardım grubu üyesinin ADHD ilaçlarında değişiklik olmuştur. Bütün analizler, ilaç değişikliği yapan katılımcıların verileri hariç tutularak tekrar edilmiş ve değişikliklerin dahil edildiği analizlerle birlikte çıkarıldığı analizlerin sonuçları da bildirilmiştir. DDT grubuyla 9 hafta, 90 dakikalık oturumlar gerçekleştirilmiş ve 7. haftasında 15-20 dakikalık telefon desteği sağlanmıştır. Öz yardım grubuna yalnızca beceri eğitimi tanıtım kağıtları verilmiştir. Ön test, son test ve tedaviden üç ay sonraki izlemde elde edilen bulgulara göre DEHB belirtileri, yürütücü işlevler, farkındalık ve yaşam kalitesi puanları DDT beceri eğitimini alanlarda daha yüksektir ve yaşam kalitesi hariç tüm belirtilerde elde edilen iyileşme izlemde de korunmuştur. Etki büyüklüğü orta ile büyük arasında değişmektedir ($d=.47-.94$). Nöropsikolojik performans değerlendirmesinde DDT grubunun omisyon ve komisyon hatalarında, tepki süresi ve standart hatalarda iyileşme gözlenmiş, yalnızca omisyon hatalarındaki iyileşme izlemde de korunmuştur.

Morgensterns ve ark. (2016), 92 kişiyle kontrol grubu olmaksızın 14 hafta süren haftalık DDT grup beceri eğitimi yürütmüş; araştırmacılar Hesslinger ve ark. (2012)'nin protokolünü izlemişlerdir. Müdahale sürerken her hafta 10-30 dakika arasında değişmek kaydıyla gerek telefonda, gerekse klinikte ödev koçluğu yapmışlardır. Ayrıca her oturumdan sonra isteyen grup üyelerinin 45-60 dakika kadar kendi aralarında terapist olmaksızın toplanmalarına izin verilmiştir. Dahil etme

kriterlerine göre DEHB tedavisi için psikoaktif ilaç kullanan katılımcıların en az 1 aydır, diğer ilaçlarda ise en az 3 aydır stabil olmaları beklenmiştir. Hastaların DEHB, depresyon, anksiyete, algılanan stres, algılanan işlevsellik, bilinçli farkındalık, deneyimsel kaçınma, DEHB'e özel yaşam kalitesi ve uyku sağlığı düzeyleri ölçülmüş; ayrıca her katılımcının tedavi sırasında yaşadığı olumsuz veya ciddi yaşam olayları vaka raporu olarak kaydedilmiştir. Sonuçlara göre anksiyete hariç bütün değişkenlerde anlamlı düzeyde iyileşme görülmüştür. Algılanan stres dışında tüm kazanımlar izlem ölçümlerinde de korunmuş; etki büyüklükleri orta ve yüksek arasında değişmiştir ($\eta^2=.08-.22$). DEHB belirti kümelerinden hem dikkat, hem de hiperaktivite/dürtüsellik boyutundaki puanlar anlamlı düzeyde düşmüştür. Bunlarla birlikte ne klinik değişkenler (yaş, komorbidite, DEHB ilaç durumu, tedavi güvenilirliği veya tedavinin başlangıcındaki fonksiyonel bozukluk) ne de diğer değişkenler (sinirlilik/saldırganlık, komorbidite veya fonksiyonel yetersizlik) tedavi sonucunu (DEHB belirtileri ve şiddetindeki azalma) anlamlı düzeyde yordamamıştır. İlaç durumunun davranışsal beceri eğitiminin terapötik etkisi üzerinde herhangi bir etkisi gözlemlenmemiştir.

Prada ve ark. (2015), SKB ve DEHB eş tanıli hastalarda yoğunlaştırılmış bir DDT uygulamasının etkililiğini incelemiştir. Bu doğrultuda “yalnızca SKB”, “SKB ve DEHB eş tanıli”, “metilfenidat tedavisi gören SKB ve DEHB eş tanıli” olmak üzere üç grupta toplam 123 hastayla bir ay boyunca hem bireysel, hem de grup oturumlarını içeren yoğunlaştırılmış bir DDT müdahalesi gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar zaten DDT uygulayan bir klinikte tedavi görmekteyken üzerine bu yoğunlaştırılmış programı almışlardır. DEHB, depresyon, öfke, dürtüsellik ve umutsuzluk düzeyleri öz bildirim yoluyla ölçülmüş: hastalar arasında DEHB ve SKB eş tanısı dışında anksiyete de olduğu bildirilmiştir. SKB/DEHB+metilfenidat grubundaki hastalar müfredat öncesinde SCID-II ile tarandıklarında daha fazla BPD belirtisi göstermişler ve daha fazla öz yıkıcı davranış sergilemişlerdir. Ayrıca yalnızca SKB olan hastalardan daha yüksek dürtüsellik puanları almışlardır. Bu bulgular iki hastalığın eş tanısı durumunda belirtilerin şiddetlendiğini göstermektedir. Araştırma sonunda SKB/DEHB+metilfenidat grubu motor dürtüsellik ve dürtüsellik toplam puanında SKB/DDT grubundan daha fazla iyileşme göstermiştir. Ayrıca benzer sonuçlar durumluk öfke düzeyi, depresyon belirtileri ve DEHB şiddetinde de görülmüştür.

Dolayısıyla bulgular ilaç+DDT müdahalesinin lehinedir. Etki büyüklüklerinin orta ve büyük arasında değiştiği görülmüştür.

Philipsen ve ark. (2010; 2015), DDT temelli grup+metilfenidat, DDT temelli grup+plasebo, klinik görüşme+metilfenidat ve klinik görüşme+plasebo gruplarına rastlantısal atanmak üzere toplam 448 hastayla çalışmışlardır. DDT grubunda Hesslinger ve ark. (2002)'nin protokolü esas alınmıştır. Klinik görüşmeler ve DDT grup oturumları haftalık olmak kaydıyla 12 kez yapılmış, yukarıda bahsedilen protokolün, becerileri destekleme amaçlı yapılan 13. oturumu bu çalışmada 10 kez aylık olarak tekrar edilmiştir. Destekleyici oturumlar yoğunlaştırılmış egzersizler ve tekrarları içermektedir. Ayrıca katılımcılara ihtiyaca binaen üç bireysel görüşme hakkı tanınmıştır. Diğer yandan klinik görüşme grubundakilerin ilk 12 haftadan sonra başlayan aylık görüşmelerinde ise yalnızca metilfenidat düzenlemesi yapılmıştır. Katılımcıların %66'sında 1. eksen %17.9'unda ise 2. eksen eş tanısı vardır. Tedaviden sonraki 26. ve 52. haftalarda olmak üzere iki izlem yapılmıştır. Katılımcıların depresyon, genel psikopatoloji, yaşam kalitesi ve sosyal işlevsellikleri ölçülmüştür. İster grup beceri eğitimi, ister klinik görüşme fark etmeksizin DEHB belirtileri müdahale sonrasında düşmüştür. Yapılandırılmamış olsa da bireysel görüşmelerin kişiye özgü problemlerin ele alınmasına daha fazla olanak sağlaması DDT grup beceri eğitimlerine benzer sonuçlar elde edilmesini sağlamış olabilir. Her iki terapötik müdahale grubundaki katılımcılarda, metilfenidat DEHB belirtilerini plasebodan anlamlı düzeyde daha fazla iyileştirmiştir. Oysa metilfenidat alanlarda grup terapisi ya da bireysel klinik görüşmelerin DEHB semptomlarına etkisi arasında anlamlı fark bulunmamış; izlemlerde de aynı sonuçlar sürmüştür. Psikoterapötik müdahaleler karşılaştırıldığında, 2. ve 3. izlemlerde grup terapisindekilerin puanlarında anlamsız küçük bir düşüş, 4. izlemde ise anlamsız küçük bir yükseliş tespit edilmiştir. Son test ve izlemlerde ne DEHB, ne de depresyon belirtileri bakımından grup terapisi ve klinik müdahale arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Genel klinik değerlendirme ölçümlerine bakıldığında, yalnızca 4. izlemde grup terapisinin bireysel klinik görüşmeden daha iyi düzeyde olduğu görülmüş; bu bulgu araştırmacılar tarafından bireysel görüşmelere kıyasla DDT temelli bir grup müdahalesinin ancak uzun vadede anlamlı bir avantaj sağladığı şeklinde değerlendirilmiştir.

Edel ve ark. (2017), 91 kişilik hasta popülasyonu ile yürüttüğü çalışmada katılımcıları DDT temelli ve farkındalık temelli terapi gruplarına rastlantısal olarak atamıştır. Pragmatik açık desene sahip (grupların ve ilaç kullanımının klinik değerlendirmelerle ve klinik gereklilik ortaya çıktığında belirlendiği bir araştırma deseni) bu çalışmada katılımcıların ilaç kullanımına müdahale edilmemiş, fakat kullanılan ilaç çeşitleri deney ve kontrol grubu arasında eşleştirilmiştir. Buna göre katılımcıların metilfenidat veya katekolaminerjik ilaçlar (atomoksetin, bupropion, duolsetin) kullandıkları rapor edilmiş ve ilaçların etkisini kontrol etmek amacıyla kovaryant olarak dahil edildiği sonuçlar bildirilmiştir. Her iki gruba da 12 hafta süren 2 saatlik oturumlar yapılmıştır. DBT grubunda Hesslinger ve ark. (2002)'nin protokolünü uygulamışlardır. Katılımcıların SKB başta olmak üzere diğer kişilik bozuklukları, sosyal anksiyete, depresyon ve madde bağımlılığı (mevcut madde kullanımı bulunmaksızın) eş tanımlarını aldıkları bildirilmiştir. Üstelik farkındalık grubuna atanan hastalardaki sınırdaki kişilik oranı DDT grubuna göre anlamlı düzeyde yüksektir. Katılımcıların DEHB belirtileri hastaların öz bildirimleri dışında klinisyenler ve hasta yakınları tarafından da değerlendirilmiş; ayrıca genel öz yeterlik ve bilinçli farkındalık düzeyleri de öz bildirim yöntemiyle ölçülmüştür. Elde edilen bulgulara göre hangi grupta olduğu önemli olmaksızın bütün hastaların DEHB belirtilerinde iyileşme gözlenmiştir. Yalnız grupların kendi içindeki iyileşme düzeyleri karşılaştırıldığında, farkındalık grubunun klinik gözlem ve öz bildirim puanlarına göre DEHB genel belirtilerindeki düşüş DDT beceri eğitimdekilerden anlamlı düzeyde fazladır. DDT grubu ise yalnızca klinisyenlerin dürtüsellik değerlendirmesinde daha fazla iyileşme göstermiştir. Etki büyüklüğü küçük ve orta arasında değişmiştir. Farkındalık grubunda daha fazla SKB hastası bulunması nedeniyle yapılan ilave analizlerde SKB olan katılımcıların diğerlerine göre klinik değerlendirme puanlarının hem genel DEHB belirtilerinde, hem de DEHB'in duygusal dengesizlik alt boyutunda anlamlı düzeyde fazla iyileştiği bulunmuştur. Dolayısıyla SKB'lilerin daha fazla iyileşme bildirmiş olması, SKB'li katılımcı oranının fazla olduğu farkındalık grubu lehine sonuçlar elde edilmesine yol açmış olabilir. Bu araştırmadaki ilginç bulgulardan biri de, hasta yakınlarının tedavi sonrasında iyileşme bildirmemiş olmasıdır.

Bazı araştırmacılar DDT'nin bilişsel yaklaşımdan ayrışarak farkındalığı da içine alan bir şekilde gelişmesi sebebiyle diğer bilişsel yöntemlerle birleştirilmeye elverişli olduğunu düşünmüştür (Cole ve ark., 2016; Nasri ve ark., 2017). Bu doğrultuda Cole ve ark. (2016), DDT modları ve BDT'nin hiperaktivite ve dikkat modüllerini bir araya getirip ilaç tedavisi alan ve bu tedaviye kötü cevap veren 49 hastayla 1 yıl boyunca haftalık, bireysel ve grup oturumları gerçekleştirmiştir. Katılımcıların standart ilaç tedavisine ya kısmi cevap vermeleri, ya yüksek dozaja (>100 mg metilfenidat eşdeğeri) dahi cevap vermemeleri ya da yan etkileri nedeniyle ilacı bırakmaları, dahil etme kriterlerindedir. DEHB, depresyon, ümitsizlik, farkındalık, öfkenin dışavurumlarının düzeylerinde anlamlı bir değişim olup olmadığını incelenmiştir. 13 kişilik bekleme listesi modeli kontrol grubundaki hastalar ise yalnızca ilaç tedavisi almış; ancak yan etkileri nedeniyle ilacı bırakanlar olduğu bildirilmiştir. Katılımcılarda eş tanının yaygın olduğu bildirilmiştir. Depresyon puanlarında, DEHB belirtileri toplam puanlarında ve alt gruplarında ve ümitsizlik düzeyinde anlamlı düşüş, farkındalığın ise yalnızca bir alt alanında (awareness) artış görülmüştür. Müdahale grubundaki sonuçlar, en yüksek etki büyüklüğünün depresyona ait olduğunu ve etki büyüklüklerinin $d=.45-.85$ şeklinde orta ve büyük arasında değiştiğini göstermiştir. Diğer yandan kontrol grubunda, tüm ölçümlerde anlamlı düzeyde kötüleşme bulunmuş (Paradoksal bir biçimde farkındalıkla hareket etmede anlamlı bir artış bulunmuştur.) ve etki büyüklerinin $d=-.58-1.58$ şeklinde orta il yüksek arasında değiştiği görülmüştür.

Nasri ve ark. (2017), Hesslinger ve ark. (2002)'nin protokolüne kabul ve kararlılık terapisine (KKT) zg bir değerler oturumu ekleyerek DDT ve KKT'yi birleştirmiştir. Ayrıca oturumlara iletişim becerileri ve beceri genellemesine engel olan durumlarla ilgili müdahaleler de eklemiş ve böylece 14 haftalık bir grup terapisini uygulamıştır. Çalışmaya dahil edilmeleri için katılımcılardan gerek DEHB, gerekse başka psikiyatrik bozukluk için ilaç kullanmamaları ya da en az 1 aydır bir ilaç tedavisinde stabil olmaları beklenmiştir. Hiçbir katılımcı grup müdahalesi boyunca ilaç tedavisinde bir değişikliğe gitmemiş; bu nedenle araştırmacılar sonuçları müdahalenin etkisi olarak değerlendirmişlerdir. Kontrol grubu bulunmayan çalışmada katılımcıların depresyon (%28), bipolar II (22), otizm spektrum (%17) ve anksiyete

(yalnızca 1 kişi) eş tanılarının bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada katılımcıların DEHB, depresyon, algılanan stres, genel sağlık durumu, yaşam kalitesi, vizual analog skalası ve duygu düzenleme becerileriyle ilgili ölçümlerindeki değişiklikler incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre DEHB belirtilerinin şiddeti her iki alt boyutta da anlamlı düzeyde azalmış ve izlemlerde de anlamlılık düzeyi devam etmiştir. Ayrıca depresyon, algılanan stres, genel sağlık durumu, duygu düzenleme ve yaşam kalitesi için de beklenen yönde anlamlı değişiklikler olduğu grlmştir. DEHB belirtilerindeki değişiklikler $d=.76-1.68$ arasında değişen yüksek etki büyüklüğüne sahiptir. Diğer değişkenlerin sonuçlarına ait etki büyüklükleri ise $d=.45-.87$ arasında değişmekte olup orta ile yüksek etki büyüklüğü göstermişlerdir.

Yukarıda özetlenen çalışmalardan hasta popülasyonuyla yrtlenlerin hepsinde, DDT müdahalesi metilfenidat grubu ilaç kullanımı ile birlikte yrtlmştir. Çalışmalarda DEHB için ilaç kullanımının sabitlenmiş olması (genellikle müdahaleden en az bir ay önce), varsa komorbiditeler için de ilaç kullanımının sabitlenmiş (genellikle bir ilaç ay önceden) olması istenmiştir. Bununla birlikte müdahale sırasındayken ilaç kullanımında değişiklik olan katılımcılar çalışmadan çıkarılmamış, fakat yöntem ve bulgularda kendileriyle ilgili bilgiler paylaşılmış ve bazı çalışmalarda hem bu kişilerin dahil edildiği, hem de hariç tutulduğu bulgular ayrı ayrı verilmiştir. Mevcut tez çalışmasında da benzer bir yöntemin takip edilmesi planlanmaktadır.

1.4.3. DDT Beceri Eğitimi Uyarlamaları

Yukarıda aktarılan araştırmalardan elde edilen bulgulara göre DDT, DEHB için tamamlayıcı bir tedavi olmaya adaydır. Araştırmaların oğunda Hesslinger ve ark. (2002)'nin geliştirdiği DDT temelli beceri eğitimi izlenmiştir. Bazılarında ise ya farkındalığa yönelik çeşitli değişiklikler yapılmış ya da ilave oturum ya da DDT modu kullanılmıştır.

Hesslinger ve ark, (2002)'nin hasta popülasyonunda uyguladığı DDT temelli beceri eğitiminin oturum planı Tablo 4.'te verilmiştir.

Tablo 1.5. Hesslinger ve arkadaşlarının uyguladığı müdahalenin oturum planı

Oturumlar:	Oturum planı:
1-Aydınlatma:	Hastalar problemlerinin DEHB tanısı ve belirtilerini içeren yazılı bilgi paylaşımının ardından terapi hedefleri ve kısımlarının tanıtılır. Terapinin genel amacı "DEHB tarafından kontrol edilmek yerine DEHB'i kontrol etme becerisi" şeklinde tanımlanmıştır.
2-Nörobiyoloji/ Farkındalık I:	Dikkat eksikliği becerileri hedef alınır. Dikkat ve konsantrasyonla ilgili bilimsel bilgilerin ve nörobiyolojik temellerin paylaşılır. Linehan'ın tanımladığı farkındalık (ne ve nasıl becerileri vb.) kavramının açıklanır.
3-Farkındalık 2:	Dikkat eksikliği hedef alınır. Katılımcıların farkında davranmadıkları tecrübeleri paylaşılır ve analiz edilir. Farkındalık becerileri her oturumda paylaşılmak üzere günlük ödev olarak verilir.
4-Kaos ve Kontrol:	Dezorganize davranışlar hedef alınır. DEHB tarafından kontrol edilmek kaostur. DEHB'i kontrol etmek için Hallowell ve Ratey'inin somut tavsiyelerinin bulunduğu liste paylaşılır ve böylece gündelik hayatın nasıl organize edilebileceği tartışılır.
5-İşlevsiz Davranış/ Davranış Analizi I:	Davranış analizi tanıtılır ve uygulama yapılır.
6-Davranış Analizi II:	Daha fazla katılımcının davranışın analizleri ele alınır ve bireysel düzeyde bunu yapma becerisi pekiştirilir.
7-Duygu Düzenleme:	Duygu düzenleme becerileri hedef alınır. Modern duygu teorileri anlatılır. Duygu analizi (duygu kayıtları ve duygu günlükleri) ve Linehan'ın duygu düzenleme becerileri tanıtılır ve uygulanır.
8-DEHB İle Depresyon ve İlaçlı Tedavisi:	Depresyon belirtileri ve DEHB'e eşlik ettiği durumlardaki ilaç tedavisi tanıtılır. Kendi duygudurumlarını açmaları ve belirtileri gözden geçirmeleri sağlanır.
9-Dürtü Kontrolü:	Dürtü kontrolü hedef alınır. Davranış analiziyle dürtülerin neden olduğu sorunlu davranışlar incelenir. Linehan'ın hedefe yönelik davranma becerileri, dürtüsel davranışların uzun ve kısa vadeli artıları, eksileri ele alınır.

10-Stres Yönetimi:	Dezorganize davranışlar hedef alınır. Sıralı davranışı planlama ve düzenleme ile ilgili problemler genellikle DEHB'li hastaların aynı anda birkaç farklı şey yaptıkları, kendilerini baskı altında hissettikleri ve projelerinin hiçbirini bitiremedikleri bir durumla sonuçlanır. Bu nedenle oturumda stres-performans ilişkisi anlatılır. DDT'nin strese tolerans becerileri öğretilir.
11-Bağımlılık:	Çok sık karşılaşılan bir eş tanı olması nedeniyle madde bağımlılığı belirtileri anlatılır ve DEHB ilaçların etki ve yan etkileri hakkında bilgilendirme yapılır.
12-İlişkilerde DEHB/Öz saygı:	Belirtiler nedeniyle ev ve iş hayatındaki ilişkiler genellikle eleştiri ve retle sonuçlanır. Bu nedenle çoğunlukla hastaların öz saygıları ciddi şekilde düşer. Katılımcıların geçmişte DEHB sonucu olarak tecrübe ettikleri hem olumsuz anılarını, hem DEHB'in muhtemel avantajlarını paylaşmaları sağlanır.
13-Geriye ve İleriye Bakış:	Geçmiş seanslar gözden geçirilir ve geleceğe yönelik bireysel planların nasıl oluşturulabileceği konuşulur. Bir çeşit öz yardım planı hazırlanır.
Aile Üyeleriyle Oturum:	DEHB ile ilgili belirilerin ve grup terapisindeki hedeflerin yazılı olarak tanıtımları aile üyeleriyle paylaşılır. Her katılımcının ailesiyle tek oturuma mahsus bir görüşme ayarlanır ve problemlerinin üzerinde birlikte konuşmaları sağlanır.
Ek müdahaleler ya da diğer DDT modları	Katılımcılara ihtiyaç duydukları takdirde ilave bireysel görüşme ya da telefon desteği.

Fleming ve ark. (2015)'nin genel popülasyonda uyguladığı DDT beceri eğitimlerinin oturum planı Tablo 5.'deki gibidir.

Tablo 1.6. Fleming ve arkadaşlarının uyguladığı müdahalenin oturum planı

Oturumlar:	Oturum Planı:
Grup öncesi:	Motivasyon sağlamak amacıyla 15-20 dakikalık bireysel görüşmeler
1. oturum:	Grup oryantasyonu, amaç belirlenimi, psikoeğitim, farkındalık
2. oturum:	Günlük planlama kullanımı, bölümlene görevleri ve öncelik belirleme
3. oturum:	Çevresel düzenleme, sosyal desteğin kullanımı
4. oturum:	Uyku, yeme ve egzersizleri düzenleme
5. oturum:	Genelleme ve sorun giderme becerilerini kullanma
6. oturum:	Duyguları düzenleme (ÖR: Tersine hareket)
7. oturum:	Genelleme ve sorun giderme becerilerini kullanma
8. oturum:	Becerileri gözden geçirme, yüksek talepli dönemler için plan
9. oturum:	Becerileri gözden geçirme, sürdürme becerilerini kullanma planı (Bu oturum bir sonraki öğretim yılının ilk haftasında yapılan destekleme oturumudur.)
Ek müdahaleler ya da diğer DDT modları	Haftalık 15-20 dk telefonda ödev koçluğu.

1.4.4. DEHB İçin DDT Beceri Eğitimi

Araştırmalarda hangi DDT modüllerinin DEHB'in hangi belirti kümelerinde işlediği şimdiye dek çalışılmamış ve bildirilmemiştir. Bu nedenle anlamayı kolaylaştırmak için DDT yaklaşımının DEHB belirtileri üzerindeki etkililiğini inceleyen çalışmalarda kullanılan DDT modları ve ek müdahaleler Tablo 6.'da özetlenmiştir.

Tablo 1.7. DEHB İçin Uygulanan DDT Beceri Eğitimi Modları ve Ek Müdahaleler

Çalışmalar	Ek müdahaleler	Diğer DDT Modları	Süre
Hirvikovski ve ark. (2011)	Hesslinger ve arkadaşlarının oturumlarına ilave olarak farkındalık için bir ödevler oturumu yapıldı		14 oturum, haftalık
Philipsen ve ark. (2015)	Hesslinger ve arkadaşlarının 13. oturumu 10 kez aylık olarak uygulandı.	3 kez bireysel oturum	3 ay haftalık+9 aylık oturum
Prada ve ark. (2015)	Uzun süreli DDT tedavisi	Yoğunlaştırılmış grup ve bireysel oturumlar	1 ay boyunca günlük oturum
Morgensterns ve ark. (2015)	Her oturumdan sonra 45-60 dk terapistiz, yapılandırılmamış, tercihe bağlı grup.	10-30 dk haftalık ödev koçluğu (telefonda veya klinikte)	14 oturum, haftalık
Cole ve ark. (2016)	BDT hiperaktivite ve dikkat modülleri	1 yıl boyunca haftalık bireysel ve grup modları	1 yıl, haftalık oturum
Nasri ve ark. (2017)	KKT temelli değerler oturumu (1 defa), oturumdan sonra ödevler motive edici mesaj	Haftalık telefonla koçluk, materyal paylaşımı	14 oturum, haftalık

Kişilerarası beceriler modülünün ilişkiler arası işlevsellik üzerinde, strese tolerans becerilerinin dürtüsellik belirtileri üzerinde, duyguları düzenleme becerilerinin ise DEHB'den muzdarip kişilerde görünen öfke patlamaları, ani duygusal geçişlilik gibi duygu kontrolüyle ilgili sıkıntıları hafifletmesi beklenmektedir. Farkındalık modülünün ise hem bütün bu becerilerin kazanımını güçlendirmesi hem de dikkatle ilgili düzenlemeleri iyileştirmesi beklenmektedir. Hesslinger ve ark. (2002) DDT'nin bilişsel müdahalelerine ağırlık verdiği için araştırmaların çoğunda bilişsel bir müdahale hâkim görünmektedir. Her ne kadar DEHB'in dezorganizasyon, öncelikleri belirleyememe ve başladığı işi bitirememesi gibi gündelik hayatını

sürdürebileceği temel beceriler hedef alınsa da, bu, kişilerin potansiyellerini açığa çıkarabilmeleri için yeterli görünmemektedir. DDT'nin nihai amacı “yaşamaya değer bir hayat” inşa etmektir ve bu tema DEHB hastalarının hayatına anlam katmak amacıyla yeniden yorumlanmaya oldukça elverişlidir. Hayata anlam katmak, DEHB’li bireyleri değerli hissetme, bütünlüklü bir benlik algısı geliştirme ve böylece gündelik hayatlarını yapılandırmaya motive etme potansiyeli taşımaktadır. Buna rağmen şimdiye kadar yapılan araştırmalarda terapi amaçları arasında yer almamış ve beceri eğitimine dahil edilmemiştir. DDT’nin farklı mod ve müdahale yöntemlerinin bu amaçla yeniden birleştirilmesine ihtiyaç vardır. Mevcut çalışmada oturumların temalarından birinin bu amaç olması planlanmaktadır.

1.5. AMAÇ

Bu araştırmanın ilk amacı DEHB için uyarlanmış bir DDT beceri eğitiminin yetişkin DEHB üzerindeki etkililiğini incelemektir. Bu bağlamda katılımcıların yaşadıkları toplam DEHB, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin tedavi gruplarına göre müdahale öncesinden sonrasına görülen değişim incelemiştir. Çalışmanın ikinci amacı müdahale öncesinden sonrasına katılımcıların DDT becerilerindeki gelişimini incelemektir. Bu bağlamda katılımcıların bilinçli farkındalık, duyguları düzenleme, kişilerarası etkililik ve sıkıntıya dayanma becerilerinin tedavi gruplarına göre müdahale öncesi ve sonrasında farklılaşıp farklılaşmadığını incelemiştir. Çalışmanın üçüncü amacı DDT-BE’nin katılımcıların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemektir. Bu bağlamda katılımcıların yaşamdan aldıkları doyum, günlük hayattaki işlevsellik düzeyleri ve gösterdikleri tüm diğer psikolojik belirtilerin müdahale öncesi ve sonrası farklılıkları tedavi gruplarına göre incelemiştir.

1.5.1. İşlemsel tanımlar:

DEHB Belirtileri: Bu çalışmada DEHB belirtileri Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği’nden alınan toplam puan ile tanımlanmıştır.

Dikkatsizlik Belirtileri: Bu çalışmada dikkatsizlik belirtileri Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği'nin "dikkatsizlik" alt boyutundan alınan toplam puan ile tanımlanmıştır.

Aşırı Hareketlilik Belirtileri: Bu çalışmada aşırı belirtileri Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği'nin "aşırı hareketlilik" alt boyutundan alınan toplam puan ile tanımlanmıştır.

Dürtüsellik: Bu çalışmada dürtüsellik düzeyi Barratt Dürtüsellik Ölçeği'nden (BDÖ) alınan toplam puanlar ile tanımlanmıştır.

Bilinçli Farkındalık: Bu çalışmada bilinçli farkındalık düzeyi Bilinç Farkındalık Ölçeği'nden alınan toplam puanlar ile tanımlanmıştır.

Duygu Düzenleme: Bu çalışmada duygu düzenleme becerisi düzeyi Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği'nden alınan toplam puanlar ile tanımlanmıştır. (Ölçekten alınan puanın azalması duygu düzenlemenin artmasına işaret eder.)

Kişilerarası Etkililik: Bu çalışmada kişilerarası etkililik Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri Kısa Formu'ndan alınan toplam puanlar ile tanımlanmıştır. (Kişilerarası problemlerin azalması kişilerarası etkililiğin artmasına işaret eder.)

Sıkıntıya Dayanma: Bu çalışmada sıkıntıya dayanma Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği'nden alınan toplam puanlar ile tanımlanmıştır. (Sıkıntıya toleranssızlığın azalması dayanma kapasitesinin artmasına işaret eder.)

Yaşamdan Doyum Alma: Bu çalışmada yaşamdan alınan doyum Yaşam Doyum Ölçeği'nden alınan toplam puanlar ile tanımlanmıştır.

Günlük Hayattaki İşlevsellik: Bu çalışmada günlük hayattaki işlevsellik düzeyi Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği'nden alınan toplam puanlar ile tanımlanmıştır.

Genel Psikolojik Belirtiler: Bu çalışmada genel psikolojik belirtiler Kısa Semptom Envanteri'nden alınan toplam puanlar ile tanımlanmıştır.

1.5.2. Hipotezler

- 1- DDT-BE grubundaki katılımcıların DEHB, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtileri azaltmaktadır. (Gruplar içi ana etkisi)

- 2- DDT-BE ve grubundaki katılımcıların DEHB, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerindeki azalma kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde fazladır. (Grup×zaman etkisi)
- 3- DDT-BE grubunun bilinçli farkındalık, duygu düzenleme, kişilerarası etkililik ve sıkıntıya dayanma becerileri artmaktadır. (Gruplar içi ana etkisi)
- 4- DDT-BE grubunun bilinçli farkındalık, duygu düzenleme, kişilerarası etkililik ve sıkıntıya dayanma becerilerindeki artış kontrol grubundan anlamlı düzeyde fazladır. (Grup×zaman etkisi)
- 5- DDT-BE grubunun yaşamdan aldığı doyum ve işlevsellik düzeyi artmakta, genel psikolojik belirtileri ise azalmaktadır. (Gruplar içi ana etkisi)
- 6- DDT-BE grubunun yaşamdan aldığı doyum ve işlevsellik düzeyindeki artış ile genel psikolojik belirtileri ise azalma kontrol grubundakinde anlamlı düzeyde fazladır (Grup×zaman etkisi).

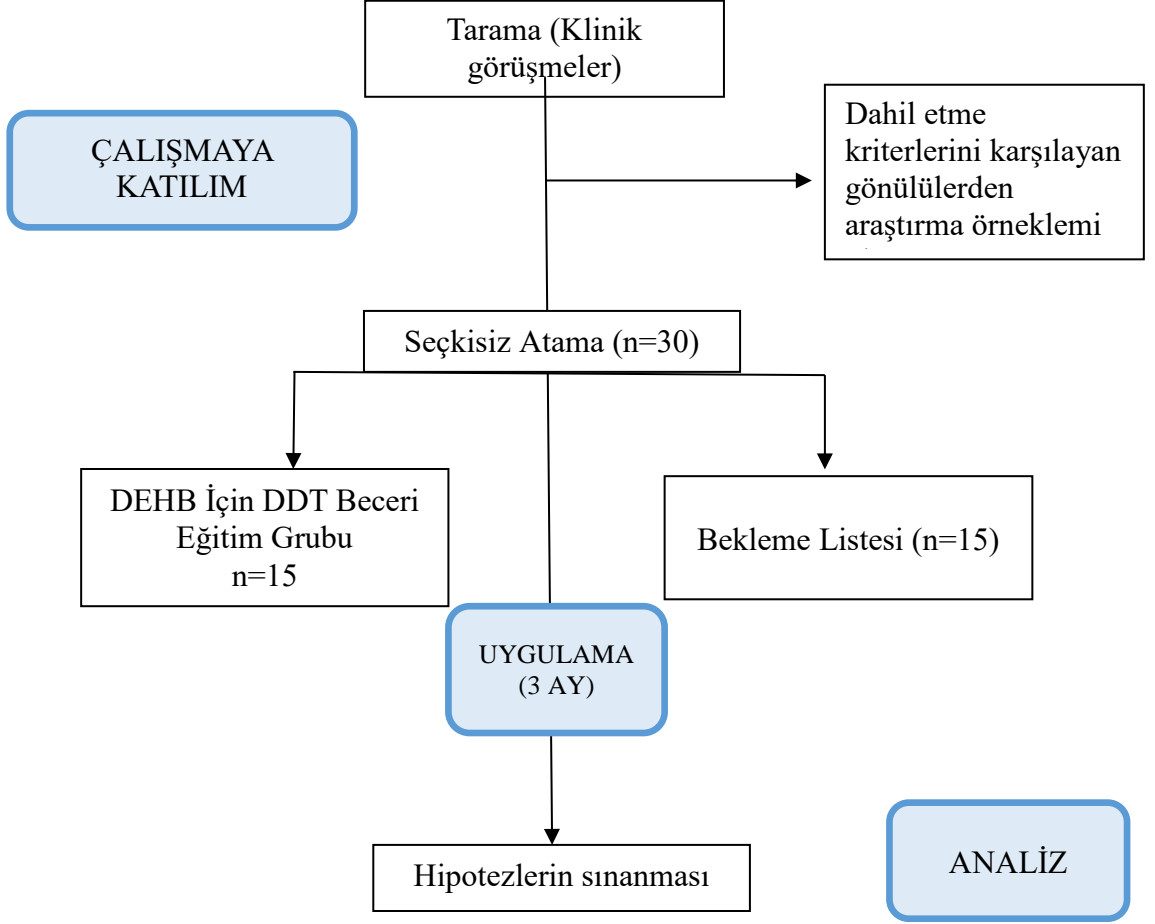
İKİNCİ BÖLÜM

2. YÖNTEM

2.1. ARAŞTIRMA DESENİ

Bu araştırmada DEHB İçin DDT Beceri Eğitimi'nin DEHB belirtileri, psikolojik belirtiler, bilinçli farkındalık, duyguları düzenleme, dürtüsellik, yaşam doyumu, kişilerarası ilişkilerdeki problemler ve işlevsellik düzeylerine etkisi incelenmektedir. Deney ve kontrol olmak üzere iki gruba ön test, son test ve izlem uygulanmıştır. Grup ve ölçüm özellikleri açısından bakıldığında 2X3 karışık desen niteliğine sahiptir (Büyüköztürk, 2014; Creswell, 2009; Shaughnessy, Zechmeister ve Zechmeister, 2015). Araştırmanın akış şeması *Şekil 1.*'de verilmiştir.

Tarama uygulaması iki aşamalı olarak gerçekleşmiştir. İlk aşamada sosyal medyadaki duyurulardan ve poliklinikte takip altında bulunan hastalardan çalışmaya gönüllü olan kişilerden bir kayıt formu doldurmaları istenmiştir. Bu formda, dahil etme kriterlerinden bir psikiyatrist tarafından yetişkin DEHB tanısı almak, ilaçlı tedaviyi sürdürmek ve dışlama kriterlerinden bir psikoterapi sürecine devam etmek maddelerinin yer aldığı bir bilgi formunu doldurmaları istenmiştir.

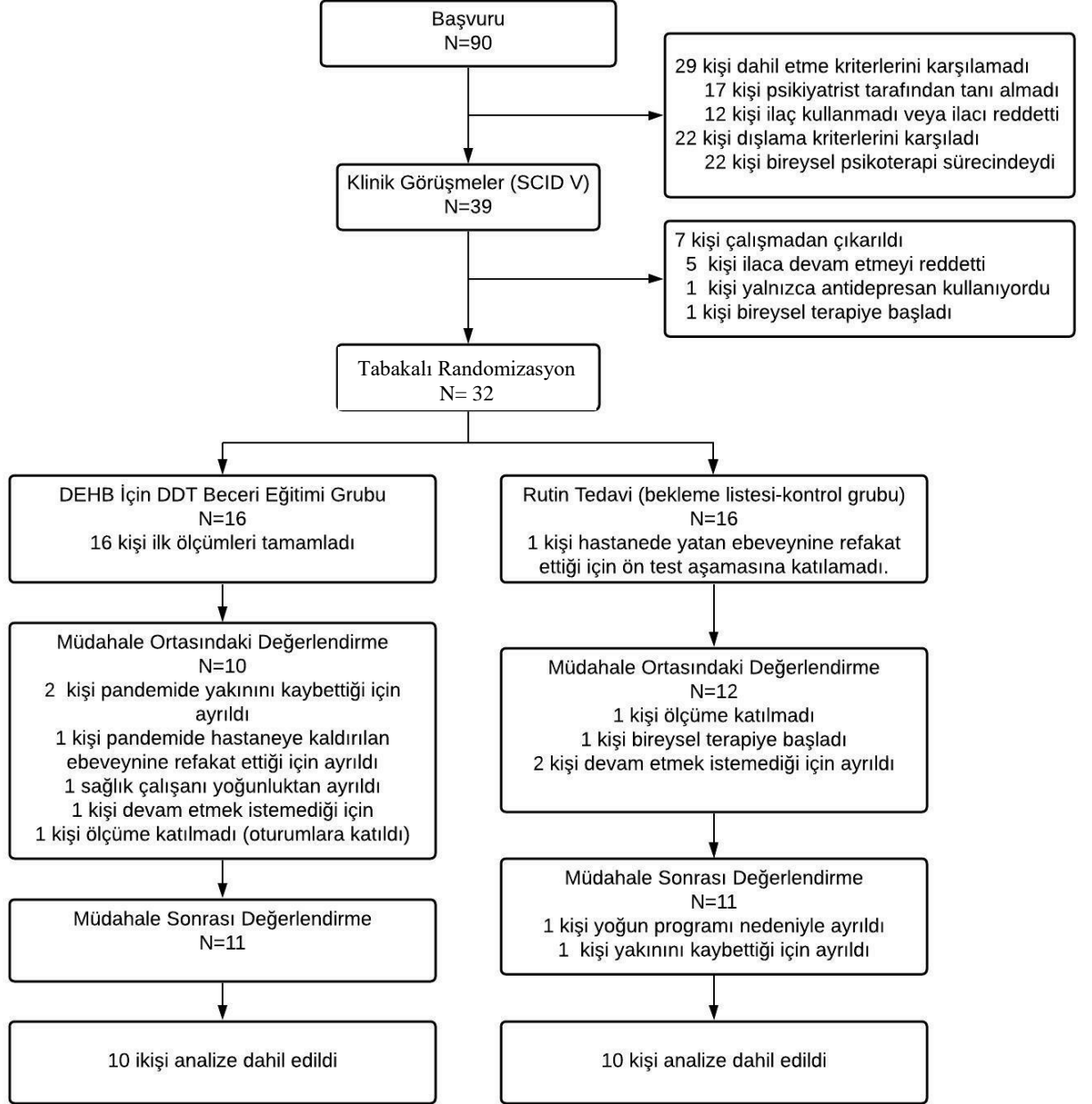


Şekil 2.1. Hedeflenen Araştırma Süreci

Başvuru yapan 90 gönüllüden dahil etme kriterlerini karşılamayan ve dışlama kriterlerini taşıyan 51 kişi çalışma dışında bırakılmıştır. Taramanın ikinci aşamasında 39 kişi ile klinik görüşmeler gerçekleştirilmiş; bu görüşmelerde SCID-V uygulanarak dahil etme ile dışlama kriterlerinin tamamı değerlendirilmiş ve araştırma örneklemi oluşturulmuştur. Çalışmanın araştırma süreci Şekil 2.'de sunulmuştur. Müdahale aşamasında deney grubuna DEHB İçin DDT Beceri Eğitimi uygulanırken kontrol grubundan ise yalnızca psikiyatristleriyle aylık klinik görüşmelerini yapmaları beklenmiş ve uygulama süresince onlarla beceri eğitimi uygulanmamıştır.

Araştırmanın ölçümleri uygulamadan önce, uygulamanın ortasında ve uygulamanın bitiminde yapılmıştır. Etik açıdan araştırmanın başında çalışmaya katılan herkesin beceri eğitimini alması planlanmış ve bu nedenle kontrol grubu, bekleme

listesi şekilde tasarlanmıştır. Dolayısıyla uygulamanın birkaç ay sonrasında izlem görüşmeleri tekrar edilememiştir. Katılımcılarla takvim paylaşılmıştır.



Şekil 2.2. Çalışmanın Akış Şeması

2.2. ÖRNEKLEME

Bu araştırma İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Bölümünün Yetişkin DEHB polikliniğinde takip edilen hastalara tanıtılmış ve sosyal medya aracılığıyla duyurulmuştur. Sosyal medyada yapılan duyurular, araştırmacının ve 220K159 nolu Tübitak projesi danışman hocaları ile bursiyerinin sosyal medya hesaplarından yapıldığı gibi, alandaki çeşitli hocalara da e-posta aracılığıyla ulaşılarak tanıtıma destek vermeleri istenmiştir. Sonuç olarak çeşitli sosyal medya kanalında ve birbirinden farklı kullanıcı hesabından ayrı ayrı tanıtımların yapılması sağlanmıştır. Sosyal medyada paylaşılan afişler EK 1’de, hastalara dağıtılan broşür ise EK 2’de sunulmuştur. Çalışmada dahil etme ve dışlama kriterleri kullanılmıştır.

Dahil etme kriterleri aşağıdaki gibidir:

- Bir psikiyatrist tarafından yetişkin DEHB tanısı konmak.
- SCID-V DEHB tanı kriterlerini karşılamak.
- DEHB’e yönelik ilaç kullanımına en az 1 ay önce başlamış olmak.
- Duygudurum, anksiyete veya okb eş vb eş tanıları varsa, en az üç ay önce ilaçlı tedaviye başlamış ve stabil olmak.

Dışlama kriterleri şu şekilde belirlenmiştir:

- Halihazırda bir psikoterapi sürecine devam etmek.
- Bipolar eş tanısı bulunmak
- Şizofreni spektrumunda bir eş tanısı bulunmak.
- Otizm spektrumunda bir eş tanısı bulunmak.
- Zihinsel yeti eksikliği olmak.
- Alkol ve madde bağımlılığına bağlı aktif madde kullanımı.
- İntihar riski bulunmak.

Duyurularda çeşitli hastanelerin psikiyatri birimlerinde takibi devam eden, DEHB’e yönelik ilaç kullanımı bulunan ve bir psikoterapiye devam etmeyen yetişkinlerin (+18) projeye dahil edilecekleri de ilan edilmiştir. Katılmak isteyen gönüllülerin öncelikle ‘Google Forms’da oluşturulan başvuru formunu doldurmaları istenmiş; bu form demografik bilgileri, dışlama kriterlerini ve iletişim bilgilerini sorgulayan soruları içermiştir. İlgili form toplam 90 kişi ($\bar{X}_{yaş}= 29,72$, $ss=$) tarafından

doldurulmuştur. Bu kişilerden 70'i yetişkin DEHB tanısı aldığını bildirirken 20'si belirtileri taşıdığına inanmasına rağmen henüz psikiyatriste başvurmadığını veya çocukluk tanısı olup yetişkinlikte psikiyatrik tedaviye devam etmediğini bildirmiştir. Bunun üzerine, iletişim bilgilerini verip çalışmaya katılma isteklerini söyleyen bu katılımcılara geri dönüş yapılarak araştırmanın dahil etme kriterleri gereği psikiyatriste başvurmaları gerektiği bildirilmiştir. Tanı aldığını bildiren 70 kişiden 22'si bir psikoterapi sürecinde olduğundan çalışmaya dahil edilmemiştir. 10 kişi ilaç kullanmayı reddettiği için, 2 kişi ise DEHB tanıları olsa da psikiyatristleri ilaç kullanmalarını tavsiye etmediği için çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak, başvuru aşamasında dahil etme kriterlerini karşılayan 39 kişi ile DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5) kullanılarak klinik değerlendirmeler gerçekleştirilmiştir.

SCID-5 görüşmesi yapılan 39 katılımcıdan 5'i ilaç kullanmak istemediklerini bildirmelerinden dolayı çalışmaya dahil edilmemiş; 1 kişi ise DEHB'e yönelik metilfenidat veya atomoksetin değil yalnızca antidepresan tedavisi görmesi nedeniyle çalışmaya alınmamıştır. 1 kişi de psikoterapiye başladığını bildirmesi üzere çalışmaya dahil edilmemiş; geriye kalan 32 kişi tabakalı randomizasyon yöntemiyle deney ve kontrol gruplarına rassal atanmıştır. Çeşitli işlevsellik alanlarında, belirti düzeylerinde ve eş tanı alma bakımından farklılığa yol açması nedeniyle cinsiyet (kadın-erkek) ve DEHB alt tipi (dikkatsizlik baskın-bileşik) tabakalar olarak belirlenmiştir (Groen ve ark., 2018; Hirsch ve ark., 2019; Oerbeck ve ark., 2019). Seçme yanlılığını önlemek için her bir gözleme bir katılımcı numarası verilerek ve isim, meslek, eğitim gibi kişi hakkında bilgi verecek demografik değişkenler dışarıda bırakılarak bütün veriler yeni bir Microsoft Excel sayfasına aktarılmıştır. Böylece araştırmacı gruplara atanan kişilere kör kalması sağlanmıştır. Her bir gözlem için Microsoft Excel'de “=RAND()” formülü ile rassal sayılar oluşturulmuş, “sort” komutunda cinsiyet ile DEHB alt tipi iki atama düzeyi olarak belirlenerek atama gerçekleştirilmiştir (Oran= 1:1). Tablo 8.'de tabakalar bakımından gruplar arası tam bir eşleşme sunulmuştur. Planlanan seçkisiz atama prosedürüyle iç geçerliği tehdit eden deneklerin seçme etkisi, zaman etkisi, olgunlaşma etkisi, istatistiksel regresyon etkisi ve gruplaşma-olgunlaşma etkileşimi etkisinin en aza indirilmesi hedeflenmiştir (Metin, 2015). Atamayla birlikte gruplar

oluşturulduktan sonra katılımcılar ve araştırmacı için körleme sonlanmış; tüm katılımcılara hangi grupta oldukları bildirilmiştir. Mevcut çalışma tek kişinin bir tez olduğundan grup beceri eğitimlerini veren, data toplayan ve analizleri yapan kişi aynıdır. Toplanan datalarda müdahale lehine olası bir uzman yanlılığının önüne geçmek amacıyla öz bildirim testleri tercih edilmiş ve data toplama aşamasında uzman görüşüne yer verilmemiştir. Katılımcılar da ölçekleri online bir şekilde doldurmuşlardır. Bunun tek istisnası işlevselliği ölçen ölçme aracıdır. Bu ölçek uzman değerlendirmesine dayalı olup projedeki resmi ve gönüllü bursiyerler tarafından uygulanmıştır. Ancak değerlendirmeciler katılımcıların grubuna kör değildir.

Tablo 2.1. Tabakalı rassal atama sonucu oluşan gruplara ait demografik özellikler

Kod	Cinsiyet	DEHB alt tipi	Kod	Cinsiyet	DEHB alt tipi
730	K	DEHB _D	727	K	DEHB _D
726	K	DEHB _D	725	K	DEHB _D
729	K	DEHB _D	728	K	DEHB _D
722	K	DEHB _B	731	K	DEHB _B
713	K	DEHB _B	720	K	DEHB _B
723	K	DEHB _B	719	K	DEHB _B
721	K	DEHB _B	712	K	DEHB _B
714	K	DEHB _B	716	K	DEHB _B
724	K	DEHB _B	718	K	DEHB _B
717	K	DEHB _B	715	K	DEHB _B
710	E	DEHB _B	701	E	DEHB _B
702	E	DEHB _B	705	E	DEHB _B
706	E	DEHB _B	709	E	DEHB _B
704	E	DEHB _B	703	E	DEHB _B
700	E	DEHB _B	708	E	DEHB _B
707	E	DEHB _B	711	E	DEHB _B

2.2.1. Katılımcılar

20 kadın (%62,5) ve 12 erkekten (%37,5) oluşan katılımcıların yaş ortalaması $\bar{X} = 29,16 \pm 7,18$ olup yaş aralığı 20-52 arasındadır. Katılımcılardan 7'si (%21,9) DEHBD ve 25'i (%78,1) DEHBB alt tipine sahiptir. Katılımcıların 5'i evli (%15,6) iken 27'si (%84,4) bekârdır. Gelir düzeyini bildirirken katılımcıların varsa aileleriyle ortak değil, bireysel olarak kazandıkları miktarı yansıttıkları, örneğin öğrencilerin de asgari ücret altını işaretleri görülmüştür. Bu bağlamda asgari ücretin altında geliri olan kişi sayısı 11 (%34,4), 10.000 TL'nin üzerinde geliri olan kişi sayısı ise 4'tür (%12,5). Katılımcıların %75'i üniversite düzeyinde eğitime sahiptir. SCID taraması sonuçlarına göre katılımcılardan 13'ünün (%40,6) belirtileri bir ve 7'sinin (%21,6) belirtileri ise

iki eş tanıyı karşılamış, geriye kalan 12 kişi (%37,5) çeşitli belirtiler gösterebilir de belli bir tanıyı karşılamamıştır. Yaygın anksiyete bozukluğu bildiren 12, depresyon bildiren 4, distimi tanısını karşılayan 5, OKB bildiren 2, trikotillomani bildiren 1, beden belirti bozukluğu bildiren 1 ve tıknırcasına yeme bildiren 1 katılımcı olduğu görülmüştür. Yukarıda ifade edildiği gibi çalışmaya yalnızca DEHB'in ilaçlı tedavisine devam eden kişiler kabul edilmiştir. İlacın metilfenidat veya atomoksetin olması ve günlük kullanım dozu tamamen hastaların devam ettikleri polikliniklerindeki hekimlere bırakılmıştır. Ancak katılımcılardan tüm çalışma boyunca ilaçlı tedaviyi sürdürmeleri istenmiştir. Her ölçüm aşamasında katılımcılara ilaç kullanımında bir değişikliğe gidip gitmedikleri sorulmuş ve devam ettikleri ilaçların bilgisi istenmiştir. Eş tanı bildiren katılımcıların hepsi metilfenidat veya atomoksetin grubunun yanı sıra bir ilaç tedavisi görmekte olup stabildir. Katılımcılara ait betimleyici istatistikler Tablo 9.'da gösterilmiştir.

Tablo 2.2. Katılımcıların demografik özelliklerine ait betimleyici istatistik tablosu

Değişkenler		n	%
DEHB alt tipi	DEHB _D (dikkatsizlik baskın tip)	7	21,9
	DEHB _B (bileşik tip)	25	78,1
Cinsiyet	Kadın	20	62,5
	Erken	12	37,5
Medeni Durum	Bekâr	27	84,4
	Evli	5	15,6
Eş tanı	Eş tanı yok	12	37,5
	1 Eş tanı	14	43,8
	2 Eş tanı	6	18,8
Eğitim düzeyi	Lise	3	9,4
	Üniversite	24	75
	Lisansüstü	5	15,6
Çalışma durumu	Tam zamanlı	15	48,88
	Öğrenci	11	34,38
	Yarım zamanlı	3	6,25
	Çalışmıyor	2	9,38
Gelir düzeyi	Asgari ücretin altı	11	34,4
	Asgari ücret-4000 TL	7	21,9
	4000-7000 TL	4	12,5
	7000-10.000 TL	5	15,6
	10.000'den fazla	4	12,5
Yaş		\bar{X}	ss
		(min-mak)	
		29,16	7,18
		(20-52)	

2.3. ARAÇLAR

Fizibilite: En genel anlamda, planlanan bir SKÇ'nin yapılabilir olup olmadığını değerlendiren her çalışmaya fizibilite denmektedir (Eldridge ve ark., 2016a). Ancak gelecekte planlanan bir SKÇ'ye hazırlık olmamasına rağmen yaptıkları SKÇ'lerdeki örneklem küçük olduğunda araştırmacıların sıklıkla daha büyük bir SKÇ'nin faydalı olduğunu söylemek amacıyla fizibilite yaptıkları görülmektedir (Eldridge ve ark., 2016a). Fizibilitenin nasıl değerlendirileceği yazarların benimsediği kriterlere göre farklılaşmakta, yalnızca nitel sorular olabileceği gibi nicel bazı ölçütler de konabilmektedir (Eldridge ve ark., 2016a; 2016b). Tedavinin değerlendirme

Çalışmadan ayrılma/çalışmayı tamamlama oranları en sık kullanılan fizibilite ölçütlerine örnek verilebilir (Ör. Babiano-Espinosa, 2019; Hirvikovski ve ark., 2015; Scott ve ark., 2018). Fizibilite ölçütleri yalnızca tedaviye katılma, tamamlama, tedaviden beklentiler gibi ölçütleri içerebileceği gibi çalışmanın en başında ne kadar sürede kaç katılımcıya ulaşılacağı, kaç uygulayıcının bulunacağı gibi kriterlere de sahip olabilmektedir (Ör. Reneker ve ark., 2017; Scott ve ark., 2018; Waite, 2022). Mevcut çalışma geniş kapsamlı bir SKÇ'nin ön hazırlığı olarak tasarlanmamıştır. Ancak DEHB için DDT'nin ilk kez çevrimiçi kullanılması ve bu çalışmanın sonuçlarının ileride daha geniş SKÇ'lere öncül olabileceğinin düşünülmesi nedeniyle fizibilite de raporlanmıştır. Bu çalışmada fizibilite Hirvikovski ve ark. (2011)'nin kullandığı 3 kriterle değerlendirilmiştir: Katılımcıların büyük çoğunluğunun (en az %75) tedavi için uygun potansiyel adaylar olması, drop out oranının <25% olması ve katılımcıların büyük çoğunluğunun (en az %75) oturumlarda hazır bulunması. T1 (beceri eğitimine başlamadan önce), T2 (beceri eğitiminin 6. haftasında) ve T3 (beceri eğitiminin bitiminde) olacak şekilde 3 kez ölçümler yapılmıştır.

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS): DSM-IV tanı ölçütleri esas alınarak Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilen ve toplam 18 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik-dürtüsellik şeklinde her biri dokuz maddeden oluşan iki alt ölçeği bulunmaktadır. Uzman puanlaması ve katılımcıların ölçek üzerinden verdikleri puanlar sınıf içi korelasyon katsayısı ile karşılaştırılarak benzer ölçekler geçerliğine (concurrent validity) bakılmış ve toplam puan için .84, alt ölçeklerin her ikisinde de .83 düzeyinde korelasyon bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach's alpha değer .88 bulunmuştur (Adler ve ark., 2011). 3 ölçümle gerçekleştirilen test-tekrar test güvenilirliğini gösteren Pearson korelasyon değerleri 0-6 puanlama yaklaşımı için .63 (T1-T2), .67 (T2-T3), .47 (T1-T3) iken 0-24 puanlama yaklaşımı için .74 (T1-T2), .77 (T2-T3), .58 (T1-T3) şeklindedir (Kessler ve ark., 2007). DEHB olmayan gruplarda ölçeğin test-tekrar test korelasyon değeri .78 bulunmuştur (Silverstein ve ark., 2018). Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve ark. (2009) tarafından yapılmıştır. 5'li likert tipinde derecelendirilmektedir. İki alt boyut arasında .59 şeklinde bulunan korelasyon yapı geçerliğinin temeli olarak kabul edilmiştir. Yapı

geçerliği faktör analiziyle de incelenmiş ve iki faktörlü yapının toplam varyansın %41,58'ini açıkladığı görülmüştür. Ölçüt geçerliği incelendiğinde Wende-Utah Derecelendirme Ölçeği ile arasında .52, SCL-90-R ile arasında .61 şeklinde anlamlı ve pozitif yönde korelasyon bulunmuştur. Ölçeğin iç tutarlılık korelasyon katsayısı .88 bulunmuştur. Alt ölçeklere bakıldığında Cronbach's alfa değeri 'dikkat eksikliği' için .82 ve 'hiperaktivite/ dürtüsellik' için .78 şeklinde bulunmuştur. Test-tekrar test tutarlılığı toplam puan için .85; alt ölçekler için ise .73-.89 şeklindedir. Türkçe formun kesme puanına dair bilgi bulunmamakla birlikte geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında kadınların ortalaması 25.89 ± 9.55 , erkeklerin ortalaması ise 22.33 ± 11.20 şeklinde bildirilmiştir. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha değeri .84 bulunmuştur.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11-KF: İlk versiyonu Barratt tarafından geliştirilen öz-bildirim yöntemine sahip ölçeğin 11. versiyonu ise Patton, Stanford ve Barratt (1995) tarafından geliştirilmiştir. Çalışmada üniversite öğrencileri, madde bağımlılığı hastaları, genel psikiyatrik hastalar ve mahkumlardan oluşan dört farklı örneklemden veri toplanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliği önce temel bileşenler analizi ve ardından açıklayıcı faktör analizi ile gerçekleştirilerek üç faktörlü bir yapıya ulaşılmıştır. Bu üç alt boyut şunlardır: Motor dürtüsellik (MD), plan yapamama, dikkatte dürtüsellik (DD). MD alt boyutu anın dürtüsüyle hareket etme ve istikrarlı bir haya tarzına sahip olmayı, plan yapamama alt boyutu planlama, itinalı düşünme, o andaki küçük bir ödül kabul etme, öngörememe ve kognitif karmaşıklığı, DD alt boyutu ise bir işe odaklanma, hızlı karar verme ve düşüncelerin araya girmesi ile yarışan düşünceleri kapsayan kognitif değişkenliği yansıtmaktadır. Faktörler arası korelasyon .46-.53 arasında bulunmuş; iç tutarlılık Cronbach's alpha ile değerlendirilmiş ve dört farklı örneklemden elde edilen değerler .79-.83 arasında değişmiştir. 11. versiyonun Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması, Güleç ve ark. (2008) tarafından yapılmış; ardından Tamam ve ark. (2013) tarafından 15 soruluk kısa formun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Kısa formun yapı geçerliği orijinal kısa form çalışmasındaki yöntemin kullanılmasıyla sağlanmıştır. Bu yöntemle göre faktör analizinde her üç faktörün altında yer alan maddelerden en yüksek faktör yüküne sahip ilk beşi alınarak toplam 15 maddelik bir kısa form oluşturulmuştur. Elde edilen formun Almanya ile Kolombiya versiyonlarıyla ortak bir yapıya sahip olduğu görülmüştür. Dolayısıyla

elde edilen ölçek orijinal versiyonla aynı üç alt boyuta sahiptir. 4'lü Likert ölçek değerlendirmeleri "1=nadiren/hiçbir zaman", "2=bazen", "3=sıklıkla", "4=hemen her zaman/her zaman" şeklinde cevaplanmaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan dürtüsellik düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Geçerlilik ve güvenilirliği Tamam ve ark. (2013) tarafından yapılan BIS-11-KF'nin uzun formu olan BIS-11 ile korelasyonu .94 bulunmuştur. Toplam ölçeğin Cronbach's alpha değeri .82 iken alt ölçeklerinki .64-.80 arasındadır. En düşük değer dikkatte dürtüsellik alt boyutuna aittir. Kesme puanı çalışması yapılmayan formdan alınan ortalama 26.5 ± 6.3 şeklindedir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha değeri .79 bulunmuştur.

Kısa Semptom Envanteri (KSE): SCL-90 ölçeğinin kısa formu (Brief Symptom Inventory (BSI)) olarak Derogatis tarafından geliştirilmiştir (Şahin ve ark., 2002). Ölçeğin yapı geçerliği, SCL-90'ın her bir alt boyutundan faktör yükü en yüksek olan maddelerin seçilmesiyle sağlanmıştır. Yapılan faktör analizi ile önsel (a priori) yapı doğrulanmıştır. BSI ile SCL-90 arasındaki korelasyon katsayısı .92-.99 arasında bulunmuştur. Ölçüt bağıntı geçerliği için MMPI testi ile gösterdiği korelasyona bakılmış ve ölçeklerin alt boyutların korelasyonu .30-.72 arasında bulunmuştur. Ölçeğe ait iç tutarlılığı Cronbach's alpha ile değerlendirilmiş ve alt boyutlara değerlerin .71-.85 arasında değiştiği görülmüştür. Test tekrar test güvenirlik katsayısı .68-.91 arasında bulunmuştur. 4'lü Likert olan ölçek 53 maddeden oluşmaktadır ve 9 alt boyut ve 3 rahatsızlık belirleyicisi ölçeğe sahiptir: Somatizasyon, obsesif-kompulsif, kişilerarası alınganlık, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotizm, rahatsızlık ciddiyeti indeksi (RCİ), belirti toplamı (BT) ve semptom rahatsızlık indeksi (SRİ). Ölçeğin Türkçe formuna ait geçerlik ve güvenirlik çalışmaları Şahin ve Durak tarafından (1994) yapılmıştır. Psikometrik çalışmalar, bir yandan ortaokul, lise ve üniversite öğrencilerini kapsayan, diğer yandan psikolojik destek aramamış ve şikâyetleri nedeniyle danışmanlık birimlerine başvurmuş üniversite öğrencilerinden oluşan farklı örneklemelerden elde edilmiştir. Cronbach's alpha değeri .93-.96 arasında değişmekte olup çok yüksektir. Ölçüt bağıntı geçerliği için farklı ölçeklerle arasındaki korelasyonlara bakılmış ve anlamlı bulunmuştur. Yapı geçerliği temel bileşenler analizi ve faktör analizi incelenmiştir. Yapılan faktör analizi sonucu, Hisli ve Durak (1994), anksiyete, depresyon,

somatizasyon, hostile ve olumsuz benlik şeklinde beş alt boyutlu bir yapının daha iyi sonuç verdiğini söylemiştir. Bu çalışmada ölçeğin toplam puan için Cronbach's alpha değeri .97 bulunmuştur.

Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Kısa Formu (DERS-16): Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilen 36 maddelik DERS ölçeğinin altı alt boyutu vardır: Duygusal farkındalık eksikliği alt boyutu (farkındalık), duyguları kabul etmeme alt boyutu (kabul etmeme), hedeflere yönelik davranışa ilişkin güçlükler alt boyutu (hedefler), dürtü kontrol güçlükleri alt boyutu (dürtü), duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişim alt boyutu (stratejiler), duygusal açıklık eksikliği (açıklık). Farkındalık alt boyutu duygulara katılma ve onları kabul etme eğilimini, kabul etmeme alt boyutu kişinin olumsuz duygularına ikincil olumsuz duygusal tepki verme eğilimini veya kişinin mevcut sıkıntısını reddeden tepkilerini, hedefler alt boyutu olumsuz duygular yaşarken odaklanma, konsantre olma ve görevleri yerine getirmede yaşanan güçlükleri, dürtü alt boyutu olumsuz duygular yaşarken davranışları kontrol etmede yaşanan güçlükleri, stratejiler alt boyutu üzüntü hâlindeyken duyguları etkili bir şekilde düzenlemek için yapılabilecek çok az şey olduğu inancını, açıklık alt boyutu ise bireylerin deneyimledikleri duyguları ne ölçüde bildiğini (ve bu konuda açık olduğunu) yansıtmaktadır. Yapı geçerliği, ayırıcı geçerliği ve geçerliği incelenerek güçlü bulunan ve Cronbach's alpha değeri .93 şeklinde çok yüksek olan orijinal ölçek Bjureberg ve ark. (2016) tarafından kısaltılmıştır. Kısa form hazırlanırken maddeler arası korelasyonu yüksek olan ($r > .90$) ve madde toplam korelasyonları düşük olan ($r < .50$) ve kelime düzeyinde aynı şeyi ifade eden maddeler son aşamada yazarların uzlaşması üzere çıkarılarak yapı geçerliği sağlanmıştır. Farkındalık alt boyutundaki maddeler diğer maddelerle çok yüksek toplam ile düşük korelasyon göstermesi üzere çıkarılmış ve beş alt boyutlu 16 maddelik bir form elde edilmiştir. Kısa formun orijinal DERS ile korelasyonu .93 ve benzer ölçeklerle korelasyonları da anlamlı bulunarak ölçüt bağıntı geçerliği ortaya konmuştur. Ölçeğin Cronbach's alpha değeri .92 bulunmuştur. Kısa formun iç tutarlık katsayısı .92, test tekrar test güvenilirliği ise .82'dir. Ölçekten alınan yüksek puan daha fazla duygu düzenleme gücüne işaret etmektedir. Kısa formun Türkçedeki psikometrik özellikleri Yiğit ve Yiğit (2017) tarafından yapılmıştır. Maddeler 5'li likert bir ölçeğe

sahiptir. Yapı geçerliğini test etmek amacıyla duyguları dışavurma ve duygusal kaçınmayı ölçen iki farklı ölçekle ilişkisi incelenmiş ve anlamlı olduğu görülmüştür. Yordayıcı geçerlik için ise KSE ile ilişkisine bakılmış ve yordayıcı olduğu görülmüştür. Ölçeğin toplam iç tutarlık katsayısı .92 ve alt ölçeklerinkide .78-.87 arasında bulunmuştur. Ölçeğin kesme puanı bulunmayıp geçerlik ve güvenirlik çalışmasında elde edilen ortalama 38.71 ± 12.76 şeklindedir. Bu çalışmada ölçeğin toplam puan güvenirlik katsayısı .89 bulunmuştur.

Bilinçli Farkındalık Ölçeği: Brown ve Ryan (2003) tarafından geliştirilmiştir. Maddeler “1=Neredeyse her zaman” ile “6= Hiçbir zaman” arasında 6’lı Likert ölçeğe sahip olmak üzere 15 tanedir. Tek faktörlü bir yapıya sahiptir. Farkındalığın temel özellikleri olan “şimdi merkezli dikkat” ve “ayırısama”yı yansıtan maddelerden oluşmaktadır (Çatak, 2012). Uyum geçerliğini incelemek amacıyla ölçeğin duygusal zekâ, deneyime açıklık ve bir başka farkındalık ölçeği ile gösterdiği ilişkinin gücüne bakılmış ve hepsinin anlamlı olduğu görülmüştür. Ayırt edici geçerliliği için kendi kendini inceleme ve kendilik üzerine düşünmeyi yansıtan bilişsel süreçlerin kullanımını ölçen araçlarla arasındaki ilişkiye ve fiziksel iyi oluş göstergeleriyle ilişkilerine bakılmıştır. Sonuçlar beklendiği yönde çıkarak ya ilişkisiz veya ters ilişkili bulunmuştur. Ardından dolaylı madde yaklaşımı denen, maddelerin ters çevrilmesi anlamına gelen bir yöntemle orijinal formun tersi oluşturulmuştur. Ters formun diğer ölçeklerle gösterdiği korelasyon orijinal formda olduğu gibi beklenen yönde çıkmış ve uyum geçerliği ile ayırt edici geçerliliği bulgularını desteklemiştir. Ölçeğin Cronbach’s alpha katsayısı .87 ve test tekrar test korelasyon katsayısı .81 bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe iki farklı adaptasyonu vardır (Özyeşil ve ark., 2011; Çatak, 2012). Maddelerin Türkçe ifadelerinin niteliği nedeniyle bu çalışmada Çatak’ın formu tercih edilmiştir. Çatak (2012) üniversite öğrencileriyle ve yetişkin örnekleme geçerlik ve güvenirlik çalışmasını yürütmüştür. BFÖ’nün uyum geçerliği iyi oluş, deneyimsel kaçınma, bilişsel kaçınma ve dürtüsellik ölçekleriyle gösterildiği ilişkiyle incelenmiştir. Her bir ölçekle negatif yönlü anlamlı bir ilişki görülmüş ve yalnızca bilişsel kaçınmayla bir ilişki bulunmamıştır. Sonuçlar beklentiler doğrultusunda olduğundan ölçeğin geçerliliği sağlanmıştır. Faktör yapısı önce açımlayıcı ve sonra doğrulayıcı faktör analiziyle incelenmiş ve tek faktörlü yapının geçerli olduğu

gösterilmiştir. Ölçeğin Cronbach's alpha değeri öğrencilerde .82 ve yetişkinlerde .87 bulunmuştur. Test tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .83 şeklindedir. Bu çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı .90 bulunmuştur. Ölçekten alınan yüksek puan bilinçli farkındalık düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir.

Yaşam Doyum Ölçeği: Diener ve arkadaşları tarafından 1985'te geliştirilen ölçeğin zaman içerisinde farklı geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır (Pavot ve ark., 1991; Pivot ve Diener, 2008). 5 maddeden oluşmakta ve öznel iyi oluşu ölçmektedir. 7'li Likert derecelendirme ölçeğine sahiptir. Kolaylığı ve iç tutarlılığının yüksek olması sayesinde araştırmalarda yaygın olarak kullanılmaktadır. Dış geçerliği için uzman puanlaması kriter olarak belirlenen ölçeğin farklı iyi oluş ölçekleriyle yüksek, dışa dönüklük ile düşük ama anlamlı korelasyon göstermiştir. Böylece uyum geçerliği bakımından yeterli olduğu kabul edilmiştir (Pavot ve ark., 1991). Duygu yoğunluğu ile beklendiği ölçüde düşük korelasyon göstermiş ve ayırt edici geçerliği açısından yeterli olduğu düşünülmüştür (Pavot ve ark., 1991). Pavot ve arkadaşları (1991) ölçeğin uyum geçerliğini yeniden değerlendirdiklerinde hem benzer ölçekler kullanmış, hem de günlük duygu durum ölçümlerinden faydalanmıştır. Bununla birlikte yaşamdan yüksek düzeyde doyum alan kişilerin olumlu anıları daha fazla hatırlayacakları şeklinde bir varsayımdan yola çıkarak bir hafıza testi geliştirmiş ve bu test ile ölçek arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Ölçeğin hem benzer iyi oluş ölçekleriyle, hem de günlük duygu durum ölçümleriyle gösterdiği ilişki nedeniyle iyi bir uyum geçerliğine ve olumlu anılarla gösterdiği ilişkiye dayanılarak da iyi bir yordayıcı geçerliğe sahip olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmanın ikinci adımında katılımcıların iyi oluşlarıyla ilgili akran değerlendirmesi alınmış ve akran değerlendirmeleri ile katılımcıların öz bildirimleri arasında da güçlü bir ilişki görülmüştür. Böylece ölçeğin dışsal geçerliğinin ortaya konduğu düşünülmüştür. Çalışmada ölçeğin ortalama test tekrar test korelasyon katsayısı .85 bulunmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Durak ve arkadaşları tarafından 2010'da yapılmıştır. Orijinal ölçek .87 tutarlılık katsayısına sahipken Türkçe versiyonunda üniversite öğrencileri, cezaevi görevlileri ve yaşlılardan oluşan örneklem için ayrı ayrı güvenilirlik çalışması yapılmış ve sırasıyla .81, .82 ve .89 şeklinde bulunmuştur (Durak, Şenol-Durak ve Gençöz, 2010). Öğrenci, yaşlı ve infaz koruma memurları olmak üzere üç ayrı

örnekleme yürütülen Türkçe uyarlama çalışmasında depresyon, öz saygı, pozitif negatif duygudurum, iş stresi, tükenmişlik ve aylık gelir ile gösterdiği korelasyon incelenmiş ve .13-.40 arasında beklenen yönde anlamlı ilişki görülmüştür. Ayırıcı geçerliği incelemek amacıyla otosansüre istekliliği ölçen bir ölçme aracıyla korelasyonuna bakılmış ve anlamsız bulunmuştur. Mevcut çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha değeri .90 bulunmuştur. Ölçekten alınan yüksek puan yaşamdan daha fazla doyum almayı göstermektedir.

Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği: Rosa ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiş beş faktörlü, 4'lü Likert ölçeğe sahip, 24 maddeli, uzman puanlamasına dayalı bir ölçektir. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi (İGD) ile korelasyonu .90 bulunmuştur. Ayırıcı geçerliğini incelemek amacıyla manik, depresif ve normal duygudurumdaki katılımcılar arasındaki farklılıkları gösterip göstermediği test edilmiş ve ayrıca bipolar hastalarla kontrol grubu arasında ROC analizi uygulanmıştır. İlkinde farklı duygudurumlarda farklı işlevsellik düzeylerini ayırt edilebildiği ve ikincisinde de ROC eğrisi .86 bulunarak tanısal anlamda güçlü bir ayırt ediciliğe sahip olduğu görülmüştür. Cronbach's alpha .91, test tekrar test korelasyonu ise .98 bulunmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve Uykur tarafından 2012'de yapılmıştır. Yüksek puan kötü işlevselliği göstermektedir. Yapı geçerliği için önce açıklayıcı ve sonra doğrulayıcı faktör analizi yapılmış ve beş faktörlü altı alt boyutlu bir yapı elde edilmiştir. Alt boyutlar şunlardır: otonomi, mesleki işlevsellik, bilişsel işlevsellik, mali konular, kişiler arası ilişkiler ve boş zaman etkinlikleri (Aydemir ve Uykur, 2012). KİDÖ'nün alt boyutları ile Bipolar Bozukluk İşlevsellik Ölçeği'nin ilgili her bir alt boyutu arasında anlamlı ilişki görülmüş ve İGD ile gösterdiği korelasyon .38 bulunmuştur. ROC analizinde eğrinin altında kalan alan .82 bulunmuş ve böylece belirti gösteren bipolar hasta grubuyla kontrol grubu arasındaki farkı güçlü bir şekilde ayırt edebildiği ortaya konmuştur. Adaptasyon çalışmasında toplam puan için Cronbach's alpha değeri .96 ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.95 bulunmuştur. Belirtili dönemdeki hastaların ortalaması 32.8 ± 2 , düzelme dönemindeki hastaların ortalaması 13.9 ± 2 ve kontrol grubunun ortalaması ise 15.7 ± 2 şeklindedir. Mevcut çalışmada ölçeğin toplam puan için Cronbach's alpha değeri .74 şeklinde bulunmuştur.

Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri Kısa Formu (IIP-C): Alden ve ark. (1990) tarafından geliştirilen ölçek, Sullivan'ın kişilerarası bağlamı üzerine bina edilmiştir. Ölçek, yakınlık ve baskıcılık şeklinde iki temel boyut üzerinde tanımlanan sekiz kategorili bir döngüsel modele dayanır. Ölçeğin, döngüsel modeldeki sekiz kategoriye denk gelen sekiz alt boyutu şöyledir: “Baskıcı/kontrolcü”, “müdahaleci-muhtaç”, “kendini feda edici”, “aşırı uysal”, “kendine güvenmeyen”, “sosyal açıdan kaçınan”, “soğuk-mesafeli” ve “kindar/benmerkezci”. Ölçeğin yapı geçerliği döngüsel modeller denenerek üç aşamada gerçekleştirilmiş ve elde edilen 64 maddelik 8 faktörlü yapının Interpersonal Dispositions Circumplex ölçeğiyle uyumu incelenmiştir. İki ölçeğin hem faktörleri, hem de korelasyonlarına bakılarak IIP-C'nin stabil bir yapı sergilediği kabul edilmiştir. 5'li Likert tip ölçekte artan puanlar yüksek düzeyde kişilerarası gerginliğe işaret etmektedir. Ölçeğin 32 maddelik kısa formu Soldz ve ark. (1995) tarafından geliştirilmiştir. Kısa form orijinal formun her bir alt boyutunda en yüksek madde toplam korelasyonuna sahip ilk dört madde seçilerek oluşturulmuş ve böylece yapı bakımından orijinal ölçeğe eş değer tutulmuştur. Kısa formun toplam puan için Cronbach's alpha değeri .88 bulunmuştur. Bu ölçek, temel aldığı teori gibi psikoterapideki danışanlara dayanarak inşa edildiği için ölçeğin psikoterapiden geçen kişilerdeki cevap verme düzeyini gösterip göstermediği incelenmiştir. Psikoterapi alan kişilerin kişilerarası problemlerindeki azalmayı göstermede uzun form kadar etkili olduğu görülmüştür. Ölçeğin kısa formu Akyunus ve Gençöz (2016) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Yapı geçerliği için öncelikle veriler görelî puanlar datasına dönüştürülmüş, sonra temel bileşenler analizi ile incelenmiştir. Benzer ölçekler geçerliği temel kişilik özellikleri, olumlu olumsuz duygular, algılanan sosyal destek ve genel psikolojik belirtileri ölçen ölçeklerle arasındaki ilişkiye bakılarak incelenmiş ve beklenen yönde anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür. Ölçüt geçerliğini incelemek amacıyla katılımcılar psikolojik belirti puanları bakımından yüksek ve düşük belirti gösteren grup şeklinde ikiye ayrılmıştır. Grupların IIP-C puanları arasındaki farklar MANOVA ile incelenmiş psikolojik belirtiler Türkçe uyarlama çalışmasında toplam puan için Cronbach's alpha katsayısı .86 ve test-tekrar test güvenilirlik katsayısı ise .78 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin toplam puan için güvenilirlik katsayısı .90 (Cronbach's alpha) bulunmuştur.

Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği (STO): McHugh ve Otto (2012) tarafından geliştirilmiştir. Yaygın olarak kullanılan dört farklı sıkıntıya tahammül ölçeğinin genel popülasyondan seçilen iki ayrı örnekleme açıklayıcı faktör analizi ile incelenmiş ve en yüksek kolerasyonu gösteren maddelerin seçilmesiyle 13 maddelik tek faktörlü yeni bir form oluşturulmuştur. Ardından aynı işlem hasta popülasyonu ile tekrar edilmiş ve birbiriyle en yüksek korelasyonu gösteren maddeler seçilmiştir. Her üç örnekleme birbiriyle yüksek korelasyon gösteren on maddenin tekrar ettiği görülmüş, böylece forma nihai hali verilmiştir. 10 maddelik son formun üç örnekleme Cronbach's alpha katsayıları, .91, .91 ve .92 şeklindedir. STO 5'li Likert tipinde bir öz bildirim ölçeğidir. Artan puanlar yüksek düzeyde sıkıntıya tahammülsüzlüğü göstermektedir. STO, Çakır (2016) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Yapı geçerliği temel bileşenler analizi ile incelenmiş ve tek faktörlü yapının toplam varyansın %57.92'ni açıkladığı görülmüştür. Ölçüt bağımlı geçerliği için ölçeğin pozitif negatif duygudurum, endişe, genel psikolojik belirtiler ve depresyonla gösterdiği ilişki incelenmiştir. Beklendiği üzere olumlu duygular hariç tüm ölçeklerle pozitif yönlü anlamlı bir ilişki göstermiştir. Cronbach's alpha iç tutarlılık katsayısı .92 ve dört hafta arayla yapılan test-tekrar test güvenilirlik katsayısı .86 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı .94 bulunmuştur.

2.4. İŞLEM

Bu çalışmanın etik kurul onayı Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi'nden alınmıştır. Çalışmaya destek sağlanması amacıyla TÜBİTAK 1002 Hızlı Destek Programı'na başvurulmuş ve kabul alınmıştır. Başlama tarihi 1 Aralık 2020 olan 220K159 numaralı proje 12 aylık süreye sahip olmuştur. Proje çalışması sosyal medya üzerinden duyuru yapılarak ve Medeniyet Üniversitesi Psikiyatri Bölümü Yetişkin DEHB Polikliniğinde takip edilen hastalara tanıtılmıştır. Gönüllü olan katılımcılar bilgi formu doldurmuş ve iletişim bilgilerini bildirmişlerdir. Proje ekibi kendilerine ulaşarak klinik görüşmeler düzenlemişlerdir. Bu görüşmelerde katılımcıların belirtileri SCID-5 ile taranmış ve dahil etme-dışlama kriterleri değerlendirilmiştir. Her katılımcı bu görüşmelerde DDT beceri eğitimine motive edilmiş ve süreçle ilgili sözlü olarak bilgilendirilmiştir. Tanısal klinik görüşmeler tamamlandıktan sonra gönüllülere kısa mesaj yoluyla beceri eğitiminin başlama tarihi ve saati bildirilmiştir. 12 haftalık

eğitim, 25 Nisan-11 Temmuz tarihleri arasında Zoom uygulaması üzerinden çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın tanıtılması ve hastaların davet edilmesi süreci iki ay sürmüştür. Klinik görüşmeler 2 ay sürmüş ve proje koordinatörü ve bursiyer tarafından gerçekleştirilmiştir. Ardından müdahale öncesi ölçümler alınarak (T1) grup beceri eğitimine başlanmıştır. Eğitimin altıncı haftasında ikinci ölçüm (T2) ve eğitimin bitiminde üçüncü ölçümler (T3) alınmıştır. Proje bursiyeri DEHB İçin DDT Beceri Eğitim Grubunda eş terapist olarak yer almıştır.

2.5. DEHB İçin DDT Beceri Eğitimi Uygulaması

Grup lideri ve eş lideri: Bilişsel Terapi temel eğitimi tamamlamış grup lideri çalışma sırasında DDT Becerileri temel eğitimini tamamlamış (bkz. EK 5) ve DDT terapisti olan Prof. Dr. Işıl Bilican tarafından süpervize edilmiştir. Grup eş lideri, TÜBİTAK projesi bursiyeri olup çalışma sırasında klinik psikoloji yüksek lisansına devam etmiştir. Eğitimi sırasında Bilişsel Davranışçı Terapi eğitimi almış ve süpervizyonlara katılmayı sürdürmüştür.

Oturuşların yapısı: Diyalektik Davranış Terapisi grup beceri eğitimi haftada 1 gün, ortalama 2.5 saat sürecek şekilde 12 oturum olarak planlanmıştır. Oturuşların sıralaması, yetişkin DEHB literatürüne dayanılarak hazırlanmıştır, DEHB’li bireylerin en sık karşılaştıkları ve zorlandıkları alanlara göre sıralanmıştır. Oluşturulan sıralama şöyledir: Bilinçli farkındalık becerileri, duygu düzenleme becerileri, kişilerarası ilişkilerde problemler becerileri ve strese tolerans becerileri. Her oturumda ele alınan DDT becerileri Tablo 10.’da sunulmuştur. İlk oturum hariç her oturumun yapısı aşağıdaki gibidir:

- Açılış etkinliği: Bir bilinçli farkındalık “gözlemleme” pratiği
- Önceki hafta boyunca yapılan oturumlar arası etkinliklerin gözden geçirilmesi.
- Ara
- Yeni becerilerin öğretilmesi
- Kapanış rüzgârı (Bir bilinçli farkındalık “gözlemleme” veya “tanımlama” pratiği)

Tablo 2.3. DDT Beceri Eğitimi Oturum Planı

Oturum	Beceriler
--------	-----------

1.	Psikoeğitim, Oryantasyon ve Davranış Analizi	DEHB belirtileri nelerdir, nasıl deneyimlenir, belirtilerle nasıl baş edilir? DEHB'in Biyososyal Kuramı Beceri Grubunun Kuralları, beceri grubunun hedefleri, bireysel hedefler Davranış Analizi
2.	Bilinçli Farkındalık Becerileri	Farkındalığın hedefi: Acıyı azaltmak mutluluğu artırmak Temel farkındalık becerileri Bilge akıl: Akıl durumları
3.	Bilinçli Farkındalık Becerileri	Akılın iplerini ele almak: Ne becerileri Akılın iplerini ele almak: Nasıl becerileri
4.	Duygu Dzenleme Becerileri	Duygu dzenlemenin amaçları Duygular ne işine yarar? Duygularını dzenlemeyi güçleştiren ne? Duyguların tanımına dair model
5.	Duygu Dzenleme Becerileri	Duygusal cevapları değiştirmek Gerçekleri kontrol et Tersine eylem ve problem çözmeye Tersine eylem Tersine eylemi anlamak
6.	Duygu Dzenleme Becerileri	ABC PLEASE becerileri Olumlu duyguları biriktirmek: Kısa vadeli Hoşa giden etkinlikler listesi Olumlu duyguları biriktirmek: Uzun vadeli
7.	Duygu Dzenleme Becerileri	Yaşamaya değer bir hayat inşa etmek Değerlerden belirli eylem adımlarına ulaşmak Değerler ve önceliklere göre gündelik eylemler günlüğu Uсталık geliştirmek ve ileri baş etme
8.	Kişilerarası Etkililik Becerileri	Konuları beceriklilikle ele almak Kişilerarası durumlardaki amaçları netleştirmek DEAR MAN becerileri GIVE becerileri FAST becerileri
9.	Kişilerarası Etkililik Becerileri	Sorun giderme: Yaptığın işe yaramazsa Başkalarının farkında olmak Orta yolu bulmak Diyalektikler Geçerli Kılma
10.	Strese Tolerans Becerileri	Krizde hayatta kalma becerileri Krizde hayatta kalma becerileri ne zaman kullanılır Dur becerisi Artılar ve eksiler
11.	Strese Tolerans Becerileri	TIP becerileri: Beden kimyasını değiştirmek Dikkat dağıtma Kendi sorunlarını giderme Anda ilerleme Gerçeği kabul etme becerileri

12.	Strese Tolerans Becerileri	Radikal kabul Akla dönmek İsteklilik Yarım tebessüm ve dileyen eller Mevcut düşüncelerin farkındalığı
-----	-------------------------------	---

Fiziksel şartların düzenlenmesi: Haftalık oturumlar pandemi şartları nedeniyle çevrimiçi olarak Zoom uygulaması üzerinden gerçekleşmiştir. Oturumlar sırasında her katılımcının kamerasını açması istenmiş; böylece katılımcıların birbirleriyle bağ geliştirmesi ve izole olmaması sağlanmaya çalışılmıştır. Katılımcılardan dikkat dağıtıcı ses ve gürültüleri önlemek amacıyla mikrofonları kapalı tutmaları ve söz alacakları zaman açmaları istenmiştir. Oturumların zamanı pandemi dönemi şartlarındaki sokağa çıkma yasağına uygun şekilde Pazar günü saat 13:00 şeklinde belirlenmiş; katılımcılar evlerinden, bilgisayar veya cep telefonları ile katılmışlardır. Gizlilik şartları gereği buldukları odada kimsenin olmaması ve dikkat dağıtıcı ses ve gürültünün bulunmaması istenmiştir.

Katılımcılarla haberleşmek amacıyla içinde tüm katılımcıların, terapistin ve eş terapistin bulunduğu bir Whatsapp grubu kurulmuştur. Her oturum için terapistin premium hesabından yeni bir görüntülü görüşme linki oluşturulmuş ve oturum öncesinde katılımcılarla buradan paylaşılmıştır. Oturumlarda eş terapist co-host olarak atanmıştır. Her oturumda eş terapist hazır bulunmuştur. Katılımcılardan oturumlara katılmalarına engel bir durum varsa gerekçelerini oturumlardan önce eş lidere özelden bildirmeleri istenmiştir. Oturumdan bir gün önce hatırlatma mesajı gönderilmiştir.

Davranış Değişimi: DDT yaklaşımına göre beceri eğitimlerinde becerinin kazanılması, pekiştirilmesi ve genellenmesi şeklinde üç aşamada davranış değişimi gerçekleşmektedir (Linehan, 2015). Becerinin kazanılması oturumlar sırasında becerilerin öğretilmesi ile sağlanmaktadır (Linehan, 2015). DEHB İçin DDT Beceri Eğitimi kapsamında her oturumda ele alınacak beceri önce çalışma kâğıtları kullanılarak tanıtılmış ve oturumlar arası uygulamayı pekiştirecek o beceriye özgü bir alıştırmaya kâğıdı sunulmuştur. Beceri kazandırılırken DBT Becerileri Eğitimi Kılavuzu (Linehan, 2015) takip edilmiştir. Kılavuzun uygulanacak her tanıtım kâğıdı için sunduğu yönergeler, egzersiz örnekleri, tartışmalar, görsel materyaller ve pekiştirme

araçlarından uygulaması kısa, kolay bulunanlar ve katılımcıların verdiği önceki örnekleri açılımlayıcı nitelikte olanlar oturum içerisinde kullanılmıştır. Tanıtım kağıtları ekrana yansıtılmış ve katılımcılara da sosyal medyadaki grup hesabından iletilmiştir. Terapist belli bir beceriyle ilgili kendi deneyimini veya yönergesi sesli konuşma tekniğiyle açıktan söyleyerek model olmuştur (Linehan, 2015). Model olma amacıyla hikayeler, metaforlar kullanılmış ve katılımcılar spesifik olarak terapistin bazı becerileri nasıl kullandığını sorduklarında terapist kendini açmıştır. Yeni öğretilen beceriler anlatılırken katılımcıların gündeme getirdiği kendi davranışsal örnekleri onlardan izin alınarak kullanılmıştır.

Beceriye pekiştirmek amacıyla her oturumun ilk yarısında mutlaka oturumlar arası çalışma kâğıtları ele alınmıştır. Çalışma kağıtlarını kullanarak evde uygulama yapmayanlardan yalnızca 2 kişi dinlenerek zincir analizi ile o beceriyi uygulamasına engel olan durumlar değerlendirilmiştir (Linehan, 2015). Ödevini yapanların ise hepsine söz verilmiş ve beceriyi nasıl kullandıklarına dair geribildirim verilmiş, koçluk yapılmıştır. Beceri alıştırmaları gözden geçirilirken DBT Skills Training Manual (2015) takip edilmiştir. Ödevini yapan katılımcıları pekiştirmek için çıkartma verilemediğinden çevrimiçi ortamda buna bir alternatif bulunmuştur. Zoom uygulamasındaki “reactions” sekmesinde katılımcının istediği emoji (alkış, konfeti, kalp, başarı anlamında baş parmağı kaldıran el, kahkaha) seçmiş ve terapist o emojiyi kendisine armağan ettiğini söyleyerek ekranda görünmesini sağlamıştır.

Becerinin genellenebilmesi amacıyla her oturumun ikinci yarısı kayda alınmış ve google drive üzerinden katılımcılarla paylaşılmıştır. Oturumların ilk yarısında yoğunluklu olarak katılımcıların paylaşımları bulunduğundan gizlilik ilkesini gözetmek amacıyla kayıt alınmamıştır. Hafta içi katılımcıların kayıtları izlemeleri teşvik edilmiştir. Günlük kartlar ilk oturumda tanıtılmış olup kullanılmaları her oturumda teşvik edilmiştir. Katılımcıların isteği üzerine her hafta o seansta hangi çalışma kağıdı ile hangi becerinin öğrenildiği ve hangi alıştırmaya kağıdı ile bu beceriyi pekiştirebilecekleri özetlenerek sosyal medyadaki grup hesabına atılmıştır. Yine katılımcıların talebi üzere haftada bir kez de beceriyi kullanmalarına yönelik hatırlatma mesajı atılmıştır. Hatırlatma mesajı katılımcıların kendi başlarına bu

ihtiyacı fark edip becerileri uygulamaya dökmelerini güçlendirme adına son dört oturumda atılmamıştır.

2.6. VERİLERİN ANALİZİ

Öncelikle fizibilite Hirvikovski ve ark. (2011)'nın kullandığı ve 2.3. ARAÇLAR kısmında anlatılan 3 kriter üzerinden değerlendirilmiştir. Tedavinin etkililiğine yönelik analizlerin uygulama ve raporlama aşamasında, klinik çalışmalarda da bağlayıcı olarak kabul edilen ve deneysel çalışmaların standardizasyonu için geliştirilmiş olan Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) bildirgesindeki (Boutron ve ark., 2008) ilkeler izlenmiştir (CONSORT Checklist için bkz. EK 4). Mevcut çalışmanın analizleri iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşama protokol uyarınca analizleri (PUA - per protocol analysis (PP)) içermektedir. PUA, yalnızca, çalışma şartlarını sağlayan ve çalışmayı tamamlayan kişilerle gerçekleştirilen analizlerdir (Gupta, 2011). Mevcut çalışmanın PUA aşaması her üç ölçümde hazır bulunarak çalışmayı tamamlayan katılımcıların (n=20) verileriyle gerçekleştirilmiştir. İkinci aşamada ise tedavi amaçlı analizler (TAA - intention to treat (ITT)) gerçekleştirilmiştir. TAA seçkisiz atamaya dahil edilen herkesin analizlere de dahil edilmesi anlamına gelmektedir (Gupta, 2011). Böylece örneklem sayısının azalması engellenerek çalışmanın gücü korunabilmektedir. TAA çalışmadan ayrılma, protokolden sapma veya işbirliği yapmama durumlarını da kapsadığı için gerçek bir klinik senaryoya yakın bir tablo sunmakta ve dolayısıyla genellenebilirliği artırmaktadır. Klinik bir müdahalenin etkililiğine yönelik çalışmalarda veri analizi yapılırken ve sonuçlar raporlanırken bu iki yaklaşımın birlikte uygulanması hem European Medicines Agency, hem US Food and Drug Administration ve hem de Japonya'dan dörder istatistikçi tarafından oluşturulmuş uzman çalışma kurulu tarafından kabul edilen (Lewis, 1999) ve 2020'de revize edilen The International Conference on Harmonisation (ICH) E9 (R1) "Statistical Principles for Clinical Trials [Klinik Çalışmalar İçin İstatistiksel İlkeler]" rehberinde benimsenmiş ve önerilmiştir. PUA yalnızca deneysel şartları tam olarak yerine getiren katılımcıları içerdiği için tedavinin etkililiğini büyütme eğilimine, yani Tip I hataya hassas olmakla eleştirilmektedir. Bunun karşısında TAA, deneyde kalma şartlarını karşılamayan kişileri de içerdiğinden tedavinin etkililiğini minimize etme, yani Tip II hata riski

taşımaktadır. TAA deney gruplarına uygulanan iki farklı tedavinin benzer görünmesini sağlama eğilimindedir, PUA ise tedavi farklılıklarını daha fazla yansıtmaktadır. Dolayısıyla her iki analizin sonuçlarının birlikte değerlendirilmesi tedavinin etkililiğine yönelik daha geçerli bir yöntem olarak kabul edilmektedir. Bu aşamada kayıp veriler yapılan son gözlem (last observation carried forward/LOCF) yöntemiyle doldurularak seçkisiz atamaya dahil edilen tüm katılımcıların verileri analizlerde de korunmuştur (n=32). Gerek protokol uyarınca, gerekse tedavi amaçlı analizlerde normallikler, analizlerin varsayımları ve eş değişkenlerin belirlenmesi ayrı ayrı incelenmiştir.

2.6.1. Protokol Uyarınca Analizler (PUA)

Normallik analizleri: PUA analizleri gerçekleştirilmeden evvel sürekli değişkenlerin normallik düzeyi Shapiro-Wilk testiyle analiz edilmiştir. Koşullar sağlanmadığında basıklık ve yatıklık değerlerinin standart hataya oranı $\pm 1,96$ aralığı referans değeri alınarak ve kartiller arası bölgenin standart sapmaya oranı $\pm 1,3$ aralığı referans değeri alınarak sınanmıştır (Can, 2017). Normallik analizleri deney ve kontrol grubu için ayrı olmak üzere tüm ölçüm düzeylerinde (T1, T2, T3) tekrar edilmiştir. Yapılan analizlere göre tüm toplam puanların her iki grup için de tüm ölçüm aşamalarında normal dağıldığı tespit edilmiştir. PUA aşamasında parametrik testlerin kullanılması için karşılanması gereken varsayımlar normal dağılım, değişkenin ölçüm türü (sürekli) ve değişkenlerin varyanslarındaki farklılıklar şeklinde belirlenmiştir (Güriş ve Astar, 2015; Landridge ve Johnson, 2013). Verilerin her grup için her ölçümde normal dağıldığı tespit edildiğinde parametrik testlerin uygulanması tavsiye edildiği (Can, 2017; Field, 2018; Güriş ve Astar, 2015) için bu çalışmanın protokol uyarınca analizlerinde parametrik testler tercih edilmiştir.

Taban (müdahale öncesi) değer karşılaştırması: Öncelikle grupların müdahale öncesi (T1) değerleri karşılaştırılmıştır. Her ne kadar CONSORT müdahale öncesi değerler için hipotez testlerine gerek olmadığını açıkça beyan etse de (Fayers ve King, 2008) bir kısım yayınlarda hâlâ p değerlerinin taban değer tablolarında paylaşıldığı görülmektedir (Austin ve ark., 2010; Knol ve ark., 2011). Bununla birlikte SKÇ'leri içeren metaanalizlerin daha sağlıklı ölçümler yaparak yorumlarda bulunması ve alanın uzmanı olmayan kişilerin de sonuçları değerlendirebilmesi için p değeri gibi hipotez

testi sonuçlarının paylaşılmasını tavsiye edenler bulunmaktadır (Bolzern ve ark., 2019; Trowman ve ark., 2007). Sonuç olarak bir yandan istatistikçiler tarafından eleştirilirken, diğer yandan da araştırmacıların çalışmaları yorumlamaları açısından gerekli görüldüğü (Egbewale, 2015) göz önüne alındığından mevcut çalışmada hipotez testi sonuçları müdahale öncesi değerlere ilişkin tablolarda paylaşılmıştır.

Gruplar T1'deki değerler bakımından karşılaştırılırken kategorik değişkenler için ki-kare testi, sürekli değişkenler içinse t-testi kullanılmıştır. 2x2'lik nitel değişkenlerde ki-kare analizi için gerekli varsayımlar karşılanmadığında Fisher-Exact testinden faydalanılmıştır. 3x2 ve 4x2 kategorili demografik değişkenlerde koşullar sağlanmadığında yalnızca sıklık ve yüzdeler verilmiş; ve bunların birbirine yakın olduğu gözlenmiştir. T1'deki değerler karşılaştırıldığında deney ve kontrol grubunun yalnızca dürtüsellik düzeyleri bakımından farklılaştığı görülmüştür. Taban (müdahale öncesi) değer farklılığı eş değişkeni düzeltme (covariate adjustment) yöntemiyle yani kovaryans analizi (ANCOVA) ile büyük oranda düzeltilmekte (Clifton ve Clifton; 2018; Wang ve ark., 2019; Van Breukelen ve Van Dijk, 2007) ve nesnel bir yöntem olarak kabul edilerek kullanılması önerilmektedir (Boer ve ark. 2015; Kahan ve ark., 2014; Senn, 2006; Streiner, 2019; Wang ve ark., 2019; Zhang ve ark., 2019). Bu nedenle mevcut çalışmada taban değer farklılığı tespit edildiğinde veriler hem ANOVA, hem de ANCOVA ile incelenmiş ve her iki analizin sonucu raporlanmıştır (Austin ve ark., 2010).

Tablo 2.4. PUA aşamasına dahil edilen veriler için müdahale öncesi (T1) gruplar arası karşılaştırma.

	DDT-BE Grubu		Bekleme Listesi (Kontrol Grubu)		sd	χ^2	p
	n	%	n	%			
DEHB Alt Tipi ^{a,b}							
Bileşik	8	%80	7	%70			1.000
Dikkatsiz	2	%20	3	%30			
Cinsiyet ^{a,b}							
Kadın	5	%50	7	%70			1.000
Erkek	5	%50	3	%30			
Eş Tanı ^a							
Hiç yok	4	%40	5	%50			
1 tane var	5	%50	2	%20			
2 tane var	1	%10	3	%30			
Medeni Durum ^{a,b}							
Evli	8	%80	9	%90			1.000
Bekâr	2	%10	1	%10			
Eğitim ^a							
Lise	1	%10	1	%10			
Üniversite	9	%90	6	%60			
Lisansüstü	0	%0	3	%30			
İlaç Kullanımı ^b							
Düzenli	6	%60	7	%70			1.000
Düzensiz	4	%40	3	%30			
	ort.	ss	ort.	ss	sd	t	p
Yaş	27.60	9.42	30.60	6.95	18	-0.811	.43
KİDÖ	32.20	10.85	33.30	12.08	18	-0.214	.83
ASRS	65.10	7.84	70.50	12.17	18	-1.180	.25
ASRS-D	35.50	5.50	37.50	6.65	18	-0.732	.47
ASRS-HA	29.60	3.89	33.00	6.86	18	-1.363	.19
BDÖ	35.10	5.59	42.40	7.78	18	-2.411	.03
DDGÖ	47.40	11.24	50.60	12.74	18	-0.596	.56
YDÖ	18.00	8.22	18.40	7.35	18	-0.115	.91
KSE	105.70	31.33	108.50	51.00	18	-0.148	.88
SDÖ	25.90	8.57	30.80	12.46	18	-1.025	.32
IIP-C	76.10	17.93	84.80	23.17	18	-0.939	.36
BFÖ	49.40	12.63	49.20	17.35	18	0.029	.98

^aBeklenen frekansları 5'ten az olan kategori oranı %20'den fazla olduğundan ki-kare analiz geçersizdir.

^bFisher-Exact testi sonuçları paylaşılmıştır.

n=gerçek katılımcı sayısı; %=Sütun yüzdesi

KİDÖ=Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği; ASRS=Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-D= Dikkatsizlik alt ölçeği ve ASRD-HA=Hiperaktivite alt ölçeği); BDÖ=Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11-KF; DDGÖ=Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Kısa Formu; YDÖ=Yaşam Doyum Ölçeği; KSE=Kısa Semptom Envanteri; STÖ= Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği; IIP-C= Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri Kısa Formu; BFÖ= Bilinçli Farkındalık Ölçeği

Etkililiğe Yönelik Analizler: Bu çalışmada iki grup ve üç ölçüm düzeyi (2X3) bulunduğu için hipotezler Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA ile sınanmıştır. DEHB için DDT-BE grubu ve rutin tedavi grubu denekler arası faktör; tedavi öncesi (T1), tedavi ortası (T2) ve tedavi bitiminde (T3) alınan çıktı ölçüm (outcome measure) puanları da denek içi faktör olarak belirlenmiştir. Birincil hipotez için zamana bağlı gruplar arası farklılık grup×zaman etkileşimi ile ölçülmüştür. Taban değer karşılaştırmasında dürtüsellik düzeyi bakımından bir farklılık tespit edildiği için, bu değişkenin taban değeri kontrol edilerek gerçekleştirilen ANCOVA sonuçları da bulgularda paylaşılmıştır. Her değişken için ayrı ayrı ANOVA varsayımları kontrol edilmiştir. Küresellik varsayımını sınavan Maunchley Küresellik Testi anlamlı farkı gösterdiğinde, epsilon değerleri dikkate alınarak Greenhouse-Geisser ($\epsilon < 0,075$) veya Huynh-Feldt ($\epsilon > 0,075$) test sonuçları raporlanmıştır (Can, 2017). Tahmin edilen marjinal ortalamalara (estimated marginal means-EMM) göre yapılan ikili karşılaştırmalarda Benferroni düzeltmesi kullanılmıştır. Etki büyüklüklerini (effect sizes) belirlemek için kısmi eta kare (η_p^2) kullanılmış (Ellis, 2010; Shaughnessy, Zechmeister ve Zechmeister, 2015) ve değerler Cohen'in önerdiği rehber göre değerlendirilmiştir: 0.01= küçük etki büyüklüğü, 0.06= orta düzey etki büyüklüğü, 0.14=büyük etki büyüklüğü (Cohen, 1988).

Grup içi değişimle ilgili daha ayrıntılı bilgi edinmek amacıyla iki grup için ayrı ayrı Tekrarlı Ölçümler İçin Tek Yönlü ANOVA yapılmıştır. Tahmin edilen marjinal ortalamalar için ikili karşılaştırmalar Benferroni düzeltmesi kullanılarak yapılmıştır. Analiz sonuçlarının etki büyüklüğünü belirlemek için kısmi eta kare (η_p^2) kullanılmış ve değerler Cohen'in bu analiz için önerdiği rehber göre değerlendirilmiştir: 0.01= küçük etki büyüklüğü, 0.06= orta düzey etki büyüklüğü, 0.14=büyük etki büyüklüğü (Cohen, 1988).

Eş Değişkenlerin Belirlenmesi ve Kontrol Edilmesi: Olası eş değişkenlerin varlığı istatistiksel yöntemlere başvurularak değerlendirilmiştir. Çıktı değişkenlerle arasında Spearman korelasyon analizinde anlamlı ilişki bulunan, regresyon analizinde grup ve ön test ölçümleri kontrol edildiğinde son testi anlamlı yordayan (Fleming ve ark., 2015) ve kovaryans analizinde (ANCOVA) anlamlı grup×ölçüm×eş değişken etkileşimi çıkan demografik değişkenler eş değişken olarak kabul edilmiştir.

Regresyon bulgularından elde edilen eş değişkenleri ile tekrarlı ölçümlerde ANCOVA analizi gerçekleştirilmiştir. Bulgular bölümünde her bir değişken için yapılan ANOVA sonuçlarının paylaşılmasının akabinde o değişken için bir eş değişken tespit edilmişse ANCOVA sonuçları da paylaşılmıştır. Eş değişken analizleri Tekrarlı Ölçümler İçin Tek Yönlü ANOVA için de incelenmiştir.

İlaç kullanımının kontrol edilmesi: Metilfenidat tedavisinin DEHB üzerindeki etkililiği gösterildiğinden (Faraone ve ark., 2014), ilaç kullanımındaki değişikliklerin, temel analizlerin sonuçları üzerindeki olası karıştırıcı etkisi incelenmiştir. Bu amaçla tüm katılımcılardan her ay bilgi alınmıştır. Verdikleri bilgiler doğrultusunda katılımcıların ilaç kullanım durumları sınıflandırılmıştır (Meyer ve ark., 2021). İlaç kullanım durumunda zaman içinde bir değişiklik olmayanlar *düzenli*, çalışma sırasındayken ilacını bırakanlar ya da ara verenler ise *düzensiz* şeklinde sınıflandırılmıştır. DDT-BE grubunda 4 ve kontrol grubunda 3 kişi olmak üzere toplam 7 kişi (%31.8) ilacı düzensiz kullanmıştır (Fisher's Exact Test, $p>0,05$). Düzensiz gruptan %28.57'si ($n=2$) bırakma veya bırakıp başlama nedenini bildirmemiştir, %28.57'si ($n=2$) yan etkileri nedeniyle, %28.57'si ($n=2$) pandemi koşullarında poliklinikte muayene randevusunu bulmakta güçlük çektiği için ilacını tekrar yazdıramaması yüzünden ve %14.29'i ($n=1$) yıllık izinde olması nedeniyle ilacı almadığını bildirmiştir. Düzenli ve düzensiz şeklinde sınıflandırılan ilaç gruplarının zaman içindeki farklılıkları Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA ile her bağımlı değişken için tekrar edilmiştir. İlgili analiz gerçekleştirilmeden önce normallik, eş değişken matrisi ve gruplar arası varyansların eşitliği yukarıda anlatılan ölçütler ışığında tüm bağımlı değişkenler için ayrı ayrı kontrol edilmiştir.

Analize dahil edilen ve analizden çıkarılan verilerin karşılaştırılması: PUA sonuçları üzerindeki olası katılımcı yanlılığını incelemek amacıyla çalışmadan ayrılan veya analize dahil edilmeyen katılımcıların analize dahil edilenlerle aralarında taban değerler bakımından bir farklılık olup olmadığı sınanmıştır. Bu karşılaştırma hem tüm veri hem de iki grup için ayrı ayrı tekrar edilmiştir. Analize dahil edilen ve çalışmadan ayrıldığı ya da ölçümlerden birine katılmadığı için analizlerden çıkarılan verilerin hiçbir bağımlı değişkendeki taban değerleri bakımından farklılaşmadığı görülmüştür. Sonuçlar Tablo 13.'te görülmektedir. Deney ve kontrol grubunda ayrı ayrı olmak üzere

analize dahil edilen ve analizlere alınmayan veriler Mann-Withney U testi ile analiz edilmiş ve farklılaşmadıkları görülmüştür ($p>0,05$). Bu şekilde tedaviye yatkınlığın olası etkisinin değerlendirildiği düşünülmektedir.

Tablo 2.5. PUA aşamasında analize dahil edilen ve analizlere alınmayan gözlemlerin taban değerler bakımından karşılaştırılması

	Analizden Çıkarılanlar (n=12)		Analize Dahil Edilenler (n=20)		sd	t	p
	ort.	ss	ort.	ss			
KİDÖ	33.00	6.68	32.75	11.19	29	0.067	.95
ASRS	66.36	8.33	67.80	10.34	29	-0.395	.70
ASRS-D	35.46	3.21	36.50	6.03	29	-0.532	.60
ASRS-HA	30.91	5.41	31.30	5.70	29	-0.186	.85
BDÖ	39.91	5.58	38.75	7.58	29	0.444	.66
DDGÖ	55.55	11.50	49.00	11.81	29	1.490	.15
YDÖ	15.09	8.04	18.20	7.59	29	-1.069	.29
KSE	111.18	35.16	107.10	41.22	29	1.160	.29
STÖ	32.82	9.35	28.35	10.71	29	-1.025	.26
IIP-C	72.82	17.85	80.45	20.65	29	-1.030	.31
BFÖ	44.18	14.77	49.30	14.77	29	-0.923	.36

Tip I Hata Seviyesi. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $\alpha=.05$ olarak ve $.05<p<.10$ aralığı ise marjinal anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

2.6.2. Tedavi Amacına Yönelik Analizler (TAA)

CONSORT ilkelerince tavsiye edilen TAA, SKÇ'lerde seçkisiz atanan her katılımcıdan elde edilen veriyi, tedaviyi alıp almamasına, çalışmada kalıp kalmamasına veya tedaviye uyum sağlayıp sağlamamasına bakmaksızın analizlere dahil etmek şeklinde tanımlanmaktadır (Hollis ve Campbell, 1999). Klinik bulguların aşırı yorumunun önüne geçmek için (Shadish, Cook ve Campbell, 2002) özellikle seçkisiz atamadan sonra gerçekleşen analizden çıkarmalar, çalışmadan ayrılan katılımcılar gibi kayıp verilerin olduğu durumlarda TAA önerilmektedir (Polit ve Gillespie, 2010). Yukarıda da anlatıldığı gibi böylelikle Tip 1 hatanın azaltıldığı öne sürülmektedir (Gupta, 2011). Böylece çalışmadan ayrılan katılımcıların, hiç gelişme göstermeyen katılımcılar olarak varsayıldığı en kötü klinik senaryoda dahi gruplar arası anlamlı farkın bulunup bulunmadığı gözlemlenebilmektedir. Fakat bu analizleri doğru yorumlamak için kayıp verilerin rassallığı sınımlıdır (Lachin, 2000). Kayıp verilerinin en büyük kısmının pandemiden kaynaklanması bu kayıpların rassal olmamakla birlikte çalışmanın etkililiği dışındaki dinamiklerle ilgili olabileceğini

düşündürmektedir. Bu nedenle rassallığın istatistiksel yöntemlerle sınanması uygun görünmüştür. Kayıp verilerin rassal olup olmadığı Little's Missing Completely At Random (MCAR) analizi, expectation-maximisation (EM) yöntemi kullanılarak uygulanmıştır. Analizin sonucuna göre kayıp veriler gruplar arasında rassal olarak dağılmaktadır; $\chi^2=45.862$, $sd=79$, $p=.10$). Dolayısıyla kayıp veriler, doldurmaya uygun bulunmuştur. Analizden çıkarılan kişilerin kayıp verileri yapılan son gözlem (last observation carried forward/LOCF) yöntemiyle atanmış; böylece çalışmadan ayrılan kişilerin iyileşme göstermediği, belirtilerinin aynı kaldığı senaryoda olası iyileşme incelenmiştir. Ardından normallik analizleri, gruplar arası taban değerlerin karşılaştırması, kovaryans analizleri yukarıda anlatıldığı gibi tekrar edilmiştir. Tüm değişkenlerin her iki grup içinde ayrı ayrı olmak üzere her ölçüm aşamasında normal dağıldığı görülmüştür. T1'deki değerlerin karşılaştırmasına göre, Tablo 13.'te görüldüğü gibi iki grup genel DEHB ve aşırı hareketlilik belirtilerinin şiddeti bakımından farklılık göstermiştir. Bu iki değişkene ait Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA sonuçları paylaşıldıktan sonra ön testlerin kontrol edildiği ANCOVA sonuçları da bildirilmiştir.

CONSORT bildirgesinde (Boutron ve ark., 2008) belirtildiği üzere TAA aşamasındaki müdahale ve kontrol grubuna ait müdahale öncesi değerler (müdahale öncesine ait değerler) Tablo 13.'te verilmiştir. Mevcut çalışma başlangıçta bir seçkisiz kontrollü deney olarak tasarlanmış ve atama prosedüründe de seçkisiz yöntem takip edilmiştir. Demografik değişkenler bakımından gruplar arası eşitlik sağlandığı görüldüğü için uygulama aşamasına geçilmiştir. Ancak atamayla elde edilen müdahale ve kontrol grubuna ait DEHB belirtilerinin şiddetini ölçen ASRS ve dürtüsellik düzeyini yansıtan BDÖ ölçekleri bakımından gruplar arası farklılık olduğu analizler sırasında açığa çıkmıştır. Seçkisiz atama yapıldıktan sonra elde edilen grupların müdahale öncesi değerleri için şans mekanizması geçerlidir ve tabakalı atama yapılması dahi bütün müdahale öncesi değerlerde gruplar arası eşitliğin sağlanmasını garantilememektedir (Altman, 1985; Fayers ve King, 2008; Senn, 1994[MOU1]). Bazı araştırmacılar $p=.05$ şeklindeki anlamlılık düzeyinin ifade ettiği şekilde SKÇ başına %5 yanlış pozitif sonuç beklenebileceğini, yani tüm değişkenlerin %5'inde taban değer eşitliğinin temel varsayımda kabul edildiğini söylemektedir (Stang ve

Baetghe, 2018; Fayer ve King, 2008). Her ne kadar son kırk yılda SKÇ'lerde gruplar arası taban değerlerin istatistiksel yöntemlerle karşılaştırılması eleştirilse de (Austin ve ark., 2010; De Boer ve ark., 2015; Senn, 1994, 2006) bu konuda temkinli davranmayı öneren ve gerek konunun uzmanı olmayanlar için, gerekse metaanalizlerin verileri kendi değerlendirmelerine katabilmesi için gruplar arası müdahale öncesi değerlerin karşılaştırmalarının verilmesinin faydalı olacağını söyleyen araştırmacılar da bulunmaktadır (Bolzern ve ark., 2019; Egbewale, 2015; Knol ve ark., 2011; Trowman ve ark., 2007). Analizlere devam edilip taban değer eşitsizlikleriyle karşılaşıldığında ise tavsiye edilen düzeltme mekanizmaları incelenmiş ve yukarıda söylendiği gibi en sık tavsiye edilen yöntem olan ANCOVA kullanılmıştır. Bununla birlikte, temel hipotezlerin sınanması için gerçekleştirilen analizlerde yalnızca her üç ölçüm aşamasında da hazır bulunan katılımcıların verileri kullanıldığından taban değer karşılaştırmaları analizlerden önce de tekrar edilmiş ve ayrıntılı olarak yukarıda yer alan "2.6.1. Protokol Uyarınca Analizler" başlığı altında anlatılmıştır. PUA, TAA aşamalarında gerçekleştirilen ANOVA ve ANCOVA sonuçları birlikte değerlendirilerek sonuçların aşırı yorumundan kaçınılarak tartışılması amaçlanmıştır.

Tablo 2.6. TAA aşamasında deney ve kontrol grubuna ait müdahale öncesi (T1) değerler

	DBT-BE Grubu		Bekleme Listesi (Kontrol Grubu)		Sd	χ^2	p
	n	%	n	%			
DEHB Alt Tipi ^{a,b}							
Bileşik	12	%31.3	13	12.5			1.000
Dikkatsiz	4	68.8	3	87.5			
Cinsiyet							
Kadın	10	%62.5	10	%62.5			1.000
Erkek	6	%37.5	6	%37.5			
Eş Tanı ^a							
Hiç yok	6	%37.5	6	%37.5			
1 tane var	7	%43.8	6	%37.5			
2 tane var	3	%18.8	4	%25			
Medeni Durum ^{a,b}							
Evli	14	%87.5	13	%81.3			
Bekâr	2	%12.5	3	%18.8			
Çalışma ^a							
Tam Zamanlı	7	%4.8	8	%50.0			
Yarı zamanlı	3	%18.8	2	%12.5			
Öğrenci	5	%31.3	5	%31.3			
Çalışmıyor/İşsiz	1	%6.3	1	%6.3			
Eğitim ^a							
Lise	1	%6.3	2	%12.5			
Üniversite	13	%81.3	11	%68.8			
Lisansüstü	2	%12.5	3	%18.8			
	ort.	ss	ort.	Ss	sd	t	p
Yaş	28.13	8.28	30.19	5.98	30	-0.808	.44
KİDÖ	32.00	8.91	33.73	10.33	29	-0.491	.63
ASRS	63.38	7.54	71.47	9.93	29	-2.565	.02
ASRS-D	34.69	4.69	37.67	5.37	29	-1.649	.11
ASRS-HA	28.69	4.00	33.80	5.80	29	-2.875	.01
BDÖ	36.81	6.19	41.67	6.84	29	-2.074	.05
DDGÖ	50.13	10.15	52.60	13.84	29	-0.570	.57
YDÖ	17.25	8.11	16.93	7.67	29	0.112	.91
KSE	101.69	29.74	115.87	46.24	29	-1.022	.32
SDÖ	27.50	8.15	32.53	11.96	29	-1.377	.18
KPE	73.63	19.36	82.13	19.86	29	-1.208	.24
BFÖ	48.75	13.78	46.13	16.06	29	0.488	.63

^aBeklenen frekansları 5'ten az olan kategori oranı %20'den fazla olduğundan ki-kare analiz geçersizdir.

^bFisher-Exact testi sonuçları paylaşılmıştır.

N=gerçek katılımcı sayısı; %=Sütun yüzdesi

KİDÖ=Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği; ASRS=Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-D= Dikkatsizlik alt ölçeği ve ASRS-HA=Hiperaktivite alt ölçeği); BDÖ=Barratt Dürtüsellik Ölçeği 11-KF; DDGÖ=Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği Kısa Formu; YDÖ=Yaşam Doyum Ölçeği; KSE=Kısa Semptom Envanteri; STÖ= Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği; IIP-C= Kişilerarası Problemler Envanteri Döngüsel Ölçekleri Kısa Formu; BFÖ= Bilinçli Farkındalık Ölçeği

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. BULGULAR

Bağımlı değişkenlerin her aşamadaki ölçümlerinin betimleyici istatistik değerlerini içeren preliminar analiz bulguları Tablo 11.'de paylaşılmıştır.

Tablo 3.1. Bağımlı değişkenlere ait ölçümlerin betimleyici istatistik sonuçları

Değişkenler	DDT-BE Grubu (n=10)			Rutin Tedavi Grubu (n=10)		
	Ön test	Müdahale ortası	Son test	Ön test	Müdahale ortası	Son test
	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)
DEHB Belirtileri	65.10 (7.84)	59.80 (13.31)	50.80 (11.04)	70.50 (12.17)	70.00 (12.40)	72.10 (11.32)
DEHB Dikkatsizlik	35.50 (5.50)	33.20 (7.04)	27.40 (7.17)	37.50 (6.65)	38.20 (6.27)	38.90 (5.72)
DEHB aşırı hareketlilik	29.60 (3.89)	26.60 (6.57)	23.40 (4.72)	33.00 (6.86)	31.80 (7.80)	33.20 (7.40)
Dürtüsellik	35.10 (5.59)	38.60 (5.15)	37.50 (4.03)	42.40 (7.78)	39.10 (5.02)	40.50 (6.64)
Bilinçli farkındalık	49.40 (12.63)	51.60 (13.63)	46.20 (14.96)	49.20 (17.35)	53.30 (13.67)	53.70 (17.59)
Duygu düzenleme güçlüğü	47.40 (11.24)	45.10 16.41	36.00 (14.54)	50.60 (12.74)	46.50 (15.86)	47.20 (15.14)
Sıkıntıya toleranssızlık	25.90 (8.57)	24.90 (11.78)	21.30 (9.43)	30.80 (12.46)	28.40 (13.27)	27.80 (12.22)
Kişilerarası problemler	76.10 (17.93)	77.30 (21.00)	69.40 (22.60)	84.80 (23.17)	89.10 (23.45)	87.50 (25.82)
Yaşam doyumu	18.00 (8.22)	22.20 (7.83)	21.90 (6.76)	18.40 (7.35)	18.30 (5.54)	19.00 (6.43)
İşlevsellik	32.20 (10.85)	29.10 (10.60)	23.70 (11.99)	33.30 (12.08)	36.70 (15.98)	35.00 (16.57)
Genel psikolojik belirtiler	105.70 (31.33)	108.60 (31.01)	93.70 (24.59)	108.50 (51.00)	109.80 (54.41)	106.90 (44.61)

3.1. FİZİBİLİTE

Yukarıda bildirildiği gibi bu çalışmada benimsenen üç kriter şunlardır: Katılımcıların büyük çoğunluğunun (en az %75) tedavi için uygun potansiyel adaylar olması, drop out oranının %25'ten az olması ve katılımcıların büyük çoğunluğunun (en az %75'inin) oturumlarda hazır bulunması (Hirvikovski ve ark., 2011). Kriterlerin

ilki dikkate alındığında, bir psikiyatri polikliniğinde tanı almış ve ilaçlı tedavisini sürdüren, yapılan klinik görüşmelerde grup beceri eğitimine dair isteğini dile getiren kişiler tedavi için uygun potansiyel adaylar olarak değerlendirilmiştir. İkinci olarak, çalışmadan ayrılma oranı %37,5 (n=12) bulunmuş; ancak bu oranın mevcut pandemi koşullarından etkilendiği görülmüştür. Bu çalışmada katılımcıların %37,5'i (n=12) en az bir ölçüm aşamasına katılmamış; %18,75'i (n=6) ise pandemide ebeveynine refakat ettiği, bir yakınına kaybettiği veya sağlık personeli olarak çok yoğun çalışmak zorunda kaldığı için T1, T2 veya T3 ölçümlerine katılmamış ya da çalışmadan ayrılmıştır. DDE-BE grubunda iki kişi (%6,25) kendi isteğiyle çalışmayı bırakmıştır. Kontrol grubunda bir kişi (%3,23) majör depresyon atağı nedeniyle başka bir tedaviye başladığı için çalışmadan ayrılmış, iki kişi (%6,25) ise ayrılma nedeni bildirmemiştir. Dolayısıyla %25 oranında kişi (n=3) pandemide bir yakınına kaybettiği, ebeveynine hastane sürecinde refakat ettiği veya sağlık personeli olarak pandemi dönemindeki çalışma koşulları aşırı yoğunlaştığı için gruptan ayrılmak durumunda kalmıştır. Devam etmek istemediği için ayrılanların yüzdesi yalnızca %12,5'tir. Üçüncü olarak, katılımcıların büyük çoğunluğu (%75'i) her oturumda hazır bulunmuştur. Bunun dışında çalışmada kalmayı sürdürenlerin oturumlara katılım oranı ortalama %83, tamamladıkları oturumların ortalaması ise $\bar{\chi}=10,3$ 'tür (12 oturum üzerinden).

3.2. PROTOKOL UYARINCA ANALİZLER

3.2.1. Birincil Sonuç Ölçümleri

3.2.1.1. DDE-BE'nin DEHB Belirtilerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

DDE-BE grup müdahalesinin DEHB belirtileri üzerindeki etkisini görmek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Hangi grupta oldukları fark etmeksizin tüm katılımcıların müdahale öncesi (T1), müdahale ortası (T2) veya müdahale sonrası (T3) aldıkları puanların farklılaşması ölçüm ana etkisini ifade etmektedir. Ölçüm düzeyleri önemli olmaksızın iki grubun aldığı toplam puanların farklılaşması grup ana etkisini ifade etmektedir. Ancak bu çalışma için asıl önemli olan iki faktörün etkileşim ana etkisi yani grup×zaman ana etkisidir. Etkileşim etkisi ile grupların zaman içindeki değişiminin birbirinden farklılaşp farklılaşmadığı

görülmektedir. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Olası eş değişkenlerin varlığı sınıandığında cinsiyetin DEHB belirtileri üzerinde anlamlı etkisi bulunduğu görülmüştür. Cinsiyet kontrol edilerek analizler tekrar edilmiş ve sonuçlar aşağıda paylaşılmıştır. Analiz sonuçlarına göre zaman etkisi anlamlıdır; $F_{(2-36)}=10.77$, $p=.00$, $\eta_p^2=.37$. Ölçüm düzeyleri önemli olmaksızın grupların DEHB belirtileri bakımından farklılaştığı görülmüştür, başka bir deyişle grup ana etkisi anlamlı bulunmuştur: $F_{(1-18)}=6.34$, $p=.02$, $\eta_p^2=.26$. Grup×zaman etkileşim etkisi anlamlıdır; $F_{(2-36)}=17.73$ $p=.00$, $\eta_p^2=.50$. DDT-BE grubundaki katılımcıların DEHB belirtilerindeki azalma, rutin tedavi gören bekleme listesi grubundakilere göre anlamlı düzeyde fazladır. Sonuçların etki büyüklüğü yüksek bulunmuştur. Elde edilen etki büyüklüğüne göre toplam varyansın %50'si açıklanabilmektedir.

Tablo 3.2. DDT-BE gruplarının DEHB belirti puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları

Varyansın Kaynağı	sd	F	p	Kısmi η^2
Zaman	2	10.77	.00	.37
Grup	1	6.34	.02	.26
Grup×ölçüm	2	17.73	.00	.50
Hata (denek içi)	36			
Hata (denekler arası)	18			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmanın hangi ölçüm düzeyinden kaynaklandığını görebilmek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun DEHB belirtilerinde görülen zaman içindeki azalma istatistiksel olarak anlamlıdır; $F_{(2,9)}=20.84$ $p=.00$, $\eta_p^2=.70$. T2'deki ortalamaları ($\bar{X}=59.80$ $ss=13.31$) ile T3'teki ortalamaları ($\bar{X}=50.80$ $ss=11.04$) arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). T1'deki ortalamaları ($\bar{X}=65.10$ $ss=7.84$) ile T3'deki ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p<.05$). Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır; $F_{(2,9)}=0.97$, $p>.05$, $\eta_p^2=.10$.

Tablo 3.3. DDT-BE gruplarına ait DEHB belirti puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	20.840	.00	0,70
Hata	9			
Bekleme Grubu	2	0,967	0,40	0,10
Hata	9			

DDT-BE gruplarına ait DEHB puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	65.10 (7.84)	59.80 (13.32)	50.80 (11.04)	T3<T1, T3<T2
Bekleme Listesi	70.50 (12.17)	70.00 (12.40)	72.10 (11.32)	T1=T2=T3

Cinsiyet kontrol edilerek deney ve kontrol gruplarına ait DEHB belirtilerinin zaman içindeki değişimini incelemek için Tekrarlı Ölçümler İçin ANCOVA yapılmıştır. Sonuçlara göre cinsiyet kontrol edildiğinde de grup×zaman etkileşimi anlamlıdır; $F_{(2,36)}=16.12$, $p=.00$, $\eta_p^2=.47$. Grup içi değişimleri görebilmek için yapılan Tek Yönlü ANOVA sonuçlarına göre T1 kontrol edildiğinde de DDT-BE grubunun puanlarında görülen zaman içindeki azalma anlamlıdır; $F_{(2-18)}=7.34$, $p=.01$, $\eta_p^2=.45$. İkili karşılaştırmalara göre T1 ($\bar{X}=65.10$ ss=7.84) ve T3'teki ($\bar{X}=50.80$ ss=11.04) düzeltilmiş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=.00$). T2 ($\bar{X}=59.80$ ss=13.32) ile T3 arasındaki fark da anlamlıdır ($p=.00$). Rutin tedavi alan kontrol grubunun puanlarında görülen zaman içindeki farklılık anlamlı bulunmamıştır; $F_{(2-16)}=.75$, $p>.05$, $\eta_p^2=.09$.

3.2.1.2. DDT-BE'nin Dikkatsizlik Belirtileri Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

Dikkat belirtileri ASRS ölçeğinin dikkatsizlik alt boyutu toplam puanları ile işlemsel tanımlanmıştır. Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA'nın varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Olası eş değişkenlerin varlığı sınıandığında cinsiyetin dikkatsizlik belirtileri üzerinde anlamlı etkisi bulunduğu görülmüştür. Cinsiyet kontrol edilerek analizler tekrar edilmiş ve sonuçlar aşağıda paylaşılmıştır. Elde edilen bulgulara göre zaman ana etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır; $F_{(2-36)}=7.84$, $p=.00$, $\eta_p^2=.30$. Grup ana etkisi anlamlıdır; $F_{(1-18)}=5.28$, $p<.03$,

$\eta_p^2=.23$. Grupx zaman etkisi anlamlıdır; $F_{(2,36)}=15.10$, $p=.00$, $\eta_p^2=.46$. DDT-BE grubundaki belirtilerde görülen azalma kontrolden anlamlı düzeyde fazladır. Elde edilen etki büyüklüğüne göre toplam varyansın %46'sı açıklanabilmektedir.

Tablo 3.4. DDT-BE gruplarının dikkatsizlik belirtisi puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları

Varyansın Kaynağı	sd	F	p	Kısmi η^2
Zaman	2	7.84	.00	.30
Grup	1	5.28	.03	.23
Grup×zaman	2	15.10	.00	.46
Hata (denek içi)	36			
Hata (denekler arası)	18			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmanın hangi ölçüm düzeyinden kaynaklandığını incelemek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun dikkatsizlik belirtilerinde görülen zaman içindeki azalma istatistiksel olarak anlamlıdır; $F_{(2,9)}=14.64$, $p=.00$, $\eta_p^2=.62$. T1'deki ortalamaları ($\bar{X}=38.30$ ss=10.28) ile T3'deki ortalamaları ($\bar{X}=27.40$ ss=7.17) arasındaki fark anlamlıdır ($p<.05$). T2'deki ortalamaları ($\bar{X}=33.20$ ss=7.04) ile T3'teki ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<.05$). Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeyleri arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır; $F_{(2,9)}=1.32$, $p>.05$, $\eta_p^2=.13$.

Tablo 3.5. DDT-BE gruplarına ait dikkatsizlik belirtisi puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları

	sd	F	p	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	14.641	.00	.62
Hata	9			
Bekleme Grubu	2	1.319	.29	.13
Hata	9			

DDT-BE gruplarına ait dikkatsizlik puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	38.30 (10.28)	33.20 (7.04)	27.40 (7.17)	T3<T1, T3<T2
Bekleme Listesi	37.50 (6.65)	38.20 (6.27)	38.90 (5.72)	T1=T2=T3

Cinsiyet kontrol edilerek deney ve kontrol gruplarına ait dikkatsizlik belirtilerinin zaman içindeki değişimini incelemek için Tekrarlı Ölçümler İçin ANCOVA yapılmıştır. Sonuçlara göre cinsiyet kontrol edildiğinde de grup×zaman etkileşimi anlamlıdır; $F_{(2,36)}=8.51, p=.00, \eta_p^2=.35$. Grup içi değişimleri görebilmek için yapılan Tek Yönlü ANOVA sonuçlarına göre müdahale grubunun puanlarında görülen zaman içindeki azalma anlamlılığın bir trend göstermiştir; $F_{(2-18)}=8.43, p=.02, \eta_p^2=.35$. İkili karşılaştırmalara göre T1 ($\bar{X}=38.30$ ss=10.28) ve T3'teki ($\bar{X}=27.40$ ss=7.17) ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=.005$). T2 ($\bar{X}=33.20$ ss=7.04) ile T3 arasındaki fark da anlamlıdır ($p=.005$). Rutin tedavi alan kontrol grubunun puanlarında görülen zaman içindeki farklılık anlamlı bulunmamıştır; $F_{(2-16)}=0.77, p>.05, \eta_p^2=.09$.

3.2.1.3. DDT-BE'nin Aşırı Hareketlilik Belirtileri Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

Aşırı hareketlilik belirtileri ASRS ölçeğinin aşırı hareketlilik alt boyutu toplam puanları ile işlemsel tanımlanmıştır. DDT-BE ve bekleme listesi gruplarının aşırı hareketlilik düzeylerinin zaman içindeki değişiklikleri arasındaki farkları incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre zaman ana etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır; $F_{(2-36)}=322.33, p=.00, \eta_p^2=.95$. Ölçüm aşamaları önemli olmaksızın iki gruba ait ortalamalar (grup ana etkisi) arasındaki fark anlamlıdır; $F_{(1-18)}=8.88, p=.01, \eta_p^2=.33$. DDT-BE grubundaki katılımcıların aşırı hareketlilik belirtilerindeki zamana bağlı azalma, kontrol grubundakilerinden anlamlı düzeyde farklıdır; $F_{(2-36)}=24.04, p=.00, \eta_p^2=.57$. Elde edilen etki büyüklüğüne göre toplam varyansın %57'si açıklanabilmektedir.

Tablo 3.6. DDT-BE gruplarının aşırı hareketlilik belirtisi puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları

Varyansın Kaynağı	sd	F	p	Kısmi η^2
Zaman	2	322.33	.00	.95
Grup	1	8.88	.01	.33
Grup×zaman	2	24.04	.00	.57

Hata (denek içi)	36
Hata (denekler arası)	18

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmanın hangi ölçüm düzeyinden kaynaklandığını incelemek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun aşırı hareketlilik belirtilerinde görülen zaman içindeki azalma istatistiksel olarak anlamlıdır; $F_{(2,9)}=10.04$, $p=.00$, $\eta_p^2=.53$. T1'deki ortalamaları ($\bar{X}=29.60$ ss=3.89) ile T3'deki ortalamaları ($\bar{X}=23.40$ ss=4.72) arasındaki fark anlamlıdır ($p<.05$). DDT-BE grubunun T1-T2 veya T2-T3 karşılaştırmalarında anlamlı fark bulunamamıştır. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki ortalamaları arasındaki fark bulunmamıştır; $F_{(2,9)}=0.91$, $p>.05$, $\eta_p^2=.09$.

Tablo 3.7. DDT-BE gruplarına ait aşırı hareketlilik belirtisi puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları

	sd	F	p	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	10.04	.00	.53
Hata	9			
Bekleme Grubu	2	0.91	.42	.09
Hata	9			

DDT-BE gruplarının aşırı hareketlilik puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri

	T1	T2	T3	
	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	29.60 (3.89)	26.60 (6.57)	23.40 (4.72)	T3<T1
Bekleme Listesi	33.00 (6.86)	31.80 (7.80)	33.20 (7.41)	T1=T2=T3

3.2.1.4. DDT-BE'nin Dürtüsellik Düzeyi Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

DDT-BE ve bekleme listesi gruplarının dürtüsellik düzeylerinin zaman içindeki değişimi arasındaki farklar Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA ile incelenmiştir. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. T1'de grupların dürtüsellik düzeyinde anlamlı fark olduğu için T1 ölçümleri kontrol edilerek ANCOVA gerçekleştirilmiş ve sonuçları aşağıda paylaşılmıştır. Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA'dan elde edilen bulgulara

göre zamanın ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir; $F_{(2-36)}=0.02$, $p>.05$, $\eta_p^2=.00$. Grup ana etkisi anlamlı değildir; $F_{(1-18)}=2.85$, $p>.05$, $\eta_p^2=.14$. Grup×zaman etkisi istatistiksel olarak anlamlıdır; $F_{(2-36)}=3.50$, $p=.04$, $\eta_p^2=.16$. Elde edilen etki büyüklüğüne göre toplam varyansın %16'sı açıklanabilmektedir.

Tablo 3.8. DDT-BE gruplarının dürtüsellik puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	0.02	.98	.00
Grup	1	2.85	.12	.14
Grup×zaman	2	3.50	.04	.16
Hata (denek içi)	36			
Hata (denekler arası)	18			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmanın hangi ölçüm düzeyinden kaynaklandığını incelemek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun dürtüsellik belirtilerinde görülen zaman içindeki değişiklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır; $F_{(2-9)}=1.83$, $p>.05$, $\eta_p^2=.17$. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki Mauchly's küresellik testi anlamlı olduğundan Greenhouse-Geisser sonuçları dikkate alınmıştır. Sonuçlara göre T1, T2, T3 ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır; $F_{(1,298-11,686)}=1.69$, $p>.05$, $\eta_p^2=.16$.

Tablo 3.9. DDT-BE gruplarına ait dürtüsellik puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	1.83	.19	.17
Hata	9			
Bekleme Grubu	1.30	1.69	.22	.16
Hata	11.69			

DDT-BE gruplarının dürtüsellik puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	35.10 (5.59)	38.60 (5.15)	37.50 (4.03)	T1=T2=T3
Bekleme Listesi	42.40 (7.78)	39.10 (5.02)	40.50 (6.64)	T1=T2=T3

T1'deki ortalamalar kontrol edilerek gerçekleştirilen ANCOVA sonuçlarına göre grup×zaman etkisi anlamlı bulunmamıştır; $F=2.65$, $p>.05$, $\eta_p^2=.14$. T1 düzeyi kontrol edilerek gerçekleştirilen Tek Yönlü ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun zaman içinde gösterdiği değişim anlamlı değildir; $F=1.09$, $p>.05$, $\eta_p^2=.12$. Kontrol grubunun dürtüsellik düzeyi de zaman içinde anlamlı değişim göstermemiştir: $F=0.79$, $p>.05$, $\eta_p^2=.09$.

3.2.2. İkincil Sonuç Ölçümleri:

3.2.2.1. DDT-BE'nin Bilinçli Farkındalık Düzeyi Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

Araçlar bölümünde de ifade edildiği gibi BFÖ'den alınan puanlarının yüksekliği bilinçli farkındalık düzeyinin düşüklüğüne işaret etmektedir. DDT-BE ve bekleme listesi gruplarına ait bilinçli farkındalık puanlarının zaman içindeki değişiklikleri arasındaki farkları incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Mauchly's Küresellik Testi sonucu anlamlı çıkmış ve epsilon değerinin $p<0.75$ olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle Greenhouse-Geisser test sonuçları raporlanmıştır. Yapılan Karışık Ölçümler İçin İki Yönlü ANOVA'dan elde edilen bulgulara göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlı değildir; $F_{(1.38-24.77)}=0.19$, $p>.05$, $\eta_p^2=.01$. Grubun ana etkisi anlamlı değildir; $F_{(1-18)}=1.59$, $p>.05$, $\eta_p^2=.23$. Grup×zaman etkileşim etkisi anlamlı değildir; $F_{(1.38-24.77)}=0.27$, $p>.05$, $\eta_p^2=.08$.

Tablo 3.10. DDT-BE gruplarının bilinçli farkındalık puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları

Varyansın Kaynağı	sd	F	p	Kısmi η^2
Zaman	1.38	0.19	.75	.01
Grup	1	1.59	.22	.08
Grup×zaman	1.38	0.27	.68	.02
Hata (denek içi)	24.77			
Hata (denekler arası)	18			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki değişimi incelemek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun bilinçli farkındalık

düzeyinde görülen zaman içindeki değişiklik istatistiksel olarak anlamlı değildir; $F=0,290$, $p>0,05$, $\eta_p^2=0,03$. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3'teki bilinçli farkındalık düzeltilmiş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır; $F_{(1,104-9,932)}=0,181$, $p>0,05$, $\eta_p^2=0,02$.

Tablo 3.11. DDT-BE gruplarına ait bilinçli farkındalık puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları

	sd	F	p	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	0.29	.75	.03
Hata	9			
Bekleme Grubu	1.10	0.18	.70	.02
Hata	9.93			

DDT-BE gruplarının bilinçli farkındalık puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	49.40 (12.62)	51.60 (13.63)	46.20 (14.96)	T1=T2=T3
Bekleme Listesi	49.20 (19.35)	53.30 (13.67)	53.70 (17.59)	T1=T2=T3

3.2.2.2. DDT-BE'nin Duygu Düzenleme Güçlüğü Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

DDT-BE ve bekleme listesi gruplarına ait duygu düzenleme güçlüğü puanlarının zaman içindeki değişiklikleri arasındaki farkları incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlıdır; $F_{(2-36)}=5.57$, $p=.01$, $\eta_p^2=.24$. Grubun ana etkisi anlamlı değildir; $F_{(1-18)}=0.79$, $p>.05$, $\eta_p^2=.04$. Grup×zaman etkileşim etkisi marjinal anlamlılık göstermiştir; $F_{(2-36)}=24.04$, $p=.08$, $\eta_p^2=.13$. Elde edilen etki büyüklüğüne göre toplam varyansın %13'ü açıklanabilmektedir.

Tablo 3.12. DDT-BE gruplarının duygu düzenleme güçlüğü puanlarının ön test-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	p	Kısmi η^2
Zaman	2	5.57	.01	.24
Grup	1	.79	.39	.04
Grup×zaman	2	24.04	.08	.13

Hata (denek içi)	36
Hata (denekler arası)	18

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmanın hangi ölçüm düzeyinden kaynaklandığını incelemek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun duyguları düzenleme güçlüğünde görülen zaman içindeki azalma istatistiksel olarak anlamlıdır; $F_{(2,9)}=5.09$, $p=.02$, $\eta_p^2=.36$. DDT-BE grubunun T1'deki ($\bar{X}=47.40$ ss=11.24) ile T3'deki ortalaması ($\bar{X}=36.00$ ss=14.54) arasındaki fark anlamlıdır ($p<.05$). Ancak T1-T2 veya T2-T3 karşılaştırmalarında anlamlı fark bulunamamıştır. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır; $F_{(2,9)}=1.75$, $p>.05$, $\eta_p^2=.16$.

Tablo 3.13. DDT-BE gruplarına ait duygu düzenleme güçlüğü puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	5.09	0.02	.53
Hata	9			
Bekleme Grubu	2	1.75	0.20	.16
Hata	9			

DDT-BE gruplarının bilinçli farkındalık puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	47.40 (11.24)	45.10 (16.41)	36.00 (14.54)	T3<T1
Bekleme Listesi	50.60 (12.74)	46.50 (15.86)	47.20 (15.14)	T1=T2=T3

3.2.2.3. DDT-BE'nin Sıkıntıya Dayanma Güçlüğü Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar

Bu çalışmada sıkıntıya dayanmaya yönelik beceriler, STO ölçeği üzerinden sıkıntıya dayanma güçlüğü'nün puanlanması ile ölçülmüştür. DDT-BE ve bekleme listesi gruplarına ait sıkıntıya dayanma puanlarının zaman içindeki değişiklikleri arasındaki farkları incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu

görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre ölçüm zamanının ana etkisi marjinal anlamlılık göstermiştir; $F_{(2-36)}=3.11$, $p=.06$, $\eta_p^2=.15$. Grubun ana etkisi anlamlı değildir; $F_{(1-18)}=1.08$, $p>.05$, $\eta_p^2=.06$. Grup \times zaman etkileşim etkisi anlamlı değildir; $F_{(2-36)}=0.48$, $p>.05$, $\eta_p^2=.03$.

Tablo 3.14. DDT-BE gruplarının sıkıntıya dayanma güçlüğü puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	3.11	.06	.15
Grup	1	1.08	.31	.06
Grup \times zaman	2	0.48	.62	.03
Hata (denek içi)	36			
Hata (denekler arası)	18			

Grupların kendi içindeki zamana bağlı değişiklikleri incelemek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun sıkıntıya tahammül etme güçlüğünde görülen zaman içindeki azalma anlamlı değildir; $F_{(2,9)}=1.67$, $p>.05$, $\eta_p^2=.16$. İkili karşılaştırma sonuçları, DDT-BE grubunun T1, T2, T3 ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığını göstermiştir ($p>.05$). Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki ortalamaları arasındaki fark da anlamlı bulunmamıştır; $F_{(2,9)}=2.18$, $p>.05$, $\eta_p^2=.20$.

Tablo 3.15. DDT-BE gruplarına ait sıkıntıya dayanma güçlüğü puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	1.67	.22	.16
Hata	9			
Bekleme Grubu	2	2.18	.14	.20
Hata	9			

DDT-BE gruplarının sıkıntıya dayanma güçlüğü puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	25.90 (8.57)	24.90 (11.78)	21.30 (9.43)	T1=T2=T3
Bekleme Listesi	30.80 (12.46)	28.40 (13.27)	27.80 (12.22)	T1=T2=T3

3.2.2.4. DDT-BE'nin Kişilerarası İlişkiler Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar

Bu çalışmada kişilerarası ilişkilere yönelik beceriler, IIP-C ölçeği üzerinden kişilerarası problemlerin puanlanması ile ölçülmüştür. DDT-BE ve rutin tedavi altındaki bekleme listesi gruplarına ait IIP-C puanlarının zaman içindeki değişiklikleri arasındaki farkları incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlı bulunmamıştır: $F_{(2-36)}=1.37$, $p>.05$, $\eta_p^2=.07$. Grubun ana etkisi anlamlı değildir: $F_{(1-18)}=1.84$, $p>.05$, $\eta_p^2=.09$. Grup \times zaman etkileşim etkisi anlamlı değildir: $F_{(2-36)}=1.38$, $p>.05$, $\eta_p^2=.07$.

Tablo 3.16. DDT-BE gruplarının kişilerarası ilişkiler ilişkin puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına dair analiz sonuçları

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	1.37	.27	.07
Grup	1	1.84	.19	.09
Grup \times zaman	2	1.38	.27	.07
Hata (denek içi)	36			
Hata (denekler arası)	18			

Grupların kendi içindeki zamana bağlı değişimi incelemek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun kişilerarası problemlerinde görülen zaman içindeki azalma anlamlı değildir; $F_{(2,9)}=1.49$, $p>.05$, $\eta_p^2=.14$. İkili karşılaştırma sonuçları, DDT-BE grubunun T1, T2, T3 ortalamaları arasındaki farkın anlamlı olmadığını göstermiştir ($p>.05$). Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır; $F_{(2,9)}=1.05$, $p>.05$, $\eta_p^2=.10$.

Tablo 3.17. DDT-BE gruplarına ait kişilerarası problemlere ilişkin puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	1.49	.25	.14
Hata	9			

Bekleme Grubu	2	1.05	.37	.10
Hata	9			

DDT-BE gruplarının kişilerarası problem puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri				
	T1	T2	T3	
	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	76.10 (17.93)	77.30 (21.00)	69.40 (22.60)	T1=T2=T3
Bekleme Listesi	84.80 (23.17)	89.10 (23.45)	87.50 (25.82)	T1=T2=T3

3.2.2.5. DDT-BE'nin Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

DDT-BE ve rutin tedavi gruplarının yaşamdan duydukları memnuniyet bakımından zaman içinde gösterdikleri değişikliklerin anlamlı düzeyde farklılaşp farklılaşmadığını incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Karışık Desenler İçin İki yönlü ANOVA sonuçlarına göre ölçüm zamanının ana etkisi marjinal anlamlıdır; $F_{(2-36)}=2.89$, $p=.07$, $\eta_p^2=.14$. Grup ana etkisi anlamlı değildir; $F_{(1-18)}=0.53$, $p>.05$, $\eta_p^2=.03$. Grup×zaman etkileşim etkisi anlamlı değildir; $F_{(2-36)}=2.36$, $p>.05$, $\eta_p^2=.12$.

Tablo 3.18. DDT-BE gruplarının yaşam doyumu puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları

Varyansın Kaynağı	sd	F	p	Kısmi η^2
Zaman	2	2.89	.07	.14
Grup	1	0.53	.48	.03
Grup×zaman	2	2.36	.11	.12
Hata (denek içi)	36			
Hata (denekler arası)	18			

Grupların kendi içindeki zamana bağlı değişiklikleri incelemek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun yaşamdan duydukları memnuniyet puanlarında görülen artış istatistiksel olarak anlamlıdır; $F_{(2,9)}=4.82$, $p=.02$, $\eta_p^2=.35$. İkili karşılaştırma sonuçlarına göre DDT-BE grubunun T1'deki ortalaması ($\bar{X}=18.00$ ss=8.22) ile T3'teki ($\bar{X}=21.90$ ss=6.76) arasındaki fark

anlamlıdır ($p < .05$). T1 ile T2'deki ortalaması ($\bar{\chi} = 22.20$ $ss = 7.83$) ve T2-T3 arasındaki fark anlamlı değildir ($p > .05$). Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır; $F_{(2,9)} = 0.14$, $p > .05$, $\eta_p^2 = .02$.

Tablo 3.19. DDT-BE gruplarına ait yaşam doyumu puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	4.82	.02	.35
Hata	9			
Bekleme Grubu	2	0.14	.87	.02
Hata	9			

DDT-BE gruplarının yaşam doyum puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri

	T1	T2	T3	
	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	18.00 (8.22)	22.20 (7.83)	21.90 (6.76)	T3<T1
Bekleme Listesi	18.40 (7.35)	18.30 (53.54)	19.00 (6.43)	T1=T2=T3

3.2.2.6. DDT-BE'nin İşlevsellik Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

Bu çalışmada işlevsellik düzeyi KİDÖ ile ölçülmüştür. KİDÖ puanlarındaki artış düşük işlevsellik düzeyini göstermektedir. DDT-BE ve rutin tedavi altındaki bekleme listesi gruplarına ait KİDÖ puanlarının zaman içindeki değişiklikleri arasındaki farkları incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlı bulunmamıştır: $F_{(2-36)}=1.17$, $p>.05$, $\eta_p^2=.06$. Grup ana etkisi anlamlı değildir: $F_{(1-18)}=1.72$, $p>.05$, $\eta_p^2=.09$. Grup×zaman etkileşim etkisi anlamlı değildir: $F_{(2-36)}=1.93$, $p>.05$, $\eta_p^2=.10$.

Tablo 3.20. DDT-BE gruplarının işlevsellik puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	1.17	.32	.06
Grup	1	1.72	.26	.09
Grup×zaman	2	1.93	.16	.10
Hata (denek içi)	36			
Hata (denekler arası)	18			

Grupların kendi içindeki zamana bağlı değişiklikleri incelemek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun işlevsellikte yaşadığı zorlukların zaman içindeki azalışı istatistiksel olarak anlamlıdır; $F_{(2,9)}=4.17$, $p=0.03$, $\eta_p^2=.32$. Etki büyüklüğüne göre toplam varyansın %32'si açıklanabilmiştir. İkili karşılaştırmalara göre DDT-BE grubunun T1 ($\bar{X}=32.20$ ss=10.85) ile T3 ($\bar{X}=23.70$ ss=11.99) ortalamaları arasında marjinal anlamlı fark görülmüştür ($p=.095$). Ancak T1-T2 ve T2-T3 ortalama farkları anlamlı bulunmamıştır ($p>.05$). Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır: $F_{(2,9)}=0.31$, $p>.05$, $\eta_p^2=.03$.

Tablo 3.21. DDT-BE gruplarına ait işlevsellik puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları

	sd	F	p	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	4.17	.03	.32
Hata	9			
Bekleme Grubu	2	.31	.74	.03
Hata	9			

DDT-BE gruplarının işlevsellik puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	32.20 (10.85)	29.10 (10.60)	23.70 (11.99)	T3<T1
Bekleme Listesi	33.30 (12.08)	36.70 (15.98)	35.00 (16.57)	T1=T2=T3

3.2.2.7. DDT-BE'nin Genel Psikolojik Belirtiler Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

Bu çalışmada genel psikolojik belirtiler KSE ile ölçülmüştür. DDT-BE ve rutin tedavi altındaki bekleme listesi gruplarına ait KSE puanlarının zaman içindeki değişiklikleri arasındaki farkları incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgulara göre gruplar önemli olmaksızın tüm katılımcıların T1, T2 ve T3'teki ortalamaları arasındaki fark (ölçümün ana etkisi) istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır: $F_{(2,36)}=1.10$, $p>.05$, $\eta_p^2=.06$. Ölçüm aşamaları önemli olmaksızın iki gruba ait ortalamalar (grup ana etkisi) arasındaki fark anlamlı değildir: $F_{(1,18)}=0.12$, $p>.05$, $\eta_p^2=.01$. DDT-BE ve kontrol gruplarının KSE

puanlarındaki zaman içinde görülen değişimler anlamlı düzeyde farklılaşmamıştır: $F_{(2-36)}=0.54, p>.05, \eta_p^2=.03$.

Tablo 3.22. DDT-BE gruplarının KSE puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	1.10	.59	.06
Grup	1	0.12	.74	.01
Grup×zaman	2	0.54	.34	.03
Hata (denek içi)	36			
Hata (denekler arası)	18			

Grupların kendi içindeki zamana bağlı değişimi incelemek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun genel psikolojik belirtilerinin zaman içindeki azalışı istatistiksel olarak anlamlı değildir: $F_{(2,9)}=1.43, p>.05, \eta_p^2=.14$. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır: $F_{(2,9)}=.06, p>.05, \eta_p^2=.01$.

Tablo 3.23. DDT-BE gruplarına ait KSE puanları için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	1.43	.27	.14
Hata	9			
Bekleme Grubu	2	.06	.94	.01
Hata	9			

DDT-BE gruplarının genel psikolojik belirti puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	105.70 (31.33)	108.60 (31.01)	93.70 (24.59)	T1=T2=T3
Bekleme Listesi	108.50 (51.00)	109.80 (54.41)	106.90 (44.61)	T1=T2=T3

3.2.3. İlaç Tedavisi Gruplarının İncelenmesi

Çalışma boyunca ilacı düzensiz kullanan (ilacı bırakanlar, ilaca ara verenler) katılımcılar grubunda 4 ve kontrol grubunda 3 kişi olmak üzere toplam 7 kişidir. Düzensiz ilaç kullananların deney ve kontrol grubundaki sıklığı istatistiksel anlamda benzer bulunmuştur ($\chi=0.10, sd=1, p>.05$). Düzenli ve düzensiz şeklinde sınıflandırılan ilaç gruplarının zaman içindeki farklılıkları Karışık Desenler İçin İki

Yönlü ANOVA ile her bağımlı değişken için tekrar edilmiştir. Sıkıntıya toleranssızlık ölçeği için kovaryant matrisleri gruplar arası anlamlı düzeyde farklılaştığı için ($M=17.38$, $F(6; 957.66)= 2.27$ $p=.04$) analiz sonuçları raporlanmamıştır. Elde edilen bulgulara göre DEHB belirtileri, dikkatsizlik belirtileri ve aşırı hareketlilik belirtileri için ölçüm zamanının ana etkisi anlamlıdır: sırasıyla $F=4.94$, $p<.05$, $\eta_p^2=.21$; $F=4.06$, $p<.05$, $\eta_p^2=.24$; $F=3.30$, $p=.05$, $\eta_p^2=.22$. Duygu düzenleme güçlüğü açısından ölçüm ana etkisi anlamlı bulunmuştur, yani tüm katılımcıların duygularını düzenlemede yaşadıkları güçlük azalmıştır; $F=3,376$, $p=0,05$, $\eta_p^2=0,16$. Bağımlı değişkenlerin hiçbiri için grup×zaman etkileşim etkisi anlamlı bulunmamıştır. Dolayısıyla zaman ana etkisinin bulunduğu yukarıdaki dört değişken için de ilaç kullanımındaki farklılıkların etkili olmadığı görülmektedir.

Tablo 3.24. Bağımlı değişkenler için düzenli ve düzensiz ilaç kullananların öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin analiz sonuçları

		T1	T2	T3	T1-T2-T3	Grup içi	Gruplar	Grup*
		Ort (ss)	Ort (ss)	Ort (ss)		F (sd) p	arası F (sd) p	zaman F (sd) p
DEHB toplam	Düzenli	67.14 (5.55)	66.00 (7.68)	61.71 (11.76)	p=-.04; T1=T2=T3	4.944 (2, 36)	.011 (1, 18)	.108 (2, 36)
	Düzensiz	68.15 (12.39)	64.31 (16.16)	61.31 (17.53)	T1=T2=T3	p=.013	<i>p=.917</i>	<i>p=.998</i>
Dikkat eksikliği	Düzenli	37.43 (2.76)	36.86 (4.38)	33.86 (7.34)	T1=T2=T3	4.058 (2, 36)	.203 (1, 18)	.038 (2, 36)
	Düzensiz	36.00 (7.28)	35.08 (8.14)	32.77 (9.53)	T1=T2=T3	p=.026	<i>p=.658</i>	<i>p=.963</i>
Aşırı harek.	Düzenli	29.71 (3.99)	29.14 (3.81)	27.86 (5.24)	p=-.03; T1>T3(p=.09)	3.302 (2, 36)	.115 (1, 18)	.643 (2, 36)
	Düzensiz	32.15 (6.43)	29.23 (9.06)	28.54 (9.16)	T1=T2=T3	p=.048	<i>p=.739</i>	<i>p=.532</i>
Dürtüsellik	Düzenli	41.29 (5.85)	39.43 (2.23)	40.57 (5.74)	T1=T2=T3	.042 (2, 36)	1.058 (1, 18)	.526 (2, 36)
	Düzensiz	37.39 (8.25)	38.54 (6.01)	38.15 (5.50)	T1=T2=T3	<i>p=.959</i>	<i>p=.317</i>	<i>p=.595</i>
Bilinçli farkın.	Düzenli	45.43 (12.26)	55.86 (9.94)	56.14 (9.72)	T1=T2=T3	.376 (2, 36)	1.370 (1, 18)	1.012 (2, 36)
	Düzensiz	51.39 (16.02)	50.62 (14.86)	46.62 (18.48)	T1=T2=T3	<i>p=.689</i>	<i>p=.257</i>	<i>p=.374</i>
Duygu düzen. güçlüğü	Düzenli	50.14 (11.85)	47.29 (15.51)	47.86 (17.12)	p=.01; T1>T3	3.376 (2, 36)	.531 (1, 18)	1.688 (2, 36)
	Düzensiz	48.39 (12.22)	45.00 (16.41)	38.23 (14.18)	T1=T2=T3	p=.045	<i>p=.475</i>	<i>p=.199</i>
Kişiler- arası prob.	Düzenli	87.00 (21.75)	89.14 (25.26)	91.86 (21.25)	T1=T2=T3	.618 (2, 36)	1.782 (1, 18)	2.333 (2, 36)
	Düzensiz	76.92 (20.01)	80.00 (21.23)	71.23 (25.15)	T1=T2=T3	<i>p=.545</i>	<i>p=.199</i>	<i>p=.112</i>
Sıkıntıya taham.	Düzenli	28.54 (11.94)	25.16 (13.23)	26.57 (9.05)	p=-.08; T1=T2=T3	-	-	-
	Düzensiz	28.00 (8.81)	29.43 (10.89)	23.46 (12.31)	p=-.06; T1=T2=T3	-	-	-
Yaşam doyumu	Düzenli	17.43 (6.75)	18.86 (8.84)	18.29 (7.87)	T1=T2=T3	1.882 (2, 36)	.522 (1, 18)	.442 (2, 36)
	Düzensiz	18.62 (8.24)	21.00 (5.87)	21.62 (5.80)	T1=T2=T3	<i>p=.167</i>	<i>p=.479</i>	<i>p=.646</i>
İşlevsel-lik	Düzenli	40.00 (5.51)	37.50 (10.11)	32.14 (13.74)	T1=T2=T3	1.473 (2, 36)	2.042 (1, 18)	.734 (2, 36)
	Düzensiz	28.85 (11.66)	30.39 (15.14)	27.85 (16.29)	T1=T2=T3	<i>p=.243</i>	<i>p=.170</i>	<i>p=.487</i>

Genel psik. belirti.	Düzenli	114.43 (31.30)	118.14 (36.90)	111.71 (28.72)	T1=T2=T3	.827 (2, 36)	.665 (1,1 8)	.113 (2, 36)
	Düzensiz	103.15 (46.39)	104.39 (46.80)	94.15 (38.60)	T1=T2=T3	<i>p</i> =.446	<i>p</i> =.475	<i>p</i> =.893

Düzenli ve düzensiz ilaç kullanan katılımcıların bağımlı değişkenler bakımından kendi içlerinde zamana bağlı değişikliklerini incelemek amacıyla Tekrarlı Ölçümler İçin Tek Yönlü ANOVA gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizlerin sonuçlarına göre düzenli ilaç kullananların DEHB belirtilerinde zaman içinde anlamlı bir düşme görülmüştür: $F_{(2,24)}=3.62$, $p=.04$, $\eta_p^2=.23$. Ancak T1-T2-T3 arasında yapılan ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark elde edilmemiştir. Düzenli ilaç kullananların aşırı hareketlilik belirtilerinde zaman içinde anlamlı bir azalma görülmüştür: $F_{(2,24)}=4.04$, $p=.03$, $\eta_p^2=.25$. Yapılan ikili karşılaştırmalara göre T1'den ($\bar{X}=32.15$ ss=6.43) T3'e ($\bar{X}=28.54$ ss=9.16) gözlemlenen azalma marjinal anlamlı bulunmuştur ($p=.08$). Düzenli ilaç kullananların duygu düzenleme güçlüğü zaman içinde anlamlı düzeyde azalmıştır: $F_{(2,24)}=6.02$, $p=.01$, $\eta_p^2=.33$. İkili karşılaştırmalara göre T1'den ($\bar{X}=48.39$ ss=12.22) T3'e ($\bar{X}=38.23$ ss=14.19) gözlemlenen azalma anlamlıdır ($p=.01$). Hem düzenli, hem de düzensiz ilaç kullananlarda sıkıntıya dayanmada yaşanan günlük zaman içinde azalmış ve bu azalma marjinal anlamlı bulunmuştur: sırasıyla $F_{(2,24)}=2.75$, $p=.08$, $\eta_p^2=.19$ ve $F_{(2,12)}=3.67$, $p=.06$, $\eta_p^2=.38$. İkili karşılaştırmalara göre iki grup için de T1-T2-T3 arasındaki farklar anlamlı bulunmamıştır.

3.3. TEDAVİ AMACINA YÖNELİK ANALİZLER

Çalışmadan ayrılan tüm katılımcılara ait eksik veriler yapılan son gözlem yöntemiyle doldurulmuştur. Bu yöntemle göre hangi gözleme ait kayıp veri varsa o gözlemin en son alınan ölçüm değeri kayıp veri yerine atanmaktadır. Böylece seçkisiz atamaya dahil edilen her katılımcı, analize de dahil edilmiştir ($n=32$). Kayıp verilerle nasıl ilgilenildiği, normallik analizi ve eş değişkenlerin belirlenmesi ile ilgili bilgiler 2.6.2. Tedavi Amacına Yönelik Analizler (TAA) bölümünde anlatılmıştır. TAA aşamasında, PUA aşamasında yapılan tüm analizler tekrar edilmiştir. TAA aşamasında bağımlı değişkenler için elde edilen ortalama ve standart sapmalar Tablo 39.'da sunulmuştur.

Tablo 3.25. Bağımlı değişkenlere ait ölçümlerin TAA aşamasındaki betimleyici istatistik sonuçları.

Değişkenler	DBT-BE Grubu (n=16)			Rutin Tedavi Grubu (n=16)		
	Ön test	Müdahale ortası	Son test	Ön test	Müdahale ortası	Son test
	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)
DEHB Belirtileri	63,38 (7,54)	60,50 (11,27)	54,25 (10,42)	71,06 (9,73)	71,06 (10,11)	72,06 (9,22)
DEHB Dikkatsizlik	34,69 (4,69)	33,44 (5,73)	40,63 (24,00)	37,13 (5,62)	37,88 (5,50)	49,06 (20,46)
DEHB aşırı hareketlilik	28,69 (4,00)	27,06 (5,84)	32,63 (15,88)	33,94 (5,63)	33,19 (6,46)	37,31 (11,37)
Dürtüsellik	36,81 (6,19)	38,81 (5,28)	36,63 (4,47)	41,44 (6,67)	39,94 (4,39)	39,19 (5,98)
Bilinçli farkındalık	48,75 (13,78)	52,63 (13,02)	43,25 (17,69)	47,38 (16,29)	51,44 (14,67)	49,38 (17,41)
Duygu düzenleme güçlüğü	50,13 (10,15)	49,38 (15,07)	34,94 (14,83)	51,63 (13,93)	49,31 (16,27)	43,94 (12,99)
Sıkıntıya toleranssızlık	27,50 (8,15)	27,06 (10,52)	19,44 (9,37)	32,13 (11,67)	30,69 (12,48)	24,88 (12,12)
Kişilerarası problemler	73,63 (19,36)	75,56 (21,80)	79,56 (27,05)	83,50 (19,95)	86,50 (20,27)	96,75 (33,27)
Yaşam doyumu	17,25 (8,11)	19,38 (7,99)	27,44 (9,83)	17,25 (7,51)	17,00 (6,21)	24,38 (11,22)
İşlevsellik	32,00 (8,91)	29,88 (8,73)	26,94 (10,78)	33,38 (10,47)	36,31 (13,31)	34,44 (13,92)
Genel psikolojik belirtiler	101,69 (29,74)	109,06 (31,43)	83,69 (30,69)	114,13 (45,21)	114,63 (47,28)	95,19 (42,61)

3.3.1. Birincil Sonuç Ölçümleri: DDT-BE'nin DEHB Belirtileri Üzerindeki Etkililiği

3.3.1.1. DDT-BE'nin DEHB Belirtilerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

DDT-BE grup müdahalesinin tüm verilerin analize dahil edildiği koşulda DEHB belirtileri üzerindeki etkisi görmek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Hangi grupta oldukları fark etmeksizin tüm katılımcıların müdahale öncesi (T1), müdahale ortası (T2) veya müdahale sonrası (T3) aldıkları puanların farklılaşması ölçüm ana etkisini ifade etmektedir. Ölçüm düzeyleri önemli olmaksızın iki grubun aldığı toplam puanların farklılaşması grup ana etkisini ifade etmektedir. Ancak bu çalışma için asıl önemli olan, iki faktörün etkileşim ana etkisi yani grup×zaman ana etkisidir. Etkileşim etkisi ile grupların zaman içindeki değişiminin birbirinden farklılaşıp farklılaşmadığı görülmektedir. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. T1'deki ortalamaların gruplar arasında farklı olduğu tespit edildiğinden T1 ortalamalarını kontrol etmek amacıyla ANCOVA gerçekleştirilmiş ve sonuçlar aşağıda paylaşılmıştır. Analiz sonuçlarına ölçüm zamanının ana etkisi anlamlıdır: $F_{(2-60)}=7.29$, $p=.00$, $\eta_p^2=.20$. Grup ana etkisi anlamlı bulunmuştur: $F_{(1-30)}=13.88$, $p=.00$, $\eta_p^2=.32$. Grup×zaman etkisine bakıldığında grupların zaman içindeki değişimlerinin birbirinden farklılaştığı görülmüştür: $F_{(2-60)}=11.69$, $p=.00$, $\eta_p^2=.28$. DDT-BE grubundaki katılımcıların DEHB belirtilerindeki azalma, rutin tedavi gören bekleme listesi grubundakilere göre anlamlı düzeyde fazladır. Sonuçların etki büyüklüğü yüksek bulunmuştur. Elde edilen etki büyüklüğüne göre toplam varyansın %28'si açıklanabilmektedir.

Tablo 3.26. DDT-BE gruplarının DEHB belirti puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	7.29	.00	.20
Grup	1	13.88	.00	.32
Grup×zaman	2	11.69	.00	.28
Hata (denek içi)	60			
Hata (denekler arası)	30			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmanın hangi ölçüm düzeyinden kaynaklandığını görebilmek için yapılan Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçlarına göre DDT-BE grubunun DEHB belirtilerinde görülen zaman içindeki

azalma anlamlıdır; $F_{(2,30)}=12.25$, $p=.00$, $\eta_p^2=.45$. T1'deki ($\bar{X}=63.38$ ss=7.54) ile T3'deki ortalamalar ($\bar{X}=54.25$ ss=10.42) arasındaki fark anlamlıdır ($p=.00$). T2'deki ($\bar{X}_{düz.}=60.50$ ss=11.27) ile T3'teki ortalamaları arasındaki fark anlamlıdır ($p=.01$). Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki düzeltilmiş ortalamaları arasında fark anlamlı bulunmamıştır; $F_{(2,30)}=0.60$, $p>.05$, $\eta_p^2=.04$. Kısacası DDT-BE grubunun DEHB belirtilerindeki 9.13 puanlık iyileşme anlamlı düzeyde büyük iken kontrol grubunda herhangi bir iyileşme görülmemiştir.

Tablo 3.27. TAA aşamasında DDT-BE gruplarına ait DEHB belirti puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	p	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	12.25	.00	.45
Hata	30			
Bekleme Grubu	2	0.60	.55	.04
Hata	30			

DDT-BE gruplarının DEHB belirti puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	63.38 (7.54)	60.50 (11.27)	54.25 (10.42)	T3<T1, T3<T2
Bekleme Listesi	71.06 (9.73)	71.06 (10.11)	72.06 (9.22)	T1=T2=T3

TAA aşamasında T1'deki ortalamalar karşılaştırıldığında DEHB belirtileri bakımından gruplar arası fark bulunmuştur. Bu nedenle taban değerler kontrol edilerek ANCOVA gerçekleştirilmiştir. Sonuçlara göre taban değerler kontrol edildiğinde de grup×zaman etkileşimi anlamlıdır: $F_{(1,29)}=18.33$, $p=.00$, $\eta_p^2=.39$. Grup içi değişimleri görebilmek için yapılan Tek Yönlü ANOVA sonuçlarına göre müdahale grubunun puanlarında görülen zaman içindeki azalma marjinal anlamlılık göstermiştir: $F_{(1-14)}=3.56$, $p=.08$, $\eta_p^2=.20$. İkili karşılaştırmalara göre T2 ($\bar{X}=60.50$ ss=11.27) ve T3'teki ($\bar{X}=54.25$ ss=10.42) ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p=.00$). Ancak kontrol grubunun puanlarında görülen zaman içindeki farklılık anlamlı bulunmamıştır: $F_{(1-14)}=1.30$, $p=.27$, $\eta_p^2=.09$.

3.3.1.2. DDT-BE'nin Dikkatsizlik Belirtilerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

Dikkat belirtileri ASRS ölçeğinin dikkatsizlik alt boyutu toplam puanları ile işlemsel tanımlanmıştır. TAA aşamasında çalışmadaki grupların dikkatsizlik düzeylerinin zaman içindeki değişiklikleri arasındaki farkları incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA sonuçlarına göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlıdır: $F_{(2-60)}=4.77$, $p=.01$, $\eta_p^2=.14$. Grup ana etkisi anlamlıdır: $F_{(1-30)}=8.15$, $p=.01$, $\eta_p^2=.21$. Grup×zaman etkileşim etkisi anlamlıdır: $F_{(2-60)}=11.07$, $p=.00$, $\eta_p^2=.27$.

Tablo 3.28. DDT-BE gruplarının dikkatsizlik belirtisi puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	p	Kısmi η^2
Zaman	2	4.77	.01	.14
Grup	1	8.15	.01	.21
Grup×zaman	2	11.07	.00	.27
Hata (denek içi)	60			
Hata (denekler arası)	30			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki değişimi incelemek için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA yapılmıştır. Sonuçlara göre DDT-BE grubunun dikkatsizlik belirtilerinde görülen zaman içindeki değişim istatistiksel olarak anlamlıdır: $F_{(2-30)}=9.27$, $p=.00$, $\eta_p^2=.38$. Aradaki farkın hangi ölçüm düzeyinden kaynaklandığını incelemek için ikili karşılaştırmalara bakılmıştır. T1'deki düzeltilmiş ortalama ($\bar{X}=34.69$ sh=4.69) ile T3'teki ($\bar{X}=29.69$ ss=6.54) arasında anlamlı bir fark görülmüştür ($p=.01$). T2 ($\bar{X}=33.44$ ss=5.73) ile T3 arasındaki fark da anlamlı düzeyde azalmayı göstermektedir ($p=.01$). Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir; $F_{(2-30)}=2.12$ $p>.05$, $\eta_p^2=.12$. Özet olarak, müdahale grubunun dikkatsizlik belirtilerinde anlamlı bir azalma gözlemlenirken kontrol grubunun belirtileri anlamlı bir değişiklik göstermemiştir.

Tablo 3.29. DDT-BE gruplarına ait dikkatsizlik belirtisi puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	9.27	.001	.38
Hata	30			
Bekleme Grubu	2	2.12	.14	.12
Hata	30			

DDT-BE gruplarının dikkatsizlik puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	34.69 (4.69)	33.44 (5.73)	29.69 (6.54)	T3<T1, T3<T2
Bekleme Listesi	37.13 (5.62)	37.88 (5.50)	38.32 (5.17)	T1=T2=T3

3.3.1.3. DDT-BE'nin Aşırı Hareketlilik Belirtilerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

Aşırı hareketlilik belirtileri ASRS ölçeğinin aşırı hareketlilik alt boyutu toplam puanları ile ölçülmüştür. TAA aşamasında çalışmadaki grupların aşırı hareketlilik düzeylerinin zaman içindeki değişiklikleri arasındaki farkları incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Grupların T1'deki ortalamaları arasında fark bulunduğu için T1 ortalamalarını kontrol etmek için ANCOVA yapılmış ve sonuçlar aşağıda raporlanmıştır. Karışık Desenler İçin İki yönlü ANOVA sonuçlarına göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlıdır; $F_{(2-60)}=5.75$, $p=.01$, $\eta_p^2=.16$. Grup ana etkisi anlamlıdır; $F_{(1-30)}= 14.71$, $p=.00$, $\eta_p^2=.33$. Grup×zaman etkileşim etkisi anlamlıdır; $F_{(2-60)}=5.27$, $p=.01$, $\eta_p^2=.15$.

Tablo 3.30. DDT-BE gruplarının aşırı hareketlilik belirtisi puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	5.75	.01	.16
Grup	1	14.71	.00	.33
Grup×zaman	2	5.27	.01	.15
Hata (denek içi)	60			
Hata (denekler arası)	30			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmanın hangi ölçüm düzeyinden kaynaklandığını incelemek için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA yapılmıştır. Sonuçlara göre DDT-BE grubunun aşırı hareketlilik belirtilerinde görülen zaman içindeki değişim istatistiksel olarak anlamlıdır; $F_{(2-30)}=8.02$, $p=.00$, $\eta_p^2=.35$. İkili karşılaştırmalara göre T1 ($\bar{X}=28.69$ ss=4.00) ve T3 ($\bar{X}=24.56$ ss=4.53) düzeyleri arasındaki fark anlamlıdır ($p=0.01$). T2 ($\bar{X}=27.06$ ss=5.84) ile T3 arasındaki fark da marjinal anlamlıdır ($p=.06$). Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki puanları arasındaki fark anlamlı değildir; $F_{(2-30)}=0.56$, $p>.05$, $\eta_p^2=.04$. Özet olarak müdahale grubunun belirtilerinde anlamlı bir azalma gözlenirken, kontrol grubunun belirtileri benzer düzeyde kalmıştır.

Tablo 3.31. DDT-BE gruplarına ait aşırı hareketlilik puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	p	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	8.02	.00	.35
Hata	30			
Bekleme Grubu	2	0.56	.58	.04
Hata	30			

DDT-BE gruplarının aşırı hareketlilik puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1	T2	T3	
	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	28.69 (4.00)	27.06 (5.84)	24.56 (4.53)	T3<T1, T3<T2
Bekleme Listesi	33.94 (5.63)	33.19 (6.46)	33.75 (5.94)	T1=T2=T3

TAA aşamasının T1 ölçümünde aşırı hareketlilik bakımından gruplar arası fark bulunmuştur. Bu nedenle T1'deki değerler kontrol edilerek ANCOVA gerçekleştirilmiştir. Sonuçlar T1 değerleri eş değişken olarak girildiğinde de değişmemiş ve grup×zaman etkileşimi anlamlılığını korumuştur: $F_{(1,29)}=13.99$, $p=.00$, $\eta_p^2=.33$. Grup içi değişimleri görebilmek için yapılan Tek Yönlü ANOVA sonuçlarına göre müdahale grubunun puanlarında görülen zaman içindeki azalma marjinal anlamlı bulunmuştur: $F_{(1-14)}=3.98$, $p=.07$, $\eta_p^2=.22$. İkili karşılaştırmalara göre T2 ($\bar{X}=27.06$ ss=5.84) ve T3'teki ($\bar{X}=24.06$ ss=4.53) ortalamaları arasında anlamlı fark

bulunmaktadır ($p=.01$). Ancak kontrol grubunun puanlarında görülen zaman içindeki farklılık anlamlı bulunmamıştır; $F_{(1-14)}=2.90$, $p=.11$, $\eta_p^2=.17$.

3.3.1.4. DDT-BE'nin Dürtüsellik Düzeyi Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

TAA aşamasında çalışmadaki grupların dürtüsellik düzeylerinin zaman içindeki değişiklikleri arasındaki farkları incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Karışık Desenler İçin İki yönlü ANOVA sonuçlarına göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlı değildir; $F_{(2-60)}=0.13$, $p>.05$, $\eta_p^2=.00$. Grup ana etkisi anlamlı değildir; $F_{(1-30)}=2.15$, $p>.05$, $\eta_p^2=.07$. Grup×zaman etkileşim etkisi anlamlı değildir; $F_{(12-60)}=2.10$, $p>.05$, $\eta_p^2=.07$.

Tablo 3.32. DDT-BE gruplarının dürtüsellik puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	0.13	.88	.00
Grup	1	2.15	.15	.07
Grup×zaman	2	2.10	.13	.07
Hata (denek içi)	60			
Hata (denekler arası)	30			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki değişimi incelemek için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA yapılmıştır. Sonuçlara göre DDT-BE grubunun dürtüsellik düzeyinde görülen zaman içindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir: $F_{(2,30)}=1.40$, $p>.05$, $\eta_p^2=.09$. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir: $F_{(2,30)}=0.90$, $p>.05$, $\eta_p^2=.06$. Her iki grupta da dürtüsellik düzeylerinin anlamlı bir değişiklik göstermediği bulunmuştur.

Tablo 3.33. DDT-BE gruplarına ait dürtüsellik puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	1.40	.26	.09
Hata	30			
Bekleme Grubu	2	.90	.42	.06
Hata	30			

DDT-BE gruplarının dürtüsellik puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1	T2	T3	
	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	36.81 (6.19)	38.31 (5.28)	38.13 (4.73)	T1=T2=T3
Bekleme Listesi	41.44 (6.67)	39.94 (4.39)	39.69 (6.01)	T1=T2=T3

TAA'da T1 ölçümlerinde gruplar arası farklılık görüldüğünden ANCOVA gerçekleştirilmiştir. Elde edilen bulgulara göre T1 ölçümleri kontrol edildiğinde de grup×zaman etkileşim etkisi anlamlı değildir; $F=0.36$, $p>.05$, $\eta_p^2=.01$. T1 ölçümleri kontrol edilerek gerçekleştirilen Tek Yönlü ANOVA sonuçlarına göre müdahale grubunun dürtüsellik düzeyinde anlamlı bir değişim bulunmamıştır: $F=0.49$, $p>.05$, $\eta_p^2=.03$. Kontrol grubunun dürtüsellik düzeyinde de anlamlı bir değişim bulunmamıştır; $F=0.33$, $p>.05$, $\eta_p^2=.02$.

3.3.2. İkincil Sonuç Ölçümleri

3.3.2.1. DDT-BE'nin Bilinçli Farkındalık Düzeyindeki Etkililiğine İlişkin Bulgular

TAA aşamasında çalışmadaki grupların bilinçli farkındalık düzeylerinin zaman içindeki değişiklikleri arasındaki farkları incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Mauchly's Küresellik Testi sonucu anlamlı çıkmış ve epsilon değerinin $p>0.75$ olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle Hyunh-Feldt test sonuçları raporlanmıştır. Karışık Desenler İçin İki yönlü ANOVA sonuçlarına göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlı değildir; $F_{(1,51-45,19)}=.70$, $p>.05$, $\eta_p^2=.02$. Grup ana etkisi anlamlı değildir; $F_{(1-30)}=.00$, $p>.05$, $\eta_p^2=.00$. Grup×zaman anlamlı değildir; $F_{(1,51-45,19)}=0.21$, $p>.05$, $\eta_p^2=.01$.

Tablo 3.34. DDT-BE gruplarının bilinçli farkındalık puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	1.51	1.70	.76	.02
Grup	1	0.00	.68	.00
Grup×zaman	1.51	0.21	.97	.01
Hata (denek içi)	45.19			
Hata (denekler arası)	30			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmayı incelemek için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA yapılmıştır. Mauchly's Küresellik Testi sonucu kontrol grubunun analizlerinde anlamlı çıkmış ve epsilon değerinin $p < 0.75$ olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle Greenhouse-Geisser test sonuçları raporlanmıştır. Sonuçlara göre DDT-BE grubunun bilinçli farkındalık düzeyinde görülen zaman içindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı değildir; $F_{(2-30)}=0.29$, $p > .05$, $\eta_p^2=.02$. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir; $F_{(1,26-18,84)}=0.23$, $p > .05$, $\eta_p^2=.04$. Bilinçli farkındalık düzeyi bakımından her iki grupta da müdahale öncesinden sonrasına anlamlı bir değişim görülmemiştir.

Tablo 3.35. DDT-BE gruplarına ait bilinçli farkındalık puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	0,289	0,751	0,02
Hata	30			
Bekleme Grubu	1,26	0,233	0,484	0,04
Hata	18,84			

DDT-BE gruplarının bilinçli farkındalık puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	48.75 (13.78)	52.63 (13.02)	50.31 (16.08)	T1=T2=T3
Bekleme Listesi	47.38 (16.29)	51.44 (14.67)	53.25 (15.51)	T1=T2=T3

3.3.2.2. DDT-BE'nin Duygu Düzenleme Güçlüğü Üzerindeki Etkililiği

TAA aşamasında çalışmadaki grupların duygu düzenlemede yaşadıkları güçlüğü zaman içindeki değişimini incelemek amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Karışık Desenler İçin İki yönlü ANOVA sonuçlarına göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlıdır: $F_{(2-60)}=4.57$, $p=.01$, $\eta_p^2=.13$. Grup ana etkisi anlamlı değildir: $F_{(1-30)}=0.28$, $p>.05$, $\eta_p^2=.01$. Grup×zaman etkileşim etkisi anlamlı bulunmamıştır: $F_{(2-60)}=2.29$, $p>.05$, $\eta_p^2=.07$.

Tablo 3.36. DDT-BE gruplarının duyguyu düzenleme güçlüğü puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	p	Kısmi η^2
Zaman	2	4.57	.01	.13
Grup	1	0.28	.60	.01
Grup×zaman	2	2.29	.14	.07
Hata (denek içi)	60			
Hata (denekler arası)	30			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmayı incelemek için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA yapılmıştır. Sonuçlara göre DDT-BE grubunun duygu düzenleme güçlüğünde görülen zaman içindeki azalma istatistiksel olarak anlamlıdır: $F_{(2-30)}=4.31$, $p=.02$, $\eta_p^2=.22$. İkili karşılaştırma sonuçlarına göre T1'deki ($\bar{X}=50.13$ ss=10.15) ve T3'teki ($\bar{X}=43.19$ ss=15.38) puanları arasındaki fark marjinal olarak anlamlıdır ($p=.06$). T2 ($\bar{X}=49.38$ ss=15.07) ile T3'teki puanları arasındaki fark anlamlı değildir ($p>.05$). Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir; $F_{(2-30)}=1.25$, $p>.05$, $\eta_p^2=.08$. Kısacası DDT-BE alan katılımcıların duygu düzenlemede yaşadıkları güçlükler T2 ve T3'te azalma eğilimi gösterirken rutin tedavi grubunda benzer bir gelişme gözlenmemiştir.

Tablo 3.37. DDT-BE gruplarına ait duygu düzenleme güçlüğü puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	4.31	.02	.22
Hata	30			
Bekleme Grubu	2	1.25	.30	.07
Hata	30			

DDT-BE gruplarının duygu düzenleme güçlüğü puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	50.13 (10.15)	49.38 (15.07)	43.19 (15.38)	T3>T1
Bekleme Listesi	51.63 (13.93)	49.31 (16.27)	49.44 (15.34)	T1=T2=T3

3.3.2.3. DDT-BE'nin Sıkıntıya Dayanma Güçlüğü Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar

TAA aşamasında, sıkıntıya dayanmada çekilen günlük bakımından grupların zaman içindeki değişimini karşılaştırmak amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Bulgulara göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlıdır: $F_{(2-60)}=3.73$, $p=.03$, $\eta_p^2=.11$. Grup ana etkisi anlamlı değildir: $F_{(1-30)}=1.51$, $p>.05$, $\eta_p^2=.05$. DDT-BE grubunda sıkıntıya dayanmada yaşanan güçlüğü zaman içindeki değişimi, kontrol grubununkinden farklılaşmamıştır: $F_{(2-60)}=.28$, $p>.05$, $\eta_p^2=.01$.

Tablo 3.38. DDT-BE gruplarının sıkıntıya toleranssızlık puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	3.73	.03	.11
Grup	1	1.51	.23	.05
Grup×zaman	2	0.28	.76	.01
Hata (denek içi)	60			
Hata (denekler arası)	30			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmayı incelemek için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA yapılmıştır. Sonuçlara göre DDT-BE grubunun sıkıntıya

dayanmada yaşadığı güçlüğü zaman içindeki azalışı istatistiksel olarak anlamlı değildir: $F_{(2,30)}=1.70$, $p>.05$, $\eta_p^2=.10$. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki puanları arasındaki fark marjinal olarak anlamlıdır: $F_{(2-30)}=2.81$, $p=.08$, $\eta_p^2=.16$. İkili karşılaştırmalara göre yalnızca T1 ($\bar{X}=32.13$ sh=2,92) ve T3'teki ($\bar{X}=29.69$ sh=2,85) ortalamalar arasındaki fark marjinal olarak anlamlıdır ($p=0,08$). Müdahale grubunun sıkıntıyı tolere etme becerisindeki iyileşme anlamlılık düzeyine ulaşmazken kontrol grubunun belirtileri marjinal olarak anlamlı azalma göstermiştir.

Tablo 3.39. DDT-BE gruplarına ait sıkıntıya dayanma puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	p	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	1.70	.20	.10
Hata	30			
Bekleme Grubu	2	2.81	.08	.16
Hata	30			

DDT-BE gruplarının sıkıntıya dayanma puanlarına ilişkin ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	27.50 (8.15)	27.06 (10.52)	24.63 (9.53)	T1=T2=T3
Bekleme Listesi	32.13 (11.67)	30.69 (12.47)	29.69 (11.41)	T3<T1

3.3.2.4. DDT-BE'nin Kişilerarası İlişkiler Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar

TAA aşamasında, kişilerarası ilişkiler bakımından grupların zaman içindeki değişimini karşılaştırmak amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Elde edilen sonuçlara göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlı değildir: $F_{(2-60)}=1.85$, $p>.05$, $\eta_p^2=.06$. Grup ana etkisi anlamlı değildir; $F_{(1-30)}=2.98$, $p>.05$, $\eta_p^2=.09$. DDT-BE grubundaki katılımcıların yaşadığı kişilerarası problemlerin zaman içindeki değişimi, kontrol grubununkinden farklılaşmamıştır: $F_{(2-60)}=1.42$, $p>.05$, $\eta_p^2=.05$.

Tablo 3.40. DDT-BE gruplarının kişilerarası problemlere ilişkin puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	1.85	.17	.06
Grup	1	2.98	.10	.09
Grup×zaman	2	1.42	.25	.05
Hata (denek içi)	60			
Hata (denekler arası)	30			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmayı incelemek için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA yapılmıştır. Sonuçlara göre DDT-BE grubunun yaşadığı kişilerarası problemlerin zaman içindeki değişimi anlamlı değildir: $F_{(2-30)}=1.75$, $p>.05$, $\eta_p^2=.10$. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır; $F_{(2-30)}=1.31$, $p>.05$, $\eta_p^2=.80$. Rutin tedavi grubu Ancak ikili karşılaştırmalarda anlamlı fark bulunmamıştır ($p>.05$).

Tablo 3.41. DDT-BE gruplarının kişilerarası problemlerine ilişkin ortalamalarının Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	1.75	.19	.10
Hata	30			
Bekleme Grubu	2	1.31	.29	.08
Hata	30			

DDT-BE gruplarının kişilerarası problemlere ilişkin puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	73.63 (19.36)	75.56 (21.80)	69.69 (21.94)	T1=T2=T3
Bekleme Listesi	83.50 (19.95)	86.50 (20.27)	85.44 (21.76)	T1=T2=T3

3.3.2.5. DDT-BE'nin Yaşam Doyumu Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar

TAA aşamasında, yaşamdan aldıkları doyum bakımından grupların zaman içindeki değişimini karşılaştırmak amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Sonuçlara göre ölçüm zamanının ana etkisi istatistiksel olarak anlamlı

değildir: $F_{(2-60)}=2.04$, $p>.05$, $\eta_p^2=.06$. Grup ana etkisi anlamlı değildir: $F_{(1-30)}=0.33$, $p>.05$, $\eta_p^2=.01$. DDT-BE grubunda sıkıntıya dayanmada yaşanan güçlüğü zaman içindeki değişimi, kontrol grubununkinden farklılaşmamıştır: $F_{(2-60)}=1.50$, $p>.05$, $\eta_p^2=.05$.

Tablo 3.42. DDT-BE gruplarının yaşam doyum puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	2.04	.14	.06
Grup	1	0.33	.57	.01
Grup×zaman	2	1.50	.23	.05
Hata (denek içi)	60			
Hata (denekler arası)	30			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmayı incelemek için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA yapılmıştır. Sonuçlara göre DDT-BE grubunun yaşamdan aldıkları doyumda görülen zaman içindeki artış marjinal olarak anlamlıdır: $F_{(2-30)}=2.74$, $p=.08$, $\eta_p^2=.16$. İkili karşılaştırma sonuçlarına göre T1 ($\bar{X}=17.25$ ss=8.11) ile T3 ($\bar{X}_{düz.}=19,63$ ss=7.68) arasındaki artış marjinal olarak anlamlıdır ($p=.06$). Diğer karşılaştırmalarda anlamlı sonuç bulunmamıştır. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki puanlarının artışı istatistiksel olarak anlamlı değildir: $F_{(2-30)}=0.35$, $p>.05$, $\eta_p^2=.02$. Sonuç DDT-BE müdahalesini alan katılımcıların yaşam doyumları marjinal olarak artarken kontrol grubunda bir değişim gözlenmemiştir.

Tablo 3.43. DDT-BE gruplarına ait yaşam doyum puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	1.74	.08	.16
Hata	30			
Bekleme Grubu	2	0.35	.71	.02
Hata	30			

DDT-BE gruplarının yaşam doyum ilişkin puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1	T2	T3
--	----	----	----

	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	17.25 (8.11)	19.38 (7.99)	19.63 (7.68)	T3>T1
Bekleme Listesi	17.25 (7.51)	17.00 (6.21)	17.75 (6.50)	T1=T2=T3

3.3.2.6. DDT-BE'nin İşlevsellik Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar

TAA aşamasında, işlevsellik düzeyi bakımından grupların zaman içindeki değişimini karşılaştırmak amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Mauchly's Küresellik Testi sonucu anlamlı çıkmış ve epsilon değerinin $p>0.75$ olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle Hyunh-Feldt test sonuçları raporlanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlı değildir: $F_{(1,81-54,36)}=1.12$, $p>.05$, $\eta_p^2=.04$. Grup ana etkisi anlamlı değildir: $F_{(1-30)}=2.23$, $p>.05$, $\eta_p^2=.07$. Grup×zaman erkileşim etkisi anlamlı değildir: $F_{(1,81-54,36)}=1.80$, $p>.05$, $\eta_p^2=.06$.

Tablo 3.44. DDT-BE gruplarının işlevsellik puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	p	Kısmi η^2
Zaman	1.81	1.12	.33	.04
Grup	1	2.23	.15	.07
Grup×zaman	1.81	1.80	.18	.06
Hata (denek içi)	54.36			
Hata (denekler arası)	30			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmayı incelemek için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA yapılmıştır. Sonuçlara göre DDT-BE grubunun işlevsellik düzeyinde görülen zaman içindeki azalma marjinal olarak anlamlıdır; $F_{(2-30)}=3.15$, $p=.06$, $\eta_p^2=.17$. DDT-BE grubundaki katılımcıların işlevsellikte yaşadıkları zorluklar her ölçüm düzeyinde düşmüş, ancak ikili karşılaştırmalara göre puanlardaki düşmenin büyüklüğü anlamlılığa ulaşmamıştır. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki puanları arasındaki fark anlamlı değildir; $F_{(2-30)}=0.57$, $p>.05$, $\eta_p^2=.04$.

Tablo 3.45. DDT-BE gruplarına ait işlevsellik puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	3.15	.06	.17
Hata	30			
Bekleme Grubu	2	0.57	.57	.04
Hata	30			

DDT-BE gruplarının işlevsellik puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.

	T1 Ort. (ss)	T2 Ort. (ss)	T3 Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	32.00 (8.91)	29.88 (8.73)	26.94 (10.78)	T1=T2=T3
Bekleme Listesi	33.38 (10.47)	36.31 (13.31)	34.44 (13.93)	T1=T2=T3

3.3.2.7. DDT-BE'nin Genel Psikolojik Belirtiler Üzerindeki Etkililiğine İlişkin Sonuçlar

Genel psikolojik belirtiler KSE ölçeğinden alınan toplam puanlar ile işlemselleştirilmiştir. TAA aşamasında, genel psikolojik belirtiler bakımından grupların zaman içindeki değişimini karşılaştırmak amacıyla Karışık Desenler İçin İki Yönlü ANOVA yapılmıştır. Analizin varsayımları kontrol edilmiş ve verilerin analize uygun olduğu görülmüştür. Sonuçlara göre ölçüm zamanının ana etkisi anlamlı değildir: $F_{(2-60)}=1.02$, $p>.05$, $\eta_p^2=.03$. Grup ana etkisi anlamlı değildir: $F_{(1-30)}=0.78$, $p>.05$, $\eta_p^2=.03$. DDT-BE grubunda genel psikolojik belirtilerin zaman içindeki değişimi, kontrol grubununkinden farklılaşmamıştır: $F_{(2-60)}=0.54$, $p>.05$, $\eta_p^2=.02$.

Tablo 3.46. DDT-BE gruplarının KSE puanlarının öntest-müdahale ortası-son test ölçümleri arasındaki farklılığına ilişkin TAA'daki analiz sonuçları.

Varyansın Kaynağı	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
Zaman	2	1.02	.37	.03
Grup	1	0.78	.39	.03
Grup×zaman	2	0.54	.58	.02
Hata (denek içi)	60			
Hata (denekler arası)	30			

Grupların kendi içinde tekrarlı ölçümlerindeki farklılaşmayı incelemek için Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA yapılmıştır. Sonuçlara göre DDT-BE grubunun genel psikolojik belirtilerinde görülen zaman içindeki azalma anlamlı değildir: $F_{(2,30)}=1.16$, $p>.05$, $\eta_p^2=.07$. Rutin tedavi gören bekleme listesi grubunun T1, T2, T3 düzeylerindeki puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir: $F_{(2-30)}=0.07$, $p>.05$, $\eta_p^2=.01$. Her iki grupta da müdahale öncesinden sonrasına genel psikolojik belirtiler bakımından bir değişim gözlenmemiştir.

Tablo 3.47. DDT-BE gruplarına ait KSE puanlarına ilişkin Tek Yönlü Tekrarlı ANOVA sonuçları.

	sd	F	<i>p</i>	Kısmi η^2
DDT-BE Grubu	2	1.16	.33	.07
Hata	30			
Bekleme Grubu	2	0.07	.93	.01
Hata	30			
DDT-BE gruplarının KSE puanlarının ortalama ve standart sapma değerleri.				
	T1	T2	T3	
	Ort. (ss)	Ort. (ss)	Ort. (ss)	
DDT-BE Grubu	101.69 (29.74)	109.06 (31.43)	83.69 (30.69)	T1=T2=T3
Bekleme Listesi	114.13 (44.21)	114.63 (47.28)	95.19 (42.61)	T1=T2=T3

Bir arada görülebilmeleri amacıyla PUA ve TAA'da gerçekleştirilen tüm analizlere ait bulgular toplanarak Tablo 61.'de paylaşılmıştır.

Tablo 3.48. PUA (n=2) ve TAA'da (n=32) hipotez testlerinin sonuçları.

		Grup içi	Gruplar arası	GrupXzaman	T1-T2-T3
DEHB toplam	PUA	$F_{(2,36)}=10.77$ $p=.00$ $\eta_p^2=.37$	$F_{(1,18)}=6.34$ $p=.02$ $\eta_p^2=.26$	$F_{(2,36)}=17.73$ $p=.00$ $\eta_p^2=.50$	Deney: T1>T3; T2>T3 Kontrol: T1=T2=T3
			ANCOVA _{cins} :	$F_{(2,36)}=16.12$, $p=.00$ $\eta_p^2=.47$	Deney: T1>T3; T2>T3 Kontrol: T1=T2=T3
	TAA	$F_{(2,60)}=7.29$ $p=.00$ $\eta_p^2=.20$	$F_{(1,30)}=13.88$ $p=.00$ $\eta_p^2=.32$	$F_{(2,60)}=11.69$ $p=.00$ $\eta_p^2=.28$	Deney: T1>T3; T2>T3 Kontrol: T1=T2=T3
			ANCOVA _{T1} :	$F_{(1,29)}=18,33$ $p=.00$ $\eta_p^2=.39$	Deney: T2>T3 (p=.08) Kontrol: T2=T3
Dikkatsizlik	PUA	$F_{(2,36)}=7.84$ $p=00$ $\eta_p^2=.30$	$F_{(1,18)}=5.28$ $p=.03$ $\eta_p^2=.23$	$F_{(2,36)}=15.10$ $p=.00$ $\eta_p^2=.46$	Deney: T1>T3; T2>T3 Kontrol: T1=T2=T3
			ANCOVA _{cins} :	$F_{(2,36)}=8.51$, $p=.00$ $\eta_p^2=.35$	Deney: T1>T3; T2>T3 Kontrol: T1=T2=T3
	TAA	$F_{(2,60)}=4.77$ $p=.01$ $\eta_p^2=.14$	$F_{(1,30)}=8.15$ $p=.01$ $\eta_p^2=.21$	$F_{(2,60)}=11.07$ $p=.00$ $\eta_p^2=.27$	Deney: T1>T3; T2>T3 Kontrol: T1=T2=T3
Aşırı hareketlilik	PUA	$F_{(2,36)}=322.33$ $p=.00$ $\eta_p^2=.95$	$F_{(1,18)}=8.88$ $p=.01$ $\eta_p^2=.33$	$F_{(2,36)}=24.04$ $p=.00$ $\eta_p^2=.57$	Deney: T1>T3 Kontrol: T1=T2=T3
	TAA	$F_{(2,60)}=5.75$ $p=.01$ $\eta_p^2=.16$	$F_{(1,30)}=14.71$ $p=.00$ $\eta_p^2=.33$	$F_{(2,60)}=5.27$ $p=.01$ $\eta_p^2=.15$	Deney: T1>T3; T2>T3 Kontrol: T1=T2=T3
			ANCOVA _{T1} :	$F_{(1,29)}=13.99$ $p=.00$ $\eta_p^2=.33$	Deney: T2>T3 Kontrol: T2=T3
Dürtüsellik	PUA	$F_{(2,36)}=.02$ $p>.05$ $\eta_p^2=.00$	$F_{(1,18)}=2.85$ $p>.05$ $\eta_p^2=.14$	$F_{(2,36)}=3.50$ $p=.04$ $\eta_p^2=.16$	Deney: T1=T2=T3

					Kontrol: T1=T2=T3
			ANCOVA _{T1} :	F=2.65 p>.05 $\eta_p^2=.14$	Deney: T1=T2=T3 Kontrol: T1=T2=T3
	TAA	F ₍₂₋₆₀₎ =0.13 p>.05 $\eta_p^2=.00$	F ₍₁₋₃₀₎ =2.15 p>.05 $\eta_p^2=.07$	F ₍₁₂₋₆₀₎ =2.10 p>.05 $\eta_p^2=.07$	Deney: T1=T2=T3 Kontrol: T1=T2=T3
			ANCOVA _{T1} :	F=0.36 p>.05 $\eta_p^2=.01$	Deney: T1=T2=T3 Kontrol: T1=T2=T3
Farkındalık	PUA	F _(1.4-24.8) =0.19 p>.05 $\eta_p^2=.01$	F ₍₁₋₁₈₎ =1.59 p>.05 $\eta_p^2=.08$	F _(1.4-24.8) =0.27 p>.05 $\eta_p^2=.02$	Deney: T1=T2=T3 Kontrol: T1=T2=T3
	TAA	F _(1.5-45.2) =.70 p>.05 $\eta_p^2=.02$	F ₍₁₋₃₀₎ =.00 p>.05 $\eta_p^2=.00$	F _(1.5-45.2) =.21 p>.05 $\eta_p^2=.01$	Deney: T1=T2=T3 Kontrol: T1=T2=T3
Duygu Düzenleme	PUA	F ₍₂₋₃₆₎ =5.57 p=.01 $\eta_p^2=.24$	F ₍₁₋₁₈₎ =0.79 p>.05 $\eta_p^2=.04$	F ₍₂₋₃₆₎ =24.04 p=.08 $\eta_p^2=.13$	Deney: T1>T3 (p=.02) Kontrol: T1=T2=T3
	TAA	F ₍₂₋₆₀₎ =4.57 p=.01 $\eta_p^2=.13$	F ₍₁₋₃₀₎ =0.28 p>.05 $\eta_p^2=.01$	F ₍₂₋₆₀₎ =2.29 p=.14 $\eta_p^2=.07$	Deney: T1>T3 (p=.02) Kontrol: T1=T2=T3
Kişilerarası problemler	PUA	F ₍₂₋₃₆₎ =1.37 p>.05 $\eta_p^2=.07$	F ₍₁₋₁₈₎ =1.84 p>.05 $\eta_p^2=.09$	F ₍₂₋₃₆₎ =1.38 p>.05 $\eta_p^2=.07$	Deney: T1=T2=T3 Kontrol: T1=T2=T3
	TAA	F ₍₂₋₆₀₎ =1.85 p>.05 $\eta_p^2=.06$	F ₍₁₋₃₀₎ =2.98 p>.05 $\eta_p^2=.09$	F ₍₂₋₆₀₎ =1.42 p>.05 $\eta_p^2=.05$	Deney: T1=T2=T3 Kontrol: T1=T2=T3
Sıkıntıya Tolerans	PUA	F ₍₂₋₃₆₎ =3.11 p=.06 $\eta_p^2=.15$	F ₍₁₋₁₈₎ =1.08 p>.05 $\eta_p^2=.06$	F ₍₂₋₃₆₎ =.48 p>.05 $\eta_p^2=.03$	Deney: T1=T2=T3 Kontrol: T1=T2=T3
	TAA	F ₍₂₋₆₀₎ =3.73 p=.03 $\eta_p^2=.11$	F ₍₁₋₃₀₎ =1.51 p>.05 $\eta_p^2=.05$	F ₍₂₋₆₀₎ =.28 p>.05 $\eta_p^2=.01$	Deney: T1=T2=T3 Kontrol: T1>T3 (p=.08)
Yaşam doyumu	PUA	F ₍₂₋₃₆₎ =2.89 p=.07 $\eta_p^2=.14$	F ₍₁₋₁₈₎ =.53 p>.05 $\eta_p^2=.03$	F ₍₂₋₃₆₎ =2.36 p>.05 $\eta_p^2=.12$	Deney: T1>T3 Kontrol: T1=T2=T3

	TAA	$F_{(2-60)}=2.04$ $p>.05 \eta_p^2=.06$	$F_{(1-30)}=.33$ $p>.05 \eta_p^2=.01$	$F_{(2-60)}=1.50$ $p>.05 \eta_p^2=.05$	Deney:T1<T3 (p=.06) Kontrol: T1=T2=T3
İşlevsellik	PUA	$F_{(2-36)}=1.17$ $p>.05 \eta_p^2=.06$	$F_{(1-18)}=1.72$ $p>.05 \eta_p^2=.09$	$F_{(2-36)}=1.93$ $p>.05 \eta_p^2=.10$	Deney:T1>T3 (p=.03) Kontrol:T1=T2=T3
	TAA	$F_{(1,8-4,4)}= 1.12$ $p>.05 \eta_p^2=.04$	$F_{(1-30)}=2.23,$ $p>.05 \eta_p^2=.07$	$F_{(1,8-54,4)}=1.80$ $p>.05 \eta_p^2=.06$	Deney: T1=T2=T3 (p=.06) Kontrol: T1=T2=T3
Genel Psikolojik Belirtiler	PUA	$F_{(2-36)}=1.10$ $p>.05 \eta_p^2=.06$	$F_{(1-18)}=.12$ $p>.05 \eta_p^2=.01$	$F_{(2-36)}=0.54$ $p>.05 \eta_p^2=.03$	Deney: T1=T2=T3 Kontrol: T1=T2=T3
	TAA	$F_{(2-60)}=1.02$ $p>.05 \eta_p^2=.03$	$F_{(1-30)}=.78$ $p>.05 \eta_p^2=.03$	$F_{(2-60)}=.54$ $p>.05 \eta_p^2=.02$	Deney: T1=T2=T3 Kontrol: T1=T2=T3

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. TARTIŞMA

Bu çalışmada, DEHB'e yönelik hazırlanan "DEHB İçin Diyalektik Davranış Beceri Eğitimi" programının; tanı almış yetişkinlerin dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, bilinçli farkındalık, duygu düzenleme güçlüğü, kişilerarası etkililik, sıkıntıya dayanma, yaşam doyumu, işlevsellik ve genel psikolojik belirti düzeylerindeki etkililiği incelenmiştir. Bu çalışma, yetişkinlere DEHB belirtileriyle nasıl baş edebileceklerini öğretmeyi, kendi duygularını düzenleme becerilerini kazandırmayı ve diğer psikososyal becerilerin kazanımıyla yaşamdan aldıkları doyumu artırmayı hedeflemiştir. Yetişkin DEHB'e yönelik psikososyal müdahaleler/ilaçsız tedavileri inceleyen çalışmalar son on yılda ivme kazanmıştır. Yapılan ilk araştırmada kullanılan yöntem DDT-BE (Hesslinger ve ark., 2002) olmasına rağmen bugüne dek yapılan çalışmaların çok az bir kısmında DDT-BE kullanılmıştır (Lopez-Pinar ve ark., 2018). Bunlar arasında kontrol grubuna sahip olanlar ise daha da azdır. Mevcut çalışma DDT-BE'nin yalnızca DEHB belirtilerindeki etkisine bakmakla kalmayıp becerilere yönelik kapasitenin artmasını ve yaşam kalitesini de incelemiştir. Ayrıca, bilindiği kadarıyla ilk kez bu çalışmada DDT-BE'nin DEHB'li bireylerin kişilerarası becerilerine etkisi araştırılmıştır. Dolayısıyla mevcut çalışmanın hem kontrol gruplu bir desene sahip olması, hem de belirtiler üzerindeki etkililikle birlikte becerilerin kazanımını ve yaşam doyumunu birlikte incelemesi dolayısıyla alana katkı sağladığı düşünülmüştür.

Kontrol gruplu bir çalışma olan mevcut tezdeki veriler, müdahale grubundan ve bekleme listesinden, müdahale öncesi (T1), ortası (T2) ve sonrasında (T3) alınan ölçümlerle elde edilmiştir. Mevcut araştırmada katılımcılar müdahale ve kontrol gruplarına cinsiyet ve DEHB alt tipleri eşitlenecek şekilde tabakalı atanmıştır. Çalışmadan ayrılma oranları dikkate alınarak, analizler iki aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşama protokol uyarınca analizleri (PUA) ve ikincisi ise tedavi

amacına yönelik analizleri (TAA) içermektedir. İlk aşamada analizler yalnızca çalışmayı tamamlayan ve her ölçüm aşamasına (T1, T2, T3) katılan kişilerin verileriyle gerçekleştirilmiştir. TAA aşamasındaysa son yapılan gözlem yöntemiyle kayıp veriler atanmış ve seçkisiz atamaya giren tüm katılımcıların verileri analize dahil edilmiştir. Böylece katılımcıların ilerleme kaydetmediği en kötü senaryodaki bulgular da değerlendirilmiştir. Analizlerin iki aşamada yapıp her iki aşamanın da sonuçlarının raporlanması, bulguların olmayan bir etkiyi göstermesinden (Tip II hata) kaçınmak için önemlidir. Mevcut çalışmanın ilk aşamasında elde edilen bulgular ile TAA aşamasında elde edilenler genel olarak örtüşmüştür. Böylece çalışmadan ayrılan katılımcıların (PUA), çalışmada kalıp belirtilerinin değişmediğinin varsayıldığı en kötü klinik senaryoda (TAA) dahi bulguların anlamlılık düzeyinin genel olarak aynı kaldığı görülmüştür.

Bu çalışmanın, alanyazın kısmında özetlenen daha evvelki çalışmalardan en önemli farkı pandemi koşullarında çevrimiçi olarak gerçekleştirilmesidir. Bilindiği kadarıyla DDT-BE ve DEHB'e ilişkin alanyazında beceri eğitimi ilk kez bu çalışmada çevrimiçi uygulanmıştır. Bu nedenle mevcut çalışma çevrimiçi uygulanan DEHB İçin DDT-BE programına yönelik bilinen ilk fizibilite bulgularını içermektedir. Bunun yanı sıra mevcut araştırma Türkiye'de DEHB için DDT-BE'ye yönelik yüz yüze veya çevrimiçi bilinen ilk fizibilite bulgularını sunma özelliğine sahiptir.

Oturumların yaklaşık üçte biri kısmi ve tam kapanmada gerçekleştirilmiştir. Ancak çalışmanın tasarlandığı ve etik kurul başvurusunun yapıldığı dönemde pandemi öngörülemediği için, koşulların bulgular üzerindeki olası etkisini kontrol etmeye yönelik bir ölçme-değerlendirme süreci de çalışma protokolüne dahil edilmemiştir. Dolayısıyla DEHB'li yetişkinlerin pandemi koşullarından nasıl etkilendiklerine, çevrimiçi müdahalelerde gösterdikleri gelişime ve kapanma koşullarında gösterdikleri belirtilere dair araştırmalar, henüz çok az olsa da mevcut bulguların genellenebilmesi için önem arz etmektedir.

Çalışmanın tartışma kısmı fizibilite ve etkililik analizlerinin sonuçlarını değerlendirmek üzere iki kısma ayrılmıştır. Etkililik analizlerinin bulguları ise üç başlıkta tartışılmıştır. İlkinde DDT-BE'nin DEHB belirtileri üzerindeki etkililiğine dair bulgular değerlendirilmiştir. DEHB belirtileri, dürtüsellelikle birlikte ilk kısımda

ele alınmıştır. İkinci kısımda DDT-BE'nin dört modülünde öğretilen becerilere ilişkin bulgular tartışılmış ve müdahale öncesinden sonrasına beceri kapasitesinin artıp artmadığı değerlendirilmiştir. Son başlıkta ise “DEHB için DDT-BE” programının yaşam kalitesi üzerindeki etkisi incelenmiştir. Yaşam kalitesi, yaşamdan alınan doyum, günlük hayattaki işlevsellik ve genel psikolojik belirtilere ilişkin ölçümlerle değerlendirilmiştir.

4.1. DEHB İÇİN DDT-BE’NİN FİZİBİLİTESİ

Hirvikovski ve ark. (2011)'nin belirlediği kriterlere göre DDT-BE'nin yeterli fizibiliteye sahip olduğu görülmektedir. İlk olarak katılımcılar alanda uzman kişiler tarafından tanılanmış ilaç kullanımı olan kişilerdir. İkincisi %18,75'i pandemiyle ilişkili bir nedenden kaynaklanmak üzere katılımcıların %37,5'i çalışmadan ayrılmıştır. Pandemi koşullarının çalışmadan ayrılma oranlarını etkilediği görülmüştür; zira ayrılanların büyük çoğunluğu (%66,67) ebeveyn kaybı, ebeveynin hastaneye yatırılması, sağlık çalışanı olma gibi COVID-19 pandemisiyle ilişkili nedenler bildirmiştir. Son olarak katılımcıların hepsi oturumların en az %75'ini tamamlamıştır. Bununla birlikte DDT-BE alan katılımcılar oturumlar sırasında mevcut uygulamayla ilgili olumlu geribildirim vermiştir. DEHB belirtileriyle örtüşen bir şekilde süreyi uzun ve ödevleri fazla bulan katılımcılar da düzenli katılım göstermiştir. Hesslinger ve ark. (2002) ile Moritz ve ark. (2021)'nin çalışmalarında DDT-BE yüksek fizibiliteye sahip bulunmuştur. Her iki çalışmada da kontrol grupları mevcut çalışmada olduğu gibi terapötik bir görüşme içermeyen rutin tedavi almaktadır. Ancak alanyazında farkındalık temelli ve yapılandırılmamış bir bireysel veya grup terapisi içeren kontrol gruplarıyla karşılaştırıldığında DDT-BE'nin fizibilite açısından daha iyi değil benzer bir düzeyde bulunduğu görülmektedir (Edel ve ark., 2014; Hirvikovski ve ark., 2011). Mevcut çalışma başlangıçta bir fizibilite çalışması olarak tasarlanmadığı için ayrılma nedenleri arasında yalnızca pandemi koşullarının etkisi fark edilebilmiştir. Dolayısıyla fizibilite açısından en ideal tedavi yönteminin bulunması için farklı tedavilerin seçkisiz bir çalışmada karşılaştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Ayrıca yüz yüze ve teleterapi (telefon, görüntülü, çevrimiçi vb. oturum düzeni) beceri eğitimlerinin yetişkin DEHB'lilerde fizibilite açısından karşılaştırılması da gerekli görünmektedir. Mevcut çalışma çevrimiçi DDT-BE'nin başka bir tedaviye

üstünlüğüne bakmaksızın yalnızca fizibilite açısından uygulamaya elverişli bir müdahale olduğunu kısmen desteklemektedir.

4.2. ETKİLİLİĞE İLİŞKİN BULGULARIN İNCELENMESİ

4.2.1. DEHB İçin DDT-BE'nin Yetişkin DEHB'deki Etkililiği

DEHB belirtileri üç alt kümede ele alınmaktadır: Dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik. Dürtüsellik belirtileri dikkatsizlikle de, aşırı hareketlilikle de birlikte görülmektedir. Bu bağlamda öncelikle ASRS toplam puanı ile işevuruk tanımlanan DEHB belirtilerine ve aynı ölçme aracının alt boyutlarıyla da dikkatsizlik ve aşırı hareketliliğe ait bulguların incelenmesi faydalı görülmektedir. Analize dahil edilen katılımcılardan elde edilen verilere göre DDT-BE müdahalesi DEHB belirtilerinin anlamlı düzeyde azalmasını sağlamıştır. Tedavinin DEHB'in alt belirti kümeleri olan dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik üzerinde de etkili olduğu görülmüştür. Üstelik bu bulgular ilk aşamada analizden çıkarılanların da dahil edildiği TAA aşamasında da sürmüştür. TAA aşamasında da anlamlılığın sürmesi katılımcıların gelişme göstermediği (son gözlemi atamaya bağlı olarak) en kötü senaryoda dahi DDT-BE'nin DEHB belirtileri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Yalnızca tedaviyi gerçekten isteyerek sürece uyum sağlayan katılımcılarda değil, tüm katılımcılar analize dahil edildiğinde de müdahalenin etkili olduğunu söylemek mümkündür. Bulgular ilgili alanyazını başlatan Hesslinger ve ark. (2002)'nin yolunu izleyerek hasta popülasyonu çalışın Hirvikovski ve ark. (2011)'nin, Edel ve ark. (2014)'nin, Cole ve ark. (2016)'nin ve üniversite öğrencileriyle çalışın Fleming ve ark. (2015)'nin bulgularını desteklemektedir. Ancak alanyazında en geniş örnekleme sahip araştırma olma niteliğini taşıyan Philipsen ve ark. (2015)'nin çalışması DDT-BE'nin bireysel klinik görüşmeye üstünlüğünü desteklememiştir. Philipsen ve ark. (2015)'nin çalışmasında, DEHB belirtileri yalnızca klinisyen değerlendirmesiyle puanlandırıldıklarında DDT-BE'nin yapılandırılmamış bir klinik görüşmeye üstünlüğü gösterilmiştir. Öz bildirim yöntemiyle ölçüldüğünde tedavi programları arasında bir fark bulunmamıştır. Moritz ve ark. (2021)'nin çalışmasında da DDT-BE bireysel klinik görüşme içeren rutin tedaviden daha iyi bulunmamıştır. Ancak bu çalışmada yalnızca DEHB belirtileri ölçülmüş ve onun için de tek bir ölçme aracı kullanılmıştır. Araştırmacılar 30 kişi ile yaptıkları çalışmada bir gelişme göremeyince

lojistik nedenlerle devam etmeye gerek duymayarak çalışmayı durdurduklarını iletmişlerdir. Mevcut çalışmada ise şimdiye kadar özetlenen on iki araştırmadan onuyla benzer sonuçlar elde edilmiş ve DDT-BE'nin DEHB belirtilerini azaltmada etkili olduğuna dair bulguları desteklemiştir.

Dürtüsellik düzeyi için grup×zaman etkileşimi anlamlı bulunmuştur. Grup içi analizlere bakıldığında her iki grubun puanlarındaki değişimin ne müdahale ortası ne de sonundaki ölçümlerde anlamlılığa ulaşmadığı görülmüştür. Zaten gruplar arası anlamlı farklılık olduğu için T1'deki ölçümler kontrol edildiğinde grup×zaman etkileşim etkisi anlamlı bulunmamıştır. Tedavi amaçlı analizlerde de grup×zaman etkisi anlamlı değildir. Grupların kendi içlerindeki değişimleri incelendiğinde sonuçlar değişmemiş ve anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. DEHB ve dürtüsellik ile ilgili çok geniş bir alanyazın olmasına, modellemeler yapılmasına ve dürtüsellik DEHB'in ayrılmaz bir belirti kümesi olmasına rağmen DDT-BE müdahalesini inceleyen çalışmaların çok azında dürtüsellikteki değişimlerin incelendiği görülmüştür. Bunlar arasından Edel ve ark. (2017), klinisyen değerlendirmesiyle ölçtükleri dürtüsellik düzeyinin DDT grubunda anlamlı düzeyde iyileştiğini ancak farkındalık temelli grupta ise iyileşme olmadığını bulmuştur. Mevcut çalışmanın, Edel ve ark. (2017)'nin ulaştığı sonuçları desteklememesinin nedenlerinden biri dürtüsellik farklı şekillerde değerlendirilmesi olabilir. Mevcut çalışmada öz bildirim ölçeği kullanılmışken, Edel ve ark. (2017) dürtüsellik klinisyenlerin puanlamasına göre değerlendirmiştir. Ölçek temelindeki bu farklılık sonuçlar arasındaki tutarsızlığın nedenlerinden biri olabilir. Dürtüsellik inceleyen Prada ve ark. (2015) DDT-BE uygulamıştır. Bu katılımcılardan bir kısmı DDT-BE ile birlikte metilfenidat tedavisi görmüş; DDT-BE+metilfenidat alanların, yalnızca DDT-BE görenlere kıyasla toplam dürtüsellik ve motor dürtüsellik düzeylerinde daha fazla iyileştikleri bulunmuştur. Bu bulgular ilacın dürtüsellik üzerindeki etkisini düşündürmektedir. Ancak mevcut çalışmada ilaca düzenli devam eden ve etmeyen kişiler dürtüsellik düzeyindeki değişim bakımından anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu bulgu, bu çalışmada ilacın dürtüsellik sonuçları üzerinde etkisi olmadığını düşündürmüştür. Zaten ilacı düzensiz kullananların deney ve kontrol grubunda benzer oranlarda bulunduğu da dikkate alındığında ilaç kullanımını aksatmanın veya terk etmenin mevcut çalışmadaki dürtüsellik bulgularını

etkilemediğini düşünmek makul görünmektedir. “1.2.2. DEHB’de Dürtüsellik” bölümünde anlatıldığı gibi dürtüsellik farklı şekillerde tanımlanmakta, birden fazla yöntem ve ölçme aracıyla ölçülmektedir. Dürtüsellik, yönetici işlevler (Barkley, 1997), davranışsal kavramlar (Whiteside ve Lynam, 2005) ve güdülenme mekanizmaları (Bechara ve Van Der Linden, 2005; Billieux ve ark., 2010) gibi birbirinden farklı yapılarla ilişkili olarak tanımlanan çok yönlü bir olgu olduğu için ölçme araçlarıyla değerlendirilmesi güçleşmektedir. Ölçme araçları öz bildirim veya klinisyen değerlendirmesi gibi farklı ölçme biçimlerini benimsemekle birlikte tanımlar arasındaki farklılıkları yansıtacak şekilde davranışsal değerlendirme, nöropsikolojik veya bilişsel karar verme testleri şeklinde çeşitlenmektedir (Lopez ve ark., 2015). Quintero ve ark. (2019)’nın dediği gibi, farklı ölçme araçları DEHB araştırmalarında birbiriyle tutarlı sonuçlar veremiyor ya da dürtüsellik ortaya koymakta yetersiz kalıyor olabilir. Bu nedenle sonraki çalışmalarda dürtüsellik birden fazla yöntemle değerlendirilmesi önerilmektedir. Böylece DEHB İçin DDT-BE’nin dürtüsellikteki etkililiğini daha iyi değerlendirmek ve bu konuda daha fazla bilgi elde etmek mümkün olacaktır. Son olarak örneklem büyüklüğünün yetersizliğinin sonuçlar üzerindeki olası etkisini değerlendirmek gerekebilir. Mevcut çalışmada her ne kadar örneklem küçük olsa da ne PUA ve ne de TAA analizlerinde gruplara ait ortalamaların farklı ölçüm düzeylerinde dikkate değer bir değişiklik göstermediği fark edilmektedir. Dolayısıyla bulguların, kullanılan ölçme aracı BDÖ temelinde, DDT-BE’nin DEHB’li bireylerin dürtüsellik düzeyinde bir iyileşme sağlamadığı düşünülmektedir. Diğer yandan DEHB belirtilerini tarayan ASRS’nin aşırı hareketlilik alt boyutu dürtüsellikle ilgili maddeler içermektedir. Sonuçlar aşırı hareketlilik alt boyutu temelinde DDT-BE’nin etkililiğini desteklemiştir.

DEHB’e yönelik bulgular değerlendirilirken ilaçlı tedavinin etkisini incelemek gerekli görülmüştür. Zira ilaçlı tedavinin DEHB’deki etkisi kanıtlandığından (Raman ve ark., 2018; Stahl, 2000) çalışma sırasındayken ilacı bırakan veya ona ara verenler için bulguların farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Tekrarlı Ölçümler İçin İki Yönlü ANOVA analizi sonuçlarına göre hiçbir değişken açısından grup×zaman etkisi görülmemiştir. Ancak grupların kendi içlerindeki değişime bakıldığında, düzenli ilaç kullananlarda genel DEHB, dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik belirtileri anlamlı şekilde

azaldığı, ilacı düzensiz kullananlarda bir farklılaşma olmadığı görülmüştür. Sonuçlar ilacı kullanma biçimlerinin iyileşme düzeyi ile ilişkili olduğunu düşündürse de mevcut çalışmanın hipotez testlerine ilişkin bulguları üzerinde etkili olmadığı söylenebilir. Zira deney grupları içindeki düzensiz ilaç kullananların oranı istatistiksel olarak benzerdir. İlacı düzensiz kullanan kişilerin belirtileri kötüleşmişse, bu her iki grup için de geçerli olacağından ilacı kullanma bakımından grupların benzer görünmektedir. İlacı düzenli kullanma bakımından gruplar özdeş sayıldığı için DEHB belirtileri bakımından elde edilen gruplar arası farklılığı sağlayan etmenin DDT-BE olduğunu söylemek uygun görünmektedir.

Belirtiler bir bütün olarak değerlendirildiğinde DDT-BE'nin DEHB'in tedavisine önemli bir katkı sağladığı görünmektedir. Gerek toplam, gerekse alt belirti kümeleri bakımından DEHB şiddetinde görülen iyileşmenin DDT-BE'nin etkililiğini desteklediği düşünülmektedir. Dürtüsellik üzerindeki etkisini değerlendirmek için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

4.2.2. DEHB İÇİN DDT-BE'NİN PSİKOSOSYAL BECERİLERE ETKİSİ

Grup beceri eğitiminin DEHB belirtilerini azaltmasıyla beraber DDT becerilerine ilişkin kapasiteyi artırması beklenmiştir. Bu bağlamda her bir modüldeki beceriyi yansıtan bir ölçüm aracı kullanmak suretiyle bilinçli farkındalık, duyguları düzenleme, kişilerarası etkililik ve strese dayanma kapasitelerindeki değişim incelenmiştir.

4.2.2.1. Bilinçli Farkındalık

Sonuçlara göre tedavi grupları bilinçli farkındalıktaki değişim açısından farklılaşmamıştır. Sonuçlar son yapılan gözlem metoduyla kayıp verilerin atandığı tedavi amaçlı analizlerde de aynı bulunmuştur. DDT-BE grubundaki katılımcıların farkındalık becerilerinin önce arttığı, daha sonra ise azaldığı, kontrol grubununkinin ise T2'de arttığı ve T3'te bu artışı koruduğu gözlenmiştir. Ancak farklar hiçbir ölçüm aşamasında anlamlılığa ulaşmamıştır. Alanyazına bakıldığında, Fleming ve ark. (2015)'nin çalışmasında, DDT-BE grubunun farkındalık düzeyi öz yardım grubuna kıyasla daha fazla iyileşme göstermiştir. Bahsi geçen araştırmada DEHB

belirtilerinden şikâyet eden üniversite öğrencileriyle çalışılmış ve örnekleme eşikaltı belirti gösterenler de bulunmuştur. Dolayısıyla çalışmanın örnekleme DEHB'e ilişkin şikâyetlerle üniversitenin danışmanlık birimine başvuran kişilerden oluşsa da daha az belirti şiddetine sahip olmaları ve doğal yatkınlık bakımından da daha iyi bir düzeyde bulunmaları muhtemeldir. Bununla birlikte Morgensterns ve ark. (2015)'nin çalışmasında da DDT-BE alan DEHB'li yetişkinlerin bilinçli farkındalık düzeylerinde anlamlı düzeyde artış görülmüştür. Cole ve ark. (2016)'nın ilaçlı tedaviye dirençli ve belirti şiddeti çok yüksek olan DEHB'lilerle yürüttüğü çalışmada ise bilinçli farkındalık toplam puanları bakımından değil ama kullanılan ölçeğin farkındalıkla davranmayı ölçen bir alt testi bakımından DDT+BDT grubunda anlamlı ilerleme kaydedilmiştir. Bu çalışmada kontrol grubu seçkisiz atamayla elde edilmemiş ve grupların büyüklüğü dengelenmemiştir ($n_{deney}=49$, $n_{kontrol}=13$). Dolayısıyla gruplardaki farklılaşmayı karşılaştırmak mümkün görünmemektedir. Yine de DDT-BE grubunun kendi içinde farkındalıkla davranma alt boyutu bakımından bir gelişim kaydetmesi önemli bulunabilir. Yalnız, bu çalışmada uygulanan tedavi protokolünün mevcut çalışmadakinden önemli bir farkı vardır. Cole ve ark. (2016) bir yıl boyunca haftalık DDT oturumları düzenlemiştir. Dolayısıyla 12 haftalık bir protokolün uygulandığı mevcut çalışmanın farkındalık bakımından DDT-BE lehine bulgulara ulaşmaması Cole ve ark. (2016)'ninkilerle kısmen uyumlu görünmektedir. Yine de mevcut çalışmadaki müdahale süresinin anlamlı bir farklılık oluşturmaya yetmemiş olma ihtimali de göz önüne alınmalıdır. Bilinçli farkındalığı inceleyen diğer bir çalışmada, grup \times zaman etkisi bulunmaksızın farkındalık temelli müdahale grubunda bilinçli farkındalık açısından gelişme gözlenirken DDT-BE grubunda benzer bulgular elde edilmemiştir (Edel ve ark., 2014). Ancak bahsi geçen çalışmada farkındalık temelli tedavi grubunda iki kat daha fazla SKB eş tanıılı katılımcı bulunmuş ve SKB tanısı olan kişiler olmayanlara kıyasla farkındalık açısından daha fazla gelişim göstermiştir. Her ne kadar SKB eş tanıılı bulguları farkındalık temelli müdahale lehine yanlı hâle getirirse de DDT-BE grubunun kendi içinde bir gelişim göstermemesi mevcut çalışmanın bulgularıyla örtüşmektedir.

Özetle alanyazındaki çalışmalardan sadece dördünde farkındalık düzeyi ölçülmüş ve bunlardan ikisinde DDT-BE müdahalesinin DEHB'li bireylerdeki bilinçli

farkındalık düzeyini iyileştirdiği görülmüştür. Diğer iki çalışmadan birinde DDT grubu lehine sınırlı bir ilerleme (yalnızca bir farkındalık alt boyutu) bulunmuş; sonuncusunda ise DDT grubunun farkındalık düzeyinde bir gelişme kaydedilmediği görülmüştür. Bu bağlamda mevcut çalışmanın bulgularının şimdiye dek elde edilen bulgularla kısmen örtüştüğü söylenebilir. Ancak bahsedilen her bir çalışmada farklı özelliklere sahip örneklemin seçilmesi (ör. öğrenci, hasta popülasyonu, SKB eşanlı vb.), birbirinden farklı sürede ve içerikte DDT protokollerinin uygulanması, uygulanan protokollerin süresinin farklılığı ve hatta her birinde kullanılan ölçme aracının farklı olması sonuçların tutarlılığını etkilemiş olabilir. Zira bu çalışmada DEHB’i yansıtabilmesi adına dikkate ilişkin farkındalık maddeleri içerdiği için BFÖ tercih edilmiştir. Hâlbuki BFÖ farkındalığın temel özelliği olan “şimdi merkezli dikkat” ve “ayırımsama”yı temel alırken “yargısızlık”, “kabul”, “katılma” gibi DBT’nin hedeflediği yanlarını dışarıda bırakmaktadır (Çatak, 2012). Oysa bilinçli farkındalık kapasitesindeki artışı görebilmek için DDT’nin farkındalık modülündeki yaklaşımdaki “ne” ve “nasıl” beceriyle uyumlu bir ölçek olan Beş Boyutlu Bilgece Farkındalık Ölçeği’nin (Ayalp ve Şahin, 2018) tercih edilmesi olası değişimi yansıtmak bakımından daha isabetli olabilir. Bir adım daha ileri giderek DDT’nin DEHB modelinin sınırdığı çalışmalarda farkındalık düzeyinin ölçülmesi, bulguların tutarlılığını değerlendirebilmek için benzer örneklemlerle daha fazla çalışma yapılması ve yapılan çalışmalarda DDT’nin farkındalık yaklaşımını değerlendiren bir ölçme aracının kullanılması önerilmektedir.

4.2.2.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Bulgulara göre PUA’da grup önemli olmaksızın ölçümün anlamlı etkisi bulunmuş, grupların zaman içindeki değişimleri arasındaki fark ise marjinal anlamlılık göstermiştir. Ancak grupların kendi içlerindeki değişim incelendiğinde yalnızca DDT grubunun duygu düzenleme becerileri bakımından anlamlı düzeyde ilerleme gösterdiği görülmüştür. TAA’da grup×zaman anlamlı bulunmamış ancak müdahale grubunun kendi içinde anlamlı şekilde ilerleme gösterdiği görülmüştür. Hem PUA (n=20), hem de TAA (n=32) sonuçları birlikte değerlendirildiğinde bulguların DDT-BE grubunun duygu düzenleme güçlüğü azalırken rutin tedavidekilerin değişiklik göstermediğini desteklediği söylenebilir. DEHB için DDT’ye ilişkin alanyazında

duygu düzenleme güçlüğüne yalnızca Nasri ve ark. (2017) incelemiş; DDT-BE'yi kabul ve kararlılık terapisi ile birleştirdikleri tedavilerinin DEHB'li bireylerin duygu düzenleme düzeyinin anlamlı şekilde azaldığını bulmuşlardır. Bunun dışında baş etmesi zor duygular olan öfke ve ümitsizlik iki çalışmada incelenmiştir. Bunlardan birinde öfkedeki azalma marjinal anlamlılık gösterirken ümitsizlikteki azalma anlamlılığa ulaşmıştır (Cole ve ark., 2016). Diğer çalışmada her biri yoğun DDT programına ilave olarak beceri eğitimi alan üç gruptan yalnızca DDT ve metilfenidat tedavisini birlikte alanların öfkelerinin azaldığı, ancak ümitsizlik düzeyinin gruplar arasında değişmediği görülmüştür (Prada ve ark., 2014). Araştırmaların çoğunda olumsuz duygudurumun göstergesi olarak ele alınabilecek depresyonun azaldığı görülmüştür (Cole ve ark. 2016; Fleming ve ark., 2015; Hesslinger ve ark., 2002; Morgensterns ve ark., 2015; Prada ve ark., 2014). İki çalışmada ise depresyon düzeyinde bir değişim görülmemiştir (Hirvikovski ve ark., 2011; Philipsen ve ark., 2015). Bahsedilen araştırmalarda duygu düzenleme farklı araçlar üzerinden değerlendirildiği için hepsini bir arada değerlendirmek ve bulguları tutarlılık/tutarsızlık açısından karşılaştırmak güçtür. Ancak zor duygu ve duygudurumlar için ilerleme kaydedildiğini gösteren hatırı sayılır miktarda çalışma vardır. Dolayısıyla alanyazında DDT-BE'nin DEHB'li bireylerde duygu düzenleme becerilerini artırdığına dair önemli bulguların elde edildiği ve bu çalışmanın sonuçlarının da onları desteklediği söylenebilir.

DDT-BE, özünde sınırdaki kişilerin duygu düzenleme becerilerini güçlendirmek için geliştirmiş bir müdahaledir. Dolayısıyla DDT'nin DEHB modelinde de duygu düzensizliği bakımından benzer görünüm sergileyen DEHB'li bireylerde bu becerileri geliştirmesi beklenmiştir. Mevcut çalışmanın "1.2.3. DEHB'de Duygu Düzenleme Güçlüğü" bölümünde bahsedildiği gibi duyguları yoğun ve uzun süre yaşama, bir kez duygusal yükselme yaşadığında geç dinginleşme, ani öfke patlamaları, hızlı duygu değişimleri, gün içerisinde sık duygusal dalgalanma, şiddetli duygusal tepkisellik gibi yakınmalar DEHB'li yetişkinlerde en çok gözlenen yakınmalardır. DEHB'e %70 oranında eşlik eden duygu düzenleme güçlüğüne DEHB'in bir belirti kümesi olarak kabul edilmesi gerektiğini savunan pek çok araştırmacı vardır. Duygu düzenleme güçlüğüne DEHB'li bireyin kişilerarası

ilişkilerinde ve farklı alanlardaki işlevsellik düzeyindeki kötüleşmelere de aracılık ettiği gösterilmiştir. Dolayısıyla DEHB için geliştirilen bir tedavinin duyguları düzenlemeyi hedef alması gerektiği düşünülmektedir. DEHB için uyarlanan ilaçlı tedavi dışındaki müdahaleler arasında yalnızca DDT beceri eğitimi doğrudan duygu düzensizliğine cevap verecek kapsama sahiptir. Mevcut çalışmanın bulguları yukarıda aktarılan az sayıdaki araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. Bu nedenle bulguların DDT'nin DEHB modelini de desteklediği söylenebilir. Bununla birlikte mevcut çalışmada DDT-BE grubundaki katılımcılar duygu düzensizlikleriyle baş etme noktasında diyalektik becerilerden nasıl faydalandıklarını sıklıkla dile getirmiş, duygu düzenleme becerilerini kullanmanın hayatlarında yaptığı olumlu değişimleri paylaşmışlardır. Geribildirimlerin varlığı nitel veya karma desen araştırmaların gerekliliğini de düşündürmüştür. Zira sonraki çalışmalarda dile getirecekleri değişimler, öneriler ve değerlendirmeler DDT-BE'nin geliştirilmesine destek olacak ve etkililiğine dair daha fazla kritik bilgi sunacaktır.

4.2.2.3. Kişilerarası Etkililik

Bulgulara göre kişilerarası ilişkilerde ne zaman, ne grup ne de grup×zaman için anlamlı bir etki bulunmamıştır. Yani bulunduğu tedavi grubu önemli olmaksızın zaman içinde tüm katılımcılarda bir iyileşme görülmemiş, ne zaman ölçüldüğü önemli olmaksızın tedavi gruplarında genel bir farklılık veya önemli olmaksızın tedavi gruplarının tüm aşamalarda toplam puanlarının farklılaştığı ne de tedavi gruplarının kişilerarası ilişkilerin zaman içindeki değişimi bakımından farklılaştığı bulunmamıştır. Her grubun kendi içindeki değişimi incelendiğinde de sonuçlar değişmemiş, iki grupta da kişilerarası ilişkiler bağlamında bir değişim gözlenmemiştir. TAA aşamasında da aynı bulgular tekrar edilmiştir. Ortalamalara bakıldığında, DDT-BE grubunun kişilerarası ilişkilerde yaşadığı problemlerde müdahale öncesinden sonrasına bir azalma olduğu gözlenmiştir. Kontrol grubunda ise PUA aşamasında bir artma eğilimi gözlene de kayıp verilerek atanarak tüm gözlemler analizlere dahil edildiğinde bu fark azalmış ve ortalamaların çok benzer puanlarda seyrettiği gözlenmiştir. Zaten DDT-BE grubundaki değişim temel analizlerde ve TAA'da anlamlılık düzeyine ulaşmamıştır. Şimdiye kadar yapılan çalışmalardan hiçbiri kişilerarası ilişkileri incelememiştir. Dolayısıyla DDT-BE'nin DEHB'li bireylerin kişilerarası ilişkilerine etkisine dair

şimdiye kadar bilinen ilk bulgular mevcut çalışmaya aittir. DEHB’li bireylerin yaşam kalitesi ve işlevsellik düzeylerini inceleyen araştırmalar pek çok alanda yaşadıkları sıkıntıların kümülatif etkisini vurgulamıştır. Bu çalışmanın alanyazın bölümünde sosyal biliş, romantik ilişkiler, aile hayatı ve arkadaşlık olmak üzere dört ayrı alanda ele alınan kişilerarası ilişkiler DEHB’li bireylerin sosyal hayatlarında ve yakın ilişkilerinde yaşadıkları problemlerin çok yönlülüğünü yansıtmıştır. Ancak tedavilerde DEHB’li bireylerin mevcut belirtilerine odaklanıldığı ve araştırmalarda da belirtiler üzerindeki etkililiğin öne çıktığı söylenebilir. Oysa DDT dışında, ilişkilerde ve sosyal hayatta yaşadıkları ve yıllar içinde biriken problemlerle baş etmelerine yönelik bir tedavi protokolü yoktur. Bu doğrultuda ileride yapılacak çalışmaların kişilerarası ilişkiler ve kişilerarası becerilerdeki değişimi de incelemeleri tavsiye edilmektedir.

Bu çalışmada, müdahale grubunun beceri eğitimiyle birlikte kişilerarası etkililiğinin anlamlı düzeyde artmamasının nedenlerinden biri DDT-BE protokolünde ilgili becerilere yalnızca iki hafta ayrılması olabilir. Bilican ve arkadaşları (2022) da madde bağımlıları ile yaptıkları müdahalede diğer belirtiler azalırken kişilerarası ilişkilerde etkili olma becerilerinin artış göstermediğini bulmuş ve bu durumun müdahalede kişilerarası becerilere yeterli zaman ayrılmamasından kaynaklanabileceğini öne sürmüşlerdir. Bilican ve ark. (2012)’nin çalışmasında bu becerilere üç hafta ayrılmıştır. İleride yapılacak çalışmalarda bir veya birkaç oturum daha eklenmesi önerilmektedir. Bununla birlikte uygulamanın kişilerarası etkililik oturumlarında katılımcılardan birkaçı hafta içi yaptıkları çalışmalarını anlatırken çevrelerindeki insanlarla yeterince olay yaşamadıklarını ve bu nedenle becerileri kullanmak için fırsat bulamadığını ifade etmiştir. Katılımcıların hepsinin aileleriyle (ebeveyn ve/veya kardeşler, eş veya çocuk) yaşadığı göz önünde bulundurulduğunda, bu yorum iki muhtemel açıklamayı akla getirmiştir. Birincisi, pandemiyle birlikte aynı ev içinde uzun bir süre bir arada kalmaktan dolayı ilişkisel sıkıntılar artmış ve bunları görmezden gelme, yok sayma şeklinde bir kaçınma göstermeleri mevcut becerilerin kazanılmasına ket vurmuş olabilir. İkincisi pandemide yakın aile dışındakilerle temas çok azaldığından gerçekten kişilerarası sıkıntılar görünmez hâle gelmiş, ilişkisel problemler üzerine eğilmeyi gerektiren bir durum gibi hissedilmemiş olabilir.

Sonuç olarak mevcut çalışma DEHB için DDT-BE'nin kişilerarası becerileri geliştirme bakımından etkililiğini ortaya koyamamıştır. Ancak DDT-BE'nin DEHB'li bireylerin kişilerarası becerilerinde etkisiz olduğu şeklinde bir yorum için henüz çok erkendir ve daha fazla çalışma gereklidir. İleriki çalışmalarda bu becerilerin ele alındığı oturumların artırılması, kişilerarası becerilerin birbirinden farklı ölçme araçlarıyla değerlendirilmesi tavsiye edilmektedir. Bununla birlikte katılımcıların ilişkileri bakımından kazanımlarını değerlendirmesine fırsat tanıyarak derinlemesine bilgi verecek karma desen veya nitel çalışmalara da ihtiyaç duyulmaktadır.

4.2.2.4. Sıkıntıya Dayanma

Bulgulara göre genel olarak katılımcıların sıkıntıya tahammülsüzlüğü zaman içinde azalmıştır. Gruplar arası fark bulunmadığı gibi, grupların zaman içindeki değişimleri arasında da fark bulunmamıştır. Her iki grubun ortalamaları azalmakla birlikte anlamlılık düzeyine ulaşmamış; tedavi amaçlı analizlerde de benzer sonuçlar elde edilmiştir. Tedaviye yönelik analizlerde ölçümün ana etkisi anlamlılık düzeyine ulaşmıştır. Hipotez doğrultusunda beklenenin aksine, kontrol grubunun sıkıntıya tahammülünün arttığı görülmüştür. Yapılan önceki araştırmalara bakıldığında, yalnızca Hirvikovski ve ark. (2011) ile Morgensterns ve ark. (2015) strese ilişkin bir ölçüm yapmış ve algılanan stresi incelemiştir. İlkine göre, algılanan stres hem DDT-BE, hem de zayıf yapılandırılmış tartışma grubunda (kontrol) düşmüştür. İkinci çalışmadaysa DDT-BE sonrasında katılımcıların algılanan stres düzeylerinin düştüğü ancak bu gelişmenin izlemde sürmediği görülmüştür. Dolayısıyla şimdiye kadar DDT-BE'nin DEHB'li yetişkinlerin stres düzeyine etkisine dair kanıtlar henüz çok yenidir.

DDT beceri eğitiminin SKB hastalarda (Keng ve ark., 2021), üniversite öğrencilerinde (Beanlands ve ark., 2019; Üstündağ-Budak ve ark., 2019), karma tanısal gruplarda (Seow ve ark., 2021) ve çocuklarında davranış bozukluğu olan ebeveynlerde (Wilks ve ark., 2017) stresi azalttığını gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışmalardan dördünde kontrol grubu bulunmadığından elde edilen bulguların doğrudan DBT-BE müdahalesinden kaynaklandığı söylenemese de farklı örneklerde tekrarlanmış tutarlı bulguların varlığı DDT-BE'nin stres belirtilerini azalttığını desteklemektedir. Yukarıda anılan beş çalışmadan dördünde stresi incelemek için Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ) ölçeği kullanılmıştır.

Ölçeğin maddeleri incelendiğinde stres altında verilen olumsuz tepkileri yani stresin bedensel, duygusal ve davranışsal belirtilerini içerdikleri görülmektedir. DEHB araştırmalarında algılanan stresi değerlendirmek için kullanılan ölçek de aynı niteliğe sahiptir. Mevcut çalışmada kullanılan STÖ'de ise stresi deneyimlemeye ve onun yaşattığı duygulara verilen tepkiler ele alınmaktadır. Stresin bir belirti olarak değerlendirilmesi ile bu belirtilere tahammül etme arasındaki fark sonuçlara yansımış olabilir. Yine de bu sav, deney ve kontrol grubunu içeren mevcut çalışmanın tedavi amaçlı analizlerinde yalnızca kontrol grubunun bir trend göstermesini açıklamamaktadır. Bu noktada Southward ve ark. (2021)'nin günlük olarak uygulanan becerilerin depresyon, anksiyete ve stres düzeyleriyle inceledikleri çalışmanın ilginç bulgularının açıklayıcı olabileceği düşünülmektedir. Southward ve ark. (2021), diyalektik becerileri kendi ortalamalarının daha üstünde kullanan katılımcıların daha fazla anksiyete/stres yaşadığını bulmuştur. Katılımcılar farkındalık, duygu düzenleme ve strese dayanma becerilerini ne kadar sık kullanırlarsa, becerilerin etkililiğinin arttığı ancak katılımcıların anksiyete/stres düzeylerinin de arttığı ortaya konmuştur. Beceri grubundaki kişilerin bu tedaviyi ilk kez gördükleri göz önüne alındığında, her beceriyi öğrenmenin ve pratik yapmanın da stres verici olabileceği düşünülebilir. Bir katılımcı duygu düzenleme becerilerinin çalışıldığı oturumlarda duygusal tepkisini kontrol edemeyip çok sevdiği birine kötü davrandığını dile getirmiş ve içine düştüğü umutsuzluğu anlatmıştır. Öyle ki bu olaydan sonra tedaviyi bırakma noktasına gelmiştir. Dolayısıyla becerileri hayatlarına geçirme noktasında katılımcıların kendilerinden beklentilerinin yüksek olmasının da stres düzeylerini etkileyebileceği akla yatkın bulunmuştur. Bu durum oturumlar sırasında da fark edildiğinden telefonla destek hakları katılımcılara hatırlatılmış, becerilerin kazanılmasının zaman alacağı ve eski alışkanlıkların hemen yok olmayacağı vurgulanmıştır. Bununla birlikte sıkıntıya tolerans becerileri son oturumlarda ele alındığından diğer beceriler kadar tekrar edilmeden müdahalenin hemen sonrasında değerlendirilmiştir. Bu durum da ölçümlere yansımamış olabilir. Başka bir deyişle becerilerin sırasının etkililik analizlerini etkileyebileceği göz önüne alınmalıdır. Bu nedenle, ileride yapılacak çalışmalarda en az bir izlem alınması tavsiye edilmektedir.

Tüm becerileri bir arada değerlendirmek gerekirse, DDT-BE programının DEHB'li bireylerdeki beceri kapasitesini kısmen geliştirdiği söylenebilir. DDT-BE'nin katılımcıların mevcut kapasitelerini geliştirip geliştiremediğini değerlendirmek için daha fazla araştırmaya, araştırmalarda birden çok ölçme aracı kullanılmasına ihtiyaç vardır. İlerideki çalışmalarda hangi beceri modülünün hangi belirtileri azaltıp davranışları kazandırdığına dair açıklayıcı analizler yapılması modüllerin uzunluğu (oturum sayıları) ve sırası gibi müdahalenin tasarımına dair daha fazla bilgi verecektir.

4.2.3. DDT-BE'NİN YAŞAM KALİTESİNE ETKİSİ

Katılımcıların yaşam kalitelerindeki değişim işlevsellik düzeyleri, yaşamdan aldıkları doyum ve genel psikolojik belirtileri ile ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Böylece DDT-BE modelinin modelin nihai amacı olan hayatı daha yaşanabilir kılma düsturu sınanmış olmaktadır.

4.2.3.1. Yaşamdan Alınan Doyum

Bulgulara göre tedavi grubu önemli olmaksızın yaşam doyumunun artma eğilimi gösterdiği görülmüştür. Ne gruplar arası ne de grupların zaman içinde gösterdiği değişiklikler arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Ortalamalara bakıldığında kontrol grubunun her ölçüm düzeyinde inişli çıkışlı ama hayli az değişim göstermesine karşın DDT-BE grubunun puanlarının her ölçüm aşamasında arttığı gözlenmiştir. Grupların kendi içindeki değişimlerine dair analizler de bu gözlemi destekleyen bir şekilde yalnızca beceri eğitim grubunda anlamlı artış göstermiştir. Karışık Desenler İçin ANOVA'da görünen ölçüm ana etkisinin anlamlılık eğilimi tedavi amaçlı analizlerde kaybolmuştur. Ancak her bir grubun kendi içindeki değişime bakıldığında DDT-BE grubundaki sonuçlar aynı kalmış ve beceri eğitiminden sonra katılımcıların yaşam doyumlarının arttığı görülmüştür. Dolayısıyla bulguların beceri eğitiminin yaşam doyumundaki etkililiğini desteklediği düşünülebilir. DEHB ve DDT-BE'ye ilişkin alanyazına bakıldığında yaşamdan alınan doyumun değerlendirildiği bir çalışmaya rastlanmamıştır. İyi oluşu değerlendirmek için ise genel sağlık durumunun puanlandığı bir görsel analog testin ve DEHB belirtilerine özgü yaşam kalitesi ölçeğinin kullanıldığı görülmüştür. Alanyazındaki çalışmalarda yaşam kalitesine dair

ölçekler günlük hayattaki işlevsellik düzeyiyle ilgili ise o bulgulara bir sonraki başlıkta yer verilmiştir. Burada ise yalnızca sağlığa ilişkin iyi oluşu değerlendiren çalışmaların bulguları değerlendirilmiştir. Bu doğrultuda Hesslinger ve ark. (2002)'nin çalışmasında kontrol grubunun yaşam doyum puanları farklılık göstermezken DDT-BE grubunun puanlarının anlamlı düzeyde arttığı görülmüştür. Kontrol grubunun bulunmadığı bir başka çalışmada da beceri grubunun sağlık değerlendirmesine bağlı iyi oluşunun anlamlı arttığı görülmüştür (Philipsen ve ark., 2007). Hirvikovski ve ark. (2011)'nin çalışmasında da aynı ölçüm aracıyla değerlendirilen iyi oluşun hem DDT-BE ve hem de yapılandırılmamış tartışma grubunda arttığı ve bu artışta tedavi grupları arasında fark olmadığı görülmüştür. Nasri ve ark. (2017) kabul ve kararlılık terapisi ile birleştirdikleri DDT grup beceri eğitiminin katılımcıların sağlığa bağlı iyi oluşlarını etkilemediğini bulmuştur. Sağlığa ilişkin iyi oluşa dair iki yaşam kalitesi ölçeği kullanılmış ve ikisinde de aynı sonuç elde edilmiştir. Özet olarak grup çalışmasına katılanların iyi oluşlarının arttığı görülmüştür. Bunun tek istisnası başka bir üçüncü dalga terapi ile DDT'yi birleştiren çalışmadır (Nasri ve ark., 2017). Mevcut çalışmada da grup×zaman etkileşiminin anlamlılığa ulaşmaması iyi oluştaki ilerlemenin doğrudan tedavi grubundan kaynaklandığını söylemeyi zorlaştırmaktadır. Ancak bulguların önceki çalışmaları desteklemesi üzere DDT-BE'nin DEHB'li yetişkinlerdeki iyi oluşu artırma potansiyeline dair kanıtların arttığını söylenebilir. İleride yapılacak çalışmalarda DDT-BE ile diğer ilaçsız tedavi yöntemlerinin karşılaştırılmasına ihtiyaç vardır. Zira şimdiye dek DDT-BE lehine sonuçlar elde edilse de diğer tedavilere üstünlüğünü destekleyen bir bulgu henüz yoktur. Diğer yandan DEHB'li yetişkinlerin yaşam kalitesini daha bütüncül değerlendirmek için işlevsellikteki bulgulara da göz atmak gerekmektedir.

4.2.3.2. İşlevsellik

Mevcut çalışmanın bulguları DDT-BE alan katılımcıların işlevsellik düzeylerindeki gelişimin bekleme listesinde olup rutin tedavi alanlardan (grup×zaman etkisi) farklılaşmadığını göstermiştir. Fakat grupların kendi içlerinde gösterdikleri değişim incelendiğinde yalnızca DDT-BE grubundaki katılımcılar için işlevsellik düzeyi bakımından anlamlı bir iyileşme görülmüştür. Bulgular tedavi amaçlı analizlerde de benzerlik göstermiş, ancak anlamlılık düzeyi $0.5 < p < 0.01$ aralığında,

0,05 anlamlılık düzeyine çok yakın bulunmuştur. Dolayısıyla araştırmanın bulgularına göre uygulanan tedavinin müdahale grubunun işlevselliğini artırdığı düşünülmektedir. Ancak tedavide kalma motivasyonu yüksek katılımcıların işlevselliklerinin daha fazla artma eğilimi gösterdiği söylenmelidir. DEHB ve DDT-BE'ye ilişkin alanyazına bakıldığında işlevsellik çoğunlukla günlük hayattaki işlevsellik kaybını okul/iş, sosyal ve aile alanlarında değerlendiren bir yeti yitimi ölçeği ile incelenmiştir. Kontrol grubu olmaksızın yapılan iki çalışma DDT-BE alanların işlevsellik kaybının azaldığını göstermiştir (Morgensterns ve ark., 2015; Nasri ve ark., 2017). Ancak Hirvikovski ve arkadaşları ise (2011) ne DDT-BE grubunda, ne de yapılandırılmamış grupta işlevsellik bakımından bir gelişme görülmediğini bulmuştur. DEHB belirtilerinden şikâyet eden üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada yaşam kalitesi ölçeği kullanılmış ve DDT-BE alan öğrencilerin yaşam kalitelerinin, bireysel olarak çalışmaları üzere ellerine DDT materyalleri verilen öz yardım grubundan anlamlı düzeyde daha fazla ilerleme gösterdiği bulunmuştur (Fleming ve ark., 2015). Kısaca mevcut bulguların alanyazındaki çalışmaları kısmen desteklediğini söylemek mümkündür. Üstelik mevcut çalışma yaşam kalitesini hem işlevsellik düzeyi, hem de yaşamdan alınan doyum ile değerlendirerek bütünlüklü bir bakış sunmuş ve her iki değerlendirme için de DDT-BE'nin etkililiğini destekleyici bulgular ortaya koymuştur. Diğer yandan şimdiye dek yapılan çalışmalar arasından birkaçı DDT-BE'nin DEHB'li bireyler için önemli bir problem alanı olan ve yaşam kalitelerini etkileyen genel öz yeterlik veya öz saygıyı da değerlendirmiştir. Ancak bu çalışmada öz saygının spesifik olarak değerlendirilmemesi DDT-BE'nin yaşam kalitesi ve onunla ilişkili olarak iyi oluş üzerindeki etkisini inceleme çabasını sınırlandırmıştır. İleride yapılacak çalışmaların, hayatı daha yaşanabilir kılmak için gerekli becerileri kazandırmak üzere tasarlanan DDT-BE modelinin bu amaca ulaşp ulaşmadığını yaşam kalitesine özsaygı ve/veya özyeterlik gibi değişkenleri ekleyerek farklı açılardan sınaması tavsiye edilmektedir.

4.2.3.3. Genel Psikolojik Belirtiler

Bu çalışmada genel psikolojik belirtiler bakımında hiçbir anlamlı sonuca ulaşılamamıştır. Tedavi amacına yönelik analizlerde de bulgular değişmemiştir. Grupların kendi içlerindeki değişim incelendiğinde sonuçlar yine anlamsız

bulunmuştur. Hem temel analizlerde, hem de TAA'da DDT-BE grubunun ortalamalarında daha yüksek bir düşüş görülmesine rağmen bu fark ne grup içi tekrarlı ölçümler bakımından ne de grup×zaman bakımından bir anlamlılık eğilimi göstermemiştir. Alanyazına bakıldığında mevcut çalışma ile aynı ölçeği kullanan üç farklı çalışmada belirtilerin anlamlı düzeyde azaldığı bildirilmiştir (Hesslinger ve ark., 2011; Philipsen ve ark., 2007; Bihlar Muld ve ark., 2016). Bu çalışmalardan biri madde bağımlılığı ve yasal nedenlerle bir tedavi alması yönünde tedbir kararı alınan ve DEHB tanısı alan erkeklerle yapılmıştır (Bihlar Muld ve ark., 2016). Diğerinde ise başlangıçtaki depresyon düzeyinin eş değişken etkisi olduğu ve başlangıçtaki yüksek depresyon düzeyinin daha fazla iyileşme ile ilişkili bulunmuştur (Philipsen ve ark., 2007). Prada ve ark. (2014)'nın DEHB+SKB olan kişilerden metilfenidat kullananların yalnızca SKB tanısı olanlara kıyasla depresyon bakımından daha fazla iyileşme gösterdiğini bulmuştur. Bu çalışmalar, bir arada düşünüldüklerinde tanısal tablo daha karmaşık ve ağır seyrettiğinde müdahaleden kısa vadede (çalışmaların hiçbiri izlem yapmamıştır) daha büyük bir kazanım sağlanabildiği izlenimini vermektedir. Oysa mevcut çalışmadaki katılımcıların, eş tanılarına rağmen başlangıç aşamasındaki işlevsellik düzeylerinin işlerine ve eğitimlerine devam edecek, kendileriyle ilgili sorumlulukları yerine getirebilecek kadar iyi olduğu söylenebilir. Katılımcılardan %90,63'ünün üniversite veya daha üstü bir eğitim düzeyine sahip olmaları da yüksek işlevsel DEHB'liler olarak değerlendirilmelerine izin vermektedir. Örneklem arasındaki farklılıklar sonuçların tutarsızlığını açıklayabilecek etkenlerden biri olarak düşünülebilir.

Psikolojik belirtilerin genel anlamda incelenmediği diğer özgül araştırmalar ise depresyon ve/veya anksiyeteyi ölçmüşlerdir. Hirvikovski ve ark. (2011) depresyonun grup×zaman etkisini bulamadıkları gibi DDT-BE grubunun içinde de azalmadığını bildirmiştir. Philipsen ve ark. (2015)'nin çok büyük bir örnekleme yaptıkları çalışmada da depresyon ne grup içi azalma ne de gruplar arası fark göstermemiştir. Kontrol grubunun olmadığı üç çalışmada (Morgensterns ve ark., 2015; Nasri ve ark., 2017; Philipsen ve ark., 2007), seçkisiz atanan az sayıda katılımcıdan oluşan kontrol grubunun bulunduğu bir çalışmada (Cole ve ark., 2016) ve kontrol grubunun seçkisiz atandığı bir çalışmada (Fleming ve ark., 2015), DDT-BE alan kişilerin müdahaleden

sonra depresyon belirtilerinin azaldığı bildirilmiştir. Anksiyete belirtilerinin incelendiği hiçbir çalışmada anlamlı bir değişim görülmemiştir (Fleming ve ark., 2015; Hirvikovski ve ark., 2011; Morgensterns ve ark., 2015). Depresyonda ilerleme kaydedilmesi, yaşam doyumu ve yaşam kalitesindeki artışın etkisini düşündürmüştür. Anksiyeteye ilgili şimdiye dek olumlu sonuçların elde edilememesi ise mevcut çalışmadaki strese dayanma becerisindeki anlamsız sonuçları hatırlatmıştır. Zira anksiyete ve stres birbiriyle ilişkili belirti gruplarıdır (Alexande ve Harrison, 2013; Raz ve Leykin, 2015) ve strese verilen tepkinin anksiyete ile arasında nöroendokrinerjik mekanizmaların etkili olduğu düşünülmektedir (Rooij ve ark., 2010; Saccaro 2021). DEHB’li bireylerin gündelik hayatında algılanan stres düzeyinin diğer kişilere göre çok fazla olduğu sıklıkla rapor edildiğinden (Combs ve ark., 2012; Hartman ve ark., 2019) anksiyete düzeylerinin tedaviye dirençli bir yan olabileceği düşünülmektedir. İlerideki çalışmalarda DEHB’lilerle yürütülen grup müdahalelerindeki hangi DBT-BE oturumlarının spesifik olarak hangi belirtilere etki ettiğine dair bir etkinlik araştırması yapılması modelin geliştirilmesi için elzemdir. Genel psikolojik belirtilerin eş tanı sayısı, pandemi şartları ve temeldeki becerilere yatkınlıktan etkilenebileceği tartışılabilir. Gruplar arasında bu etkenlerden hiçbiri bakımından anlamlı bir farklılık tespit edilmediği için grup×zaman bulgularının etkilendiği düşünülebilir. Ayrıca katılımcılar DEHB belirtileriyle baş ederek gündelik hayatlarındaki stres faktörlerine uyum sağlama becerileri kazanmaya odaklandıklarından bu belirtilerle ilgili kendi beklentileri doğrultusunda da ilerleme kaydetmiş olabilirler. Bunun yanı sıra genel anlamda tüm psikolojik belirtilere dair bir değişikliği gözlemlememiş ve bu nedenle fark etmemiş olabilirler. Sonuç olarak DDT-BE’nin genel psikolojik belirtilerdeki etkililiğine dair bulgular tutarlı olmayıp mevcut çalışma da bu etkiyi destekleyememiştir. Bu konuda DDT-modüllerinin tek tek etkilerinin gözlemlendiği daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak elde edilen bulgular genel psikolojik belirtiler dışında DDT-BE alan DEHB’li bireylerin yaşamdan aldıkları doyum ve günlük hayattaki işlevselliğin arttığını ancak kontrol grubunda bir değişim olmadığını göstermiştir. Grup×zaman etkisi bulunmamakla birlikte DDT-BE modelinin yaşam kalitesi üzerindeki etkisini destekleyen bulgular sunmuştur.

SONUÇ

Bu çalışmanın üç amacı vardır: (i) DEHB İçin DDT-BE programının yetişkin DEHB belirtileri üzerindeki etkililiğini incelemek; (ii) müdahaleye bağlı olarak katılımcıların DDT becerilerindeki gelişimini incelemek; (iii) DDT-BE'nin katılımcıların yaşam kalitesi üzerindeki etkisini incelemek.

İlk amaç doğrultusunda genel DEHB, dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik belirtileri ile dürtüsellik düzeylerinin müdahaleye bağlı olarak değişip değişmediği incelenmiştir. DDT-BE alan katılımcıların genel DEHB, dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik düzeylerinin müdahale sonrasında anlamlı düzeyde düşerken kontrol grubunun aynı kaldığı bulunmuştur. Dürtüsellik düzeyinde ise temel analizlerde grup×zaman etkisi bulunsa da beklenenin aksine sonuçlar kontrol grubunun dürtüsellik düzeyinin azaldığına işaret etmiştir. Bununla birlikte TAA'da bu etki anlamlılığa ulaşmamıştır. Ne temel analizlerde ne de tedavi amaçlı analizlerde dürtüsellik bakımından başka bir anlamlı sonuç bulunmamıştır. Halbuki, DEHB belirtilerini ölçmek için kullanılan ölçme aracı aynı zamanda dürtüsellikle ilgili maddeler de içermektedir ve bu ölçme aracı temelinde her belirti kümesi için DDT-BE lehine sonuçlar elde edilmiştir. Dolayısıyla çalışmanın bulgularının ilk iki hipotezi desteklediği söylenebilir.

İkinci amaç doğrultusunda DDT becerilerinin, yani bilinçli farkındalık, duygu düzenleme, kişilerarası etkililik ve sıkıntıya dayanmanın beceri eğitimine bağlı olarak değişip değişmediği incelenmiştir. Yalnızca duygu düzenleme bakımından DDT-BE grubunda anlamlı bir ilerleme gözlenmiştir. Bu ilerleme rutin tedavi alan DEHB'li bireylerdeki değişimle kıyaslandığında anlamlı düzeyde fazla olma eğilimindedir. Ancak yapılan müdahalenin diğer üç beceri üzerinde etkisi gösterilememiştir. Bunlardan bilinçli farkındalık DEHB'li bireylerle gerçekleştirilen DDT çalışmalarında görece az sayıda araştırmada, farklı özelliklere sahip örneklerle (hasta popülasyonu, SKB+DEHB tanılı kişiler, sağlıklı popülasyon), farklı DDT uyarlamalarıyla ve farklı ölçme araçlarıyla incelenmiştir. Dolayısıyla çalışmaların bulguları tutarlılık gösterememekte, bir kısmı DDET-BE'nin bilinçli farkındalığı geliştirdiğini, bir kısmı kısmen geliştirdiğini, bir kısmı da etkilemediğini göstermiştir.

Benzer bir tablo strese tolerans becerilerinde de vardır. Bilindiği kadarıyla şimdiye dek yalnızca iki çalışma strese ilişkin ölçüm yapmıştır. Her ikisinde de uygulanan DDT-BE protokolü DEHB’li bireylerin stres düzeyini hafifletmiştir. Mevcut çalışmada ise strese dayanma üzerinden beceri bakımından bir gelişme görülmemiştir. Becerilerin normalde fazla kullanılmaya çalışıldığında kişinin stres düzeyini artırdığına dair alanyazındaki bulgular, mevcut sonuçlarda beceri çalışmanın bile katılımcıların üzerinde bir baskıya neden olabileceğini düşündürmüştür. Bu nedenle ileriki çalışmalarda hem izlem alınması, hem de strese dayanma becerilerinin daha uzun çalışılması tavsiye edilmektedir. Bununla birlikte ileride yapılacak çalışmalarda hem stres belirtileri hem de strese dayanma kapasitesinin incelenmesi faydalı görülmektedir. Kişilerarası becerilere gelince, mevcut çalışma bilindiği kadarıyla alanyazındaki ilk bulguları sunmuş ve DDT-BE’nin bu becerileri artırdığını destekleyememiştir. Bu noktada bulgular henüz çok yetersizdir ve daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir. Özet olarak mevcut çalışma DDT-BE programının DEHB’li bireylerin farkındalık, duygu düzenleme, kişilerarası etkililik ve sıkıntıya dayanma becerilerindeki etkisini kısmen desteklemiştir.

Çalışmanın üçüncü amacı doğrultusunda yaşam kalitesindeki değişim; yaşamdan alınan doyum, işlevsellik düzeyi ve genel psikolojik belirtiler üzerinden incelenmiştir. Çalışmada yaşamdan alınan doyum ve işlevsellik düzeyi bakımından DDT-BE grubunun lehine bulgular elde edilmiştir. Şimdiye kadar yapılan çalışmaların bulguları büyük oranda desteklenmiştir. DDT-BE alan DEHB’li bireylerde yaşam kalitesinin arttığını gösteren bulgulara rağmen ne mevcut çalışmada ne de öncekilerde, müdahalenin diğer ilaçsız tedavilere üstünlüğü desteklenememiştir. İleriki çalışmalarda DEHB’li bireyler tüm müdahalelerde benzer bir ilerleme gösterecek midir, yoksa bazı tedaviler daha üstün bir etkiye mi sahiptir, sorularının sınılanması önemli görünmektedir. Son olarak bu çalışmada önceki çalışmaların aksine genel psikolojik belirtiler bakımından anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Ancak alanyazında genel bir tarama yerine depresyon ve anksiyeteyi inceleyen çalışmaların bulguları tutarlı değildir. Depresyonun azaldığını gösteren bulgular olduğu gibi aynı kaldığını gösterenler de vardır. Anksiyete düzeyi ise incelendiği çalışmalarda anlamlı bir değişim göstermemiştir. Dolayısıyla mevcut bulguların genel psikolojik belirtilere

ilişkin bulguları kısmen desteklediği söylenebilir. Sonuç olarak üç değişken üzerinden anlaşılmalı çalışılan yaşam kalitesi bakımından bu araştırmada elde edilen bulguların alanyazın ile büyük oranda tutarlılık göstererek DDT-BE'nin etkililiğine işaret ettiği söylenebilir. Ancak çalışmalarda kontrol grubunun eksik olması veya grup×zaman etkileşiminin anlamlı bulunmaması nedeniyle DDT-BE'nin diğer yöntemlere üstünlüğü henüz desteklenmemiştir. İlerideki çalışmalarda farklı tedavilerin uygulandığı kontrol gruplarının varlığında yaşam kalitesinin farklı açılardan değerlendirilmesi tavsiye edilmektedir.

Araştırmanın bulgularını şöyle sınıflandırmak mümkündür: Yetişkin DEHB üzerinde: (1) DDT-BE'nin etkililiğini gösteren, (2) DDT-BE'nin etkililiğine yönelik trend gösteren, (3) DDT-BE'nin etkililiğini gösteremeyen bulgular. DDT-BE'nin genel DEHB, dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik belirtilerindeki etkisi ilk grupta yer alacak şekilde anlamlı bulunmuştur. Duygu düzenleme, yaşamdan alınan doyum ve günlük hayattaki işlevsellik düzeyindeki etkisi ikinci grupta yer alacak şekilde anlamlılık trendi göstermiştir. Dürtüsellik düzeyi, bilinçli farkındalık, kişilerarası ilişkilerde etkili olma, sıkıntıya dayanma ve genel psikolojik belirtilerdeki etkililiği anlamlı bulunmamıştır.

SINIRLILIKLAR VE GELECEK ÇALIŞMALAR İÇİN ÖNERİLER^[MOU2]

Mevcut çalışmanın en büyük sınırlılıklarından biri uygulama aşamasının COVID-19 pandemisi başladıktan sonra yapılmasıdır. Uygulamanın ilk ayı yurt genelinde kısmi ve tam kapanma ilan edildiğinde gerçekleştirilmiştir. Ancak çalışmanın tasarım aşamasında pandemi öngörülemediği için etik kurul dosyasındaki belgelerde pandemi veya kapanmaya ilişkin bir ölçüm aracı kullanılmamıştır. Dolayısıyla pandeminin DEHB'li bireyler için daha güçlü bir stres kaynağı olabileceği düşünülerek, en fazla, o şartlarda bile anlamlı sonuçlar elde edilmesinin DDT-BE lehine önemli bir bulgu sayılabileceği tartışılabilir. Ancak nihai olarak pandemi koşullarının mevcut bulgular üzerindeki etkisi kontrol edilememiştir.

Diğer bir kısıtlılık çalışmanın gücünün literatürde tavsiye edildiği düzeyde olmamasıdır. Hasta popülasyonuna ulaşmanın zorluğu nedeniyle bir güç analizi yapılmaksızın yalnızca 30 kişilik bir örnekleme ulaşmak hedeflendiği için çalışmanın

gücü literatürde tavsiye edilen .80 hedefine (Hirvikovski ve ark., 2011) ulaşmamıştır. Türkiye’de hasta popülasyonuna ulaşmanın zorluğu araştırmacılar tarafından sıklıkla dile getirilmektedir. Bu bağlamda 90 kişinin çalışmaya başvurmasına rağmen yalnızca 32’sinin dahil etme kriterlerini karşılaması da bu güçlüğü gösterir niteliktedir. Yalnızca başvuru ve katılım üç ay sürmüştür. Çalışmanın bir TÜBİTAK projesine dönüştürülmesi, çalışmanın zaman çizelgesini değiştirmiş ve başvuruya ayrılan süreyi sınırlandırmıştır. İstatistiki anlamda, örneklemin yeterince büyük olmaması gerçekte var olan bir etkiyi açığa çıkaramama (Tip II Hata) ihtimalini içinde barındırmaktadır. Bu nedenle grup×zaman bakımından marjinal anlamlılık görülen değişkenlerin daha büyük örneklerle çalışıldığında anlamlı çıkabileceği düşünülmektedir. Yalnız güç bakımından sahip olunan dezavantaja rağmen etki büyüklüğünün genellikle orta-yüksek arasında seyretmesi literatür ile uyumludur ve özellikle anlamlı/marjinal anlamlı sonuçların örneklemden bağımsız bir şekilde ele alınabileceğini göstermiştir.

Çalışmanın sınırlılıklarından biri de gruplara atama yapıldıktan sonra genel DEHB ve aşırı hareketlilik belirtilerinin şiddeti bakımından tedavi gruplarının farklılık göstermesidir. Bekleme listesinin daha şiddetli belirti göstermesiyle açığa çıkan TIP I hata riskini azaltmak için literatürde önerilen taban değerlerin kontrol edilmesi yöntemi kullanılmış ve TAA’da hipotez testleri ANCOVA ile tekrar incelenmiştir. Çalışmayı tamamlayan katılımcılar DEHB’e ilişkin taban değerler açısından benzer bulunduğundan PUA’da bu işlem gerekmemiştir. DDT-BE’nin DEHB’deki etkililiği tüm bulgular dahil edilerek değerlendirilmiştir.

Çalışmanın bir başka sınırlılığı ise müdahaleden sonra bir izlemin konulamamış olmasıdır. Üç ay sonra izlemin alınması elde edilen kazanımların uzun vadede korunup korunmayacağına dair bilgi verebilirdi. Ancak kontrol grubunun bekleme listesine alınması ve dahil etme kriterlerini karşılayan tüm başvurular için bireysel klinik görüşmelerin yapılması nedeniyle çalışmanın ilk aşamasının çok uzun sürmesi izlemi imkânsız hale getirmiştir. Ayrıca, bekleme listesindeki kişilerin olabildiğince erken bir zamanda DDT-BE’yi alması gözetildiğinden [MOU3] etik kurula sunulan tasarımda da tedaviden birkaç ay sonrası için bir izlem bulunmamıştır.

Çalışmanın bir başka sınırlılığı pandemi kısıtlamaları nedeniyle yüz yüze planlanan beceri eğitiminin çevrimiçi yapılmasıdır. Zira yüz yüze DDT-BE

eğitimlerine yönelik çalışma ve protokoller bulunmaktayken evrimii DDT-BE'ye dair hiçbir pilot çalışma yoktur. Bu bakımdan mevcut çalışma evrimii DDT-BE'nin uygulandığı ilk çalışma olma özelliğine sahiptir. Bu nedenle gerek oturumların uzunluğu, gerek becerilerin ele alınışı için katılımcılardan alınan geribildirimler doğrultusunda düzenlemeler yapılmaya çalışılmıştır. Yine de ileriki çalışmalarda oturumların uzunluğu, asgari-azami katılımcı sayısının belirlenmesi, kullanılacak evrimii programın nitelikleri gibi fiziksel özellikler bakımından nitel ve nicel olarak görüşler alınmalı ve analiz edilmelidir. Böylece özellikle de DEHB'li bireylerin dikkatlerinin kolayca dağılması, sıkılmaları ve sonunu getirmekte zorlanmaları gibi eğilimlerinin dikkate alındığı daha ideal protokollerin geliştirilmesi mümkün olacaktır. Örneğin ilerideki çalışmalarda oturum süresi kısaltılarak, toplam oturum sayısı artırılabilir. Ancak yukarıda ifade edildiği gibi katılımcıların değerlendirmeleri, geribildirimleri nitel ve nicel yöntemlerle alınarak incelenmesi öncelikli görünmektedir. Çalışmanın bir başka sınırlılığı ise deney ve kontrol grubunda görünen çalışmadan ayrılma oranlarıdır. Pandeminin etkisi çalışmadan ayrılma oranlarında da kendini hissettirmiş; bu sınırlılık kayıp veri atama yöntemi kullanılarak ve ardından tedavi amaçlı analizler yapılarak aşılmaya çalışılmıştır.

İleride yapılan çalışmalarda kontrol gruplu çalışmalar kadar karma desenlerin kullanılması DEHB'li bireylerin DDT-BE tecrübelerine daha derinlemesine bilgi sunacaktır. DDT-BE'nin etkililiği kadar diğer psikoteraplere üstünlüğünün de gösterilmesi gereklidir. Bu nedenle ilerideki çalışmalarda farklı terapi yöntemlerinin kullanıldığı kontrol gruplarının bulunması DEHB'liler için en iyi sonuç veren yöntemi belirlemeyi kolaylaştıracaktır. İleriki alışmalarda DDT-BE'nin yüz yüze ve evrimii verilmesi arasında fark olup olmadığı da araştırılmalıdır. Böylece evrimii çalışmaların avantajları arasında sayılan mesafeyi aşma, zaman kazandırma gibi nitelikleri ile dezavantajları gibi görünen terapötik işbirliği ve dikkatin sürdürülmesine yönelik riskler değerlendirilebilecektir. Bu zamana kadar yalnızca bir alışma DEHB'li bireylerin yüz yüze, evrimii ve telefonla yapılan ilaçsız tedavilere yönelik değerlendirmelerini karşılaştırmış ve özellikle evrimii ile yüz yüze arasında anlamlı bir fark bulmamıştır. Ancak her iki yöntemin de kendi içinde olumlu ve olumsuz yanları olabileceği değerlendirilmiştir. Bu konudaki çalışmaların özellikle de

Türkiye’de artmasına ihtiyaç vardır. Zira terapi eğitimleri gibi, uzman klinik psikologların da büyük şehirlerde toplandığı ve özellikle de yetişkin DEHB olgularla çalışacak nitelikteki uzmanların azlığı Anadolu’daki pek çok insanın yardım alamamasına neden olmaktadır. Çevrimiçi beceri eğitimleri bu eksikliği gidermeye adaydır. Mevcut çalışmada çevrimiçi yöntemin sağladığı önemli bir avantaj İstanbul dışından da çalışmaya katılım sağlanmış olmasıdır.

KAYNAKÇA

- Able, S. L., Johnston, J. A., Adler, L. A. ve Swindle, R. W.** (2007). Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological Medicine*, 37, 97-107. DOI: 10.1017/S0033291706008713
- Adler, L. A., Spencer, T., Faraone, S. V., Kessler, R. C., Howes, M. J., Biederman, J. Ve Secnik, K.** (2006). Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(3), 145-148. DOI: 10.3109/10401230600801077
- Aduen P.A., Kofler M.J., Cox D.J., Sarver D.E. ve Lunsford E.** (2015) Motor vehicle driving in high incidence psychiatric disability: comparison of drivers with ADHD, depression, and no known psychopathology. *J Psychiatr Res*, 64, 59–66. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2015.03.009
- Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü.K., Özer, Ö.A. ve Kara, H.** (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 221-226.
- Akyunus, M. ve Gençöz, T.** (2016) Psychometric Properties of the Inventory of Interpersonal Problems Circumplex Scales Short Form: a Reliability and Validity Study. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 29(1), 36-48. DOI: 10.5350/DAJPN2016290104
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L.** (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of personality assessment*, 55(3-4), 521-536.
- Alexander, S. ve Harrison, A.G.** (2013). Cognitive Responses to Stress, Depression, and Anxiety and their Relationship to ADHD Symptoms in First Year. *Journal of Attention Disorders*, 17, 29-37. DOI: 10.1177/1087054711413071
- Altman, D. G.** (1985). Comparability of randomised groups. *Journal of the Royal Statistical Society: Series D (The Statistician)*, 34(1), 125-136. Doi: 10.2307/2987510
- Altszuler, A. R., Page, T. F., Gnagy, E. M., Coxe, S., Arrieta, A., Molina, B. S. ve Pelham, W. E.** (2016). Financial dependence of young adults with childhood ADHD. *Journal of abnormal child psychology*, 44(6), 1217-1229.

- Amerikan Psikiyatri Birliği**, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan, çev. Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014.
- Asherson, P.** (2005). Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. Expert review of neurotherapeutics, 5(4), 525-539. Doi: 10.1586/14737175.5.4.525
- Asherson, P., Akehurst, R., Kooij, J. S., Huss, M., Beusterien, K., Sasané, R., ... ve Hodgkins, P.** (2012). Under diagnosis of adult ADHD: cultural influences and societal burden. *Journal of Attention Disorders*, 16(5_suppl), 20S-38S. DOI: 10.1177/1087054711435360
- Aydemir, O. ve Uykur, B.** (2012). Reliability and Validity Study of The Turkish Version of Functioning Assessment Short Test in Bipolar Disorder. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 23(3).
- Austin, P. C., Manca, A., Zwarenstein, M., Juurlink, D. N. ve Stanbrook, M. B.** (2010). A substantial and confusing variation exists in handling of baseline covariates in randomized controlled trials: a review of trials published in leading medical journals. *Journal of clinical epidemiology*, 63(2), 142-153. Doi: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.002
- Ayalp, H. D. ve Hisli Şahin, N.** (2018). Beş Faktörlü Bilgece Farkındalık Ölçeği-Kısa Formu'nun (BFBFÖ-K) Türkçe Uyarlaması. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 2(3), 117-127. DOI: 10.31828/kpd2602443807092018m000002
- Babiano-Espinosa, L., Wolters, L. H., Weidle, B., Pedersen, S. A., Compton, S., ve Skokauskas, N.** (2019). Acceptability, feasibility, and efficacy of Internet cognitive behavioral therapy (iCBT) for pediatric obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Systematic reviews*, 8(1), 1-16. DOI: 10.1186/s13643-019-1166-6
- Bahçivan-Saydam, R.** (2007). *Executive Functions in Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder* (Doctoral Dissertation, Middle East Technical University).
- Barkley, R. A.** (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65.
- Barkley, R. A. ve Fischer, M.** (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 503-513. DOI: 10.1016/j.jaac.2010.01.019
- Baykal, S. ve Nalbantoglu, A.** (2019). An Examination of Emotion Regulation and Associated Factors in Attention Deficit-Hyperactivity Disorder. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(2), 269-273. DOI: 10.18521/ktd.530900

- Beanlands, H., McCay, E., Fredericks, S., Newman, K., Rose, D., Santa Mina, E., ... ve Wang, A.** (2019). Decreasing stress and supporting emotional well-being among senior nursing students: A pilot test of an evidence-based intervention. *Nurse education today*, 76, 222-227. DOI: 10.1016/j.nedt.2019.02.009
- Bechara, A., ve Van Der Linden, M.** (2005). Decision-making and impulse control after frontal lobe injuries. *Current opinion in neurology*, 18(6), 734-739. Doi: 10.1097/01.wco.0000194141.56429.3c
- Ben-Naim, S., Marom, I., Krashin, M., Gifter, B. ve Arad, K.** (2017). Life with a partner with ADHD: The moderating role of intimacy. *Journal of Child and Family Studies*, 26(5), 1365-1373.
- Bernardi, S., Faraone, S. V., Cortese, S., Kerridge, B. T., Pallanti, S., Wang, S. ve Blanco, C.** (2012). The lifetime impact of attention deficit hyperactivity disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Psychological medicine*, 42(4), 875-887. DOI: 10.1017/S003329171100153X.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiely, ... ve Warburton, R.** (1995). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 431-435. DOI: 10.1176/ajp.152.3.431
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., Snyder, L. E. ve Faraone, S. V.** (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological medicine*, 36, 167-179. DOI: 10.1017/S0033291705006410
- Biederman, J., Petty, C. R., Woodworth, K. Y., Lomedico, A., Hyder, L. L. ve Faraone, S. V.** (2012). Adult outcome of attention-deficit/hyperactivity disorder: a controlled 16-year follow-up study. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(7), 0-0.
- Bihlar Muld, B., Jokinen, J., Bölte, S. ve Hirvikoski, T.** (2016). Skills training groups for men with ADHD in compulsory care due to substance use disorder: a feasibility study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(3), 159-172. DOI: 10.1007/s12402-016-0195-4
- Bilgin, T. S.** (2015). Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Hastalarında Emosyonel Disregülasyon ve İmpulsivite İlişkisi [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Bilican, F. I., Çetinkaya, M., Çelebi, E., Gülen, B. ve Barham, H.** (2022). A pilot study of dialectical behavioral therapy group skills training in patients with substance use disorder: Changes in substance use severity, mood and relationship skills. *Bağımlılık Dergisi*, 23(3), 327-337.

- Billieux, J., Gay, P., Rochat, L., ve Van der Linden, M.** (2010). The role of urgency and its underlying psychological mechanisms in problematic behaviours. *Behaviour research and therapy*, 48(11), 1085-1096. Doi: 10.1016/j.brat.2010.07.008
- Bjerrum, M. B., Pedersen, P. U. ve Larsen, P.** (2017). Living with symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adulthood: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Evidence Synthesis*, 15(4), 1080-1153. DOI: 10.11124/JBISRIR-2017-003357
- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L.-G., et al.** (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: The DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284-296. DOI: 10.1007/s10862-015-9514-x
- Bodalski, E. A., Knouse, L. E. ve Kovalev, D.** (2019). Adult ADHD, emotion dysregulation, and functional outcomes: Examining the role of emotion regulation strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(1), 81-92. DOI: 10.1007/s10862-018-9695-1
- De Boer, M. R., Waterlander, W. E., Kuijper, L. D., Steenhuis, I. H. ve Twisk, J. W.** (2015). Testing for baseline differences in randomized controlled trials: an unhealthy research behavior that is hard to eradicate. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 12(1), 1-8.
- Bolzern, J. E., Mitchell, A. ve Torgerson, D. J.** (2019). Baseline testing in cluster randomised controlled trials: should this be done?. *BMC medical research methodology*, 19(1), 1-5. Doi: 10.1186/s12874-019-0750-8
- Boutron, I., Moher, D., Altman, D. G., Schulz, K. F., Ravaud, P. ve CONSORT Group*.** (2008). Extending the CONSORT statement to randomized trials of nonpharmacologic treatment: explanation and elaboration. *Annals of internal medicine*, 148(4), 295-309.
- Bora, E. ve Pantelis, C.** (2016). Meta-analysis of social cognition in attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): comparison with healthy controls and autistic spectrum disorder. *Psychological medicine*, 46(4), 699-716
- Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R. ve Hodgkins, P.** (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1-17. DOI:
- Brook, J. S., Brook, D. W., Zhang, C., Seltzer, N. ve Finch, S. J.** (2013). Adolescent ADHD and adult physical and mental health, work performance, and financial stress. *Pediatrics*, 131(1), 5-13.
- Brown, K. W. ve Ryan, R. M.** (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. DOI: 10.1037/0022-3514.84.4.822

- Büyüköztürk, Ş.** (2014). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı: İstatistik, Araştırma Deseni, SPSS Uygulamaları Ve Yorum* (19. Baskı). Ankara: Pegem Akademi.
- Cairncross, M., Milosevic, A., Struble, C. A., Ellis, J. D. ve Ledgerwood, D. M.** (2019). Clinical and Personality Characteristics of Problem and Pathological Gamblers With and Without Symptoms of Adult ADHD. *The Journal of nervous and mental disease*, 207(4), 246-254. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000959.
- Can, A.** (2017). *SPSS ile Bilimsel Araştırma Sürecinde Nicel Veri Analizi*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Canela, C., Buadze, A., Dube, A., Eich, D. ve Liebrezn, M.** (2017). Skills and compensation strategies in adult ADHD—A qualitative study. *PloS one*, 12(9), e0184964. DOI: 10.1371/journal.pone.0184964
- Canu, W. H. ve Carlson, G. L.** (2003). Differences in heterosocial behavior and outcomes of ADHD-symptomatic subtypes in a college sample. *Journal of Attention Disorders*, 6(3), 123-133.
- Canu, W. H. ve Carlson, C. L.** (2007). Rejection sensitivity and social outcomes of young adult men with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 10(3), 261-275.
- Canu, W. H., Tabor, L. S., Michael, K. D., Bazzini, D. G. ve Elmore, A. L.** (2014). Young adult romantic couples' conflict resolution and satisfaction varies with partner's attention-deficit/hyperactivity disorder type. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(4), 509-524.
- Carlos Canela, C., Buadze, A., Dube, A., Eich, D. ve Liebrezn, M.** (2017). Skills and compensation strategies in adult ADHD: A qualitative study. *PLOS ONE*, DOI: 10.1371/journal.pone.0184964
- Carruthers, L.** (2016). ADHD and executive function impairment: An overview. *Digested.*, 17.
- Chen, Q., Hartman, C.A., Haavik, J., Harro, J., Klungsøyr, K., Hegvik, T-A., ve ark.** (2018) Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cross-sectional study. *PLoS ONE* 13(9): e0204516. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204516>
- Chiesa, A., Serretti, A. ve Jakobsen, J. C.** (2013). Mindfulness: Top-down or bottom-up emotion regulation strategy? *Clinical psychology review*, 33(1), 82-96. DOI: 10.1016/j.cpr.2012.10.006
- Clifton, L. ve Clifton, D. A.** (2019). The correlation between baseline score and post-intervention score, and its implications for statistical analysis. *Trials*, 20(1), 1-6. Doi: 10.1186/s13063-018-3108-3
- Cohen, J.** (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Academic press.

- Cole, P., Weibel, S., Nicastro, R., Hasler, R., Dayer, A., Aubry, J. M., Prada, P. ve Perroud, N.** (2016). CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatria Danubina*, 28,(1), 103-107.
- Combs, M. A., Canu, W. H., Broman-Fulks, J. J., Rocheleau, C. A. ve Nieman, D. C.** (2015). Perceived stress and ADHD symptoms in adults. *Journal of attention disorders*, 19(5), 425-434. DOI: 10.1177/1087054712459558
- Conejero, I., Jaussent, I., Lopez, R., Guillaume, S., Olié, E., Hebbache, C., ... ve Lopez-Castroman, J.** (2019). Association of symptoms of attention deficit-hyperactivity disorder and impulsive-aggression with severity of suicidal behavior in adult attempters. *Scientific Reports*, 9(1), 1-8. DOI: 10.1038/s41598-019-41046-y
- Creswell, J. W.** (2009). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Çakır, Z.** (2016). Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği ve Bilişsel-Davranışsal Kaçınma Ölçeğinin psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17. DOI: 10.5455/apd.207723
- Çatak, P. D.** (2012). The Turkish Version of Mindful Attention Awareness Scale: Preliminary findings. *Mindfulness*, 3(1), 1-9. DOI: 10.1007/s12671-011-0072-3
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J. ve Griffin, S.** (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- Doğan, S., Öncü, B., Varol Saraçoğlu, G. ve Küçükgöncü, S.** (2009). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1. 1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 77-87.
- Durak, M., Senol-Durak, E. ve Gencoz, T.** (2010). Psychometric Properties of the Satisfaction with Life Scale among Turkish university students, correctional officers, and elderly adults. *Soc Indic Res*, 99, 413-429. DOI: 10.1007/s11205-010-9589-4
- Edel, M., Hölter, T., Wassink, K. ve Juckel, G.** (2017). A comparison of mindfulness-based group training and in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 21(6), 533-539. DOI: 10.1177/1087054714551635
- Edel, M. A., Juckel, G. ve Brüne, M.** (2010). Interaction of recalled parental ADHD symptoms and rearing behavior with current attachment and emotional dysfunction in adult offspring with ADHD. *Psychiatry Research*, 178(1), 137-141. DOI: 10.1016/j.psychres.2010.04.004
- Egbewale, B. E.** (2015). Statistical issues in randomised controlled trials: a narrative synthesis. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(5), 354-359. Doi: 10.1016/S2221-1691(15)30367-1

- Ek, A. ve Isaksson, G.** (2013). How adults with ADHD get engaged in and perform everyday activities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(4), 282-291. DOI: 10.3109/11038128.2013.799226
- Ellis, P.** (2010). The essential guide to effect sizes: Statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results. UK: Cambridge University Press.
- Eldridge, S.M., Lancaster, G.A., Campbell, M.J., Thabane, L., Hopewell, S., Coleman, C.L. ve ark.** (2016a) Defining Feasibility and Pilot Studies in Preparation for Randomised Controlled Trials: Development of a Conceptual Framework. *PLoS ONE* 11(3): e0150205. DOI:10.1371/journal.pone.0150205
- Eldridge, S. M., Chan, C. L., Campbell, M. J., Bond, C. M., Hopewell, S., Thabane, L., ve Lancaster, G. A.** (2016b). CONSORT 2010 statement: extension to randomised pilot and feasibility trials. *bmj*, 355. DOI: 10.1136/bmj.i5239
- Epstein , Diane E. Johnson , Indira M. Varia ve C. Keith Connors.** (2001) Neuropsychological Assessment of Response Inhibition in Adults With ADHD. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 23:3, 362-371, DOI: 10.1076/jcen.23.3.362.1186
- Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C. ve Biederman, J.** (2014). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 24(1), s. 24-29.
- Fayers, P. ve King, M.** (2008). The baseline characteristics did not differ significantly. *Quality of Life Research*, 17(8), 1047-1048. Doi: 10.1007/s11136-008-9382-x
- Fayyad, J., Sampson, N. A., Hwang, I., Adamowski, T., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... & WHO World Mental Health Survey Collaborators.** (2017). The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 9(1), 47-65. DOI: 10.1007/s12402-016-0208-3
- Field, A.** (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics (Fifth Edition)*. London: Sage.
- Fleming, A.P., McMahon ,R.J., Moran, L.R., Peterson, A.P. ve Dreessen, A.** (2015). Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *Journal of Attention Disorders*. 19(3), 260-71. DOI: 10.1177/1087054714535951.
- Fossati, A., Gratz, K. L., Borroni, S., Maffei, C., Somma, A. ve Carlotta, D.** (2015). The relationship between childhood history of ADHD symptoms and DSM-IV borderline personality disorder features among personality disordered outpatients: the moderating role of gender and the mediating

roles of emotion dysregulation and impulsivity. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 121-127.

- Gomez, R. ve Corr, P.J.** (2014). ADHD and personality: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 376-388. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.05.002
- Gratz, K. L. ve Roemer, L.** (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Groen, Y., Den Heijer, A. E., Fuermaier, A. B. M., Althaus, M. ve Tucha, O.** (2018). Reduced emotional empathy in adults with subclinical ADHD: evidence from the empathy and systemizing quotient. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 10(2), 141-150. DOI: 10.1007/s12402-017-0236-7
- Gross, J. J.** (2015). The extended process model of emotion regulation: Elaborations, applications, and future directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130-137. DOI: 10.1080/1047840X.2015.989751
- Gross, J. J. ve Jazaieri, H.** (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401. DOI: 10.1177/2167702614536164
- Gupta, S. K.** (2011). Intention-to-treat concept: a review. *Perspectives in clinical research*, 2(3), 109. DOI: 10.4103/2229-3485.83221
- Güleç, H., Tamam, L., Yazıcı-Güleç, M., Turhan, M., Karakuş, G., Zengin, M. ve Stanford, M.S.** (2008). Psychometric properties of the Turkish version of The Barratt Impulsiveness Scale-11. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 18(4), 251-258.
- Güriş, S. ve Astar, M.** (2015). Bilimsel araştırmalarda SPSS ile istatistik. Der Yayınları, Genişletilmiş 2. Baskı.
- Hallowell, E. M. ve Ratey, J. J.** (2019). Dikkat Eksikliği ve Bozukluğu (çev. İrem Karaçay Yücel). İstanbul: Pozitif Yayınevi.
- Hartman, C. A., Rommelse, N., van der Klugt, C. L., Wanders, R. B. ve Timmerman, M. E.** (2019). Stress exposure and the course of ADHD from childhood to young adulthood: comorbid severe emotion dysregulation or mood and anxiety problems. *Journal of clinical medicine*, 8(11), 1824. DOI: 10.3390/jcm8111824
- Helfer, B., Cooper, R. E., Bozhilova, N., Maltezos, S., Kuntsi, J. ve Asherson, P.** (2019). The effects of emotional lability, mind wandering and sleep quality on ADHD symptom severity in adults with ADHD. *European Psychiatry*, 55, 45-51. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.09.006
- Hesslinger, B., van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykier, P., Richter, H., Berner, M. ve Ebert, D.** (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity

- disorder in adults: A pilot study using a structured skills training program. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 252, 177–184. DOI 10.1007/s00406-002-0379-0
- Hesslinger, B., Philipsen, A., Richter, H. ve Ebert, D.** (2004) Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter – Ein Arbeitsbuch. Hogrefe, Göttingen.
- Hechtman, L., Swanson, J. M., Sibley, M. H., Stehli, A., Owens, E. B., Mitchell, J. T., ... ve Abikoff, H. B.** (2016). Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(11), 945-952. DOI: 10.1016/j.jaac.2016.07.774
- Hirsch, O., Chavanon, M. L. ve Christiansen, H.** (2019). Emotional dysregulation subgroups in patients with adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): a cluster analytic approach. *Scientific Reports*, 9(1), 1-11. DOI: 10.1038/s41598-019-42018-y
- Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E. ve Christiansen, H.** (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Affective Disorders*, 232, 41-47. DOI: 10.1016/j.jad.2018.02.007
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., Rück, J. Wiwe, C., Bothén, P. ve Nordström, A. L.** (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 175-185. DOI:10.1016/j.brat.2011.01.001
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Lindström, T., Bölte, S. ve Jokinen, J.** (2015). Cognitive behavior therapy-based psychoeducational groups for adults with ADHD and their significant others (PEGASUS): an open clinical feasibility trial. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 7(1), 89-99. DOI: 10.1007/s12402-014-0141-2
- Hollis, S. ve Campbell, F.** (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *BMJ*, 319(7211), 670-674.
- Hong, S. B., Lee, J. H., Kim, J. W., Chun, D. H., Shin, M. S., Yoo, H. J., ... ve Cho, S. C.** (2014). The impact of depressive symptoms in adults with ADHD symptoms on family function and ADHD symptoms of their children. *Psychiatry Investigation*, 11(2), 124. DOI: 10.4306/pi.2014.11.2.124
- ICH E9 (R1).** (2020). ICH Harmonised Guideline Addendum on Estimands and Sensitivity Analysis in Clinical Trials to the Guideline on Statistical Principles for Clinical Trials E9(R1). International Conference on Harmonisation, https://www.ema.europa.eu/en/documents/scientific-guideline/ich-e9-r1-addendum-estimands-sensitivity-analysis-clinical-trials-guideline-statistical-principles_en.pdf

- Instanes, J. T., Klungsøyr, K., Halmøy, A., Fasmer, O. B. ve Haavik, J.** (2018). Adult ADHD and comorbid somatic disease: a systematic literature review. *Journal of Attention Disorders*, 22(3), 203-228.
- Kahan, B. C., Jairath, V., Doré, C. J. ve Morris, T. P.** (2014). The risks and rewards of covariate adjustment in randomized trials: an assessment of 12 outcomes from 8 studies. *Trials*, 15(1), 1-7.
- Kakuszi, B., Bitter, I. ve Czobor, P.** (2018). Suicidal ideation in adult ADHD: Gender difference with a specific psychopathological profile. *Comprehensive Psychiatry*, 85, 23-29. DOI: 10.1016/j.comppsy.2018.06.003
- Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A. Ve Klassen, L. J.** (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-15. DOI: 10.1186/s12888-017-1463-3
- Keng, S. L., Mohd Salleh Sahimi, H. B., Chan, L. F., Woon, L., Eu, C. L., Sim, S. H. ve Wong, M. K.** (2021). Implementation of brief dialectical behavior therapy skills training among borderline personality disorder patients in Malaysia: feasibility, acceptability, and preliminary outcomes. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-12. DOI: 10.1186/s12888-021-03500-y
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., ... ve Spencer, T.** (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.
- Knol, M. J., Groenwold, R. H. H. ve Grobbee, D. E.** (2012). P-values in baseline tables of randomised controlled trials are inappropriate but still common in high impact journals. *European journal of preventive cardiology*, 19(2), 231-232. DOI: 10.1177/1741826711421688
- Knouse, L. E. ve Mitchell, J. T.** (2015). Incautiously optimistic: Positively valenced cognitive avoidance in adult ADHD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22 (2), 192-202. DOI: 10.1016/j.cbpra.2014.06.003
- Koyuncu, A., Çelebi, F., Ertekin, E., Kök, B. E. ve Tükel, R.** (2016). Attention deficit and hyperactivity in social anxiety disorder: relationship with trauma history and impulsivity. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(2), 95-100. DOI: 10.1007/s12402-016-0189-2
- Lachin, J. M.** (2000). Statistical considerations in the intent-to-treat principle. *Controlled Clinical Trials*, 21(3), 167-189.
- Langer, S., Greiner, A., Koydemir, S. ve Schütz, A.** (2013). Evaluation of a stress management training program for adults with ADHD: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 27(2), 96-110. DOI: 10.1891/0889-8391.27.2.96

- Lee, C. T., Clark, T. T., Kollins, S. H., McClernon, F. J. ve Fuemmeler, B. F.** (2015). Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms and smoking trajectories: Race and gender differences. *Drug And Alcohol Dependence*, 148, 180-187. DOI: 10.1016/j.drugaldep.2015.01.002
- Lewis, J. A.** (1999). Statistical principles for clinical trials (ICH E9): an introductory note on an international guideline. *Statistics in medicine*, 18(15), 1903-1942.
- Li, W., Zhang, W., Xiao, L. ve Nie, J.** (2016). The association of internet addiction symptoms with impulsiveness, loneliness, novelty seeking and behavioral inhibition system among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research*, 243, 357-364. DOI: 10.1016/j.psychres.2016.02.020
- Linehan, M. M.** (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M. M.** (2015). *DBT Skills Training Manual*. New York: The Guilford Press.
- Lopez, R., Dauvilliers, Y., Jaussent, I., Billieux, J. ve Bayard, S.** (2015). A multidimensional approach of impulsivity in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 227(2-3), 290-295. DOI: 10.1016/j.psychres.2015.03.023
- López-Pinar, C., Martínez-Sanchís, S., Carbonell-Vayá, E., Fenollar-Cortés, J. ve Sánchez-Meca, J.** (2018). Long-term efficacy of psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Frontiers in psychology*, 9, 638. DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00638
- Malloy-Diniz, L., Fuentes, D., Borges Leite, W., Correa, H. ve Bechara, A.** (2007). Impulsive behaviour in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: Characterization of attentional, motor and cognitive impulsiveness. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(4), 1-6. Doi: 10.1017/S1355617707070889
- Materna, L., Wiesner, C. D., Shushakova, A., Trieloff, J., Weber, N., Engell, A., ... ve Ohrmann, P.** (2019). Adult patients with ADHD differ from healthy controls in implicit, but not explicit, emotion regulation. *Journal Of Psychiatry & Neuroscience: JPN*, 44(5), 340. DOI: 10.1503/jpn.180139.
- Matthies, S., Philipsen, A., Lackner, H. K., Sadohara, C. ve Svaldi, J.** (2014). Regulation of sadness via acceptance or suppression in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Psychiatry Research*, 220(1-2), 461-467.
- McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del’Homme, M., Lynn, D. E. ve Loo, S.** (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1621-1627.

- McHugh, R. K. ve Otto, M. W.** (2012). Refining the measurement of distress intolerance. *Behavior therapy*, 43(3), 641-651.
- McKee, T. E.** (2017). Peer relationships in undergraduates with ADHD symptomatology: Selection and quality of friendships. *Journal of Attention Disorders*, 21(12), 1020-1029. DOI: 10.1177/1087054714554934
- McRae, K., Misra, S., Prasad, A. K., Pereira, S. C. ve Gross, J. J.** (2012). Bottom-up and top-down emotion generation: implications for emotion regulation. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 7(3), 253-262. DOI: 10.1093/scan/nsq103
- Mehrotra, D. V., Hemmings, R. J., Russek-Cohen, E. ve ICH E9/R1 Expert Working Group.** (2016). Seeking harmony: estimands and sensitivity analyses for confirmatory clinical trials. *Clinical Trials*, 13(4), 456-458.
- Meyer, J., Ramklint, M., Hallerbäck, M. U., Lööf, M. ve Isaksson, J.** (2021). Evaluation of a structured skills training group for adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomised controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-13.
- Miller, D. J., Derefinko, K. J., Lynam, D. R., Milich, R. ve Fillmore, M. T.** (2010). Impulsivity and attention deficit-hyperactivity disorder: subtype classification using the UPPS impulsive behavior scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(3), 323-332. DOI: 10.1007/s10862-009-9155-z
- Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B. ve Looper, K.** (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 637-646. DOI: 10.1111/1469-7610.00150
- Morgensterns, E., Alfredsson, J. ve Hirvikoski, T.** (2016). Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial. *ADHD Atten Def Hyp Disord*, 8, 101-111. DOI 10.1007/s12402-015-0182-1
- Moritz, G. R., Pizutti, L. T., Cancian, A. C., Dillenburg, M. S., de Souza, L. A., Lewgoy, L. B., ... ve Rohde, L. A.** (2021). Feasibility trial of the dialectical behavior therapy skills training group as add-on treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 77(3), 516-524. DOI: 10.1002/jclp.23049
- Moyá, J., Stringaris, A. K., Asherson, P., Sandberg, S. ve Taylor, E.** (2014). The impact of persisting hyperactivity on social relationships: A community-based, controlled 20-year follow-up study. *Journal of Attention Disorders*, 18(1), 52-60.
- Mörstedt, B., Corbisiero, S., Bitto, H. ve Stieglitz, R. D.** (2016). Emotional symptoms and their contribution to functional impairment in adults

with attention-deficit/hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 8(1), 21-33.

- Nasri, B., Castenfors, M., Fredlund, P., Ginsberg, Y., Lindefors, N. ve Kaldo, V.** (2017). Group Treatment for Adults With ADHD Based on a Novel Combination of Cognitive and Dialectical Behavior Interventions: A Feasibility Study. *Journal of Attention Disorders*, 1-13. DOI: 10.1177/1087054717690231
- Oerbeck, B., Overgaard, K., Pripp, A. H., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T. ve Zeiner, P.** (2019). Adult ADHD symptoms and satisfaction with life: Does age and sex matter?. *Journal of Attention Disorders*, 23(1), 3-11.
- Özdemiroğlu, F. A.** (2006). Genel Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu'na Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi.
- Öztürk, O. ve Uluşahin, A.** (2015). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları (1. baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Özyeşil, Z., Arslan, C., Kesici, Ş. ve Deniz, M. E.** (2011). Bilinçli Farkındalık Ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 36(160), 224-235.
- Patton, J. H., Stanford, M. S. ve Barratt, E. S.** (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Philipsen, A.** (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256(1), 42-46. DOI: 10.1007/s00406-006-1006-2
- Philipsen, A., Graf, E., Van Elst, L. T., (...) Berger, M.** (2010). Evaluation of the efficacy and effectiveness of a structured disorder tailored psychotherapy in ADHD in adults: study protocol of a randomized controlled multicentre trial. *ADHD Atten Def Hyp Disord*. 2(4), 203-212 DOI 10.1007/s12402-010-0046-7
- Philipsen, A., Jans, T., Graf, E., Matthies, S., Borel, P., Colla, M., (...) ve van Elst, L. T.** (2015). Effects of group psychotherapy, individual counseling, methylphenidate, and placebo in the treatment of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(12), 1199-1210. DOI:10.1001/jamapsychiatry.2015.2146
- Philipsen, A., Richter, H., Peters, J., Alm, B., Sobanski, E., Colla, M., (...) & Hesslinger, B.** (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder: results of an open multicentre study. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(12), 1013-1019. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31815c088b

- Pavot, W. ve Diener, E.** (2008). The Satisfaction With Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology*, 3(2), 137-152, DOI: 10.1080/17439760701756946
- Pavot, W., Diener, E. D., Colvin, C. R., ve Sandvik, E.** (1991). Further validation of the Satisfaction with Life Scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. *Journal of personality assessment*, 57(1), 149-161.
- Polit, D. F. ve Gillespie, B. M.** (2010). Intention-to-treat in randomized controlled trials: Recommendations for a total trial strategy. *Research in Nursing & Health*, 33(4), 355-368. Doi: 10.1002/nur.20386
- Prada, P., Nicastro, R., Zimmermann, J., Hasler, R., Aubry, J. M. ve Perroud, N.** (2015). Addition of methylphenidate to intensive dialectical behaviour therapy for patients suffering from comorbid borderline personality disorder and ADHD: a naturalistic study. *ADHD Atten Def Hyp Disord*, 7, 199–209. DOI: 10.1007/s12402-015-0165-2
- Qian, Y., Chang, W., He, X., Yang, L., Liu, L., Ma, Q., ... ve Wang, Y.** (2016). Emotional dysregulation of ADHD in childhood predicts poor early-adulthood outcomes: a prospective follow up study. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 428-436.
- Quintero, J., Morales, I., Vera, R., Zuluaga, P. ve Fernández, A.** (2019). The impact of adult ADHD in the quality of life profile. *Journal of Attention Disorders*, 23(9), 1007-1016. DOI: 10.1177/1087054717733046
- Raz, S. ve Leykin, D.** (2015). Psychological and cortisol reactivity to experimentally induced stress in adults with ADHD. *Psychoneuroendocrinology*, 60, 7-17. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2015.05.008
- Reimherr F.W., Marchant B.K., Strong R.E., Hedges D.W., Adler L., Spencer T.J. ve ark.** (2005) Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biol Psychiatry*, 58:125-131.
- Reimherr F.W., Williams E.D., Strong R.E., Mestas R., Soni P. ve Marchant B.K.** (2007) A double-blind, placebo-controlled, crossover study of osmotic release oral system methylphenidate in adults with ADHD with assessment of oppositional and emotional dimensions of the disorder. *J Clin Psychiatry*, 68, 93-101.
- Reneker, J. C., Hassen, A., Phillips, R. S., Moughiman, M. C., Donaldson, M., ve Moughiman, J.** (2017). Feasibility of early physical therapy for dizziness after a sports-related concussion: A randomized clinical trial. *Scandinavian journal of medicine & science in sports*, 27(12), 2009-2018. DOI: 10.1111/sms.12827
- Richard-Lepouriel, H., Kung, A. L., Hasler, R., Bellivier, F., Prada, P., Gard, S., ... ve Aubry, J. M.** (2019). Impulsivity and its association with childhood trauma experiences across bipolar disorder, attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Journal of affective disorders*, 244, 33-41. DOI: 10.1016/j.jad.2018.07.060

- Rodriguez, D., Tercyak, K. P. ve Audrain-McGovern, J.** (2008). Effects of inattention and hyperactivity/impulsivity symptoms on development of nicotine dependence from mid adolescence to young adulthood. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(6), 563-575. DOI: 10.1093/jpepsy/jsm100
- de Rooij, S. R., Schene, A. H., Phillips, D. I. ve Roseboom, T. J.** (2010). Depression and anxiety: Associations with biological and perceived stress reactivity to a psychological stress protocol in a middle-aged population. *Psychoneuroendocrinology*, 35(6), 866-877. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2009.11.011
- Rosa, A. R., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares, M., ... ve Vieta, E.** (2007). Validity and reliability of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 1-8. DOI: 10.1186/1745-0179-3-5
- Saccaro, L. F., Schilliger, Z., Perroud, N. ve Piguet, C.** (2021). Inflammation, Anxiety, and Stress in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biomedicines*, 9(10), 1313. DOI: 10.3390/biomedicines9101313
- Saydam, R. B., Ayvaşık, H. B. ve Alyanak, B.** (2015). Executive functioning in subtypes of attention deficit hyperactivity disorder. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 52(4), 386. DOI: 10.5152/npa.2015.8712
- Senn, S. J.** (1994) Testing for baseline balance in clinical trials. *Statistics in Medicine*, 13(17), 1715-1726.
- Senn, S. J.** (2006). Change from baseline and analysis of covariance revisited. *Statistics in medicine*, 25(24), 4334-4344. Doi: 10.1002/sim.2682
- Seow, L. L., Collins, K., Page, A. C. ve Hooke, G. R.** (2021). Outcomes of brief versions of Dialectical Behaviour Therapy for diagnostically heterogeneous groups in a routine care setting. *Psychotherapy Research*, 1-16. DOI: 10.1080/10503307.2021.1933240
- Shadish, W., Cook, T. D. ve Campbell, D. T.** (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Shaughnessy, J. J., Zechmeister, E. B. ve Zechmeister, J. S.** (2015). Research methods in psychology (tenth edition). NY:McGraw-HillEducation.
- Silverstein, M. J., Alperin, S., Faraone, S. V., Kessler, R. C., ve Adler, L. A.** (2018). Test-retest reliability of the adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) v1.1 Screener in non-ADHD controls from a primary care physician practice. *Family practice*, 35(3), 336-341.
- Skirrow, C., Ebner-Priemer, U., Reinhard, I., Malliaris, Y., Kuntsi, J. ve Asherson, P.** (2014). Everyday emotional experience of adults with

- attention deficit hyperactivity disorder: evidence for reactive and endogenous emotional lability. *Psychological medicine*, 44(16), 3571-3583.
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., ... ve Rietschel, M. (2007).** Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 257(7), 371-377. DOI: 10.1007/s00406-007-0712-8
- Soldz, S., Budman, S., Demby, A. ve Merry, J. (1995).** A short form of the inventory of interpersonal problems circumplex scales. *Assessment*, 2(1), 53-63.
- Southward, M. W., Eberle, J. W. ve Neacsiu, A. D. (2021).** Multilevel associations of daily skill use and effectiveness with anxiety, depression, and stress in a transdiagnostic sample undergoing dialectical behavior therapy skills training. *Cognitive behaviour therapy*, 1-16. DOI: 10.1080/16506073.2021.1907614
- Stahl, S. M. (2000).** *Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge university press.
- Stang, A. ve Baethge, C. (2018).** Imbalance p values for baseline covariates in randomized controlled trials: a last resort for the use of p values? A pro and contra debate. *Clinical epidemiology*, 10, 531. Doi:10.2147/CLEP.S161508
- Stickley, A., Koyanagi, A., Takahashi, H., Ruchkin, V., Inoue, Y., Yazawa, A. ve Kamio, Y. (2018).** Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and happiness among adults in the general population. *Psychiatry research*, 265, 317-323.
- Stickley, A., Koyanagi, A., Takahashi, H., Ruchkin, V. ve Kamio, Y. (2017).** Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and loneliness among adults in the general population. *Research in Developmental Disabilities*, 62, 115-123.
- Streiner, D. L. (2019).** Statistics Commentary Series: Commentary No. 31: The Uses and Misuses of the Analysis of Covariance. *Journal of clinical psychopharmacology*, 39(2), 97-99. DOI: 10.1097/JCP.0000000000001009
- Swanson, E. N., Owens, E. B. ve Hinshaw, S. P. (2014).** Pathways to self-harmful behaviors in young women with and without ADHD: A longitudinal examination of mediating factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(5), 505-515.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1994).** Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.

- Şahin, N.H., Durak-Batgün, A. ve Uğurtaş, S.** (2002). Kısa Semptom Envanteri: Türk gençleri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 9(31), 44-56.
- Şeker, H. F.** (2018). Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Hastalarda internet Bağımlılığı Düzeyinin Bağlanma Biçimi, Başa Çıkma Tutumları, Yaşam Kalitesi ve Yalnızlık Düzeyleri İle İlişkisi [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi.
- Tamam, L., Güleç, H. ve Karataş, G.** (2013). Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe uyarlama çalışması [Short Form of Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11-SF) Turkish Adaptation Study]. *Nöropsikiyatri Arşivi [Archives of Neuropsychiatry]*, 50, 130-134. DOI: 10.4274/npa.y 6296
- Tatar, Z. B., Yargıç, İ., Oflaz, S. ve Büyükgök, D.** (2015). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda duygu tanımının dikkat ve dürtüsellik belirtileri ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 26, 172-180.
- Tateno, M., Teo, A. R., Shirasaka, T., Tayama, M., Watabe, M. ve Kato, T. A.** (2016). Internet addiction and self-evaluated attention-deficit hyperactivity disorder traits among Japanese college students. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 70(12), 567-572. DOI: 10.1111/pcn.12454
- Thoma, P., Sonnenburg, S., Marcinkowski, N., Juckel, G., Edel, M. A. ve Suchan, B.** (2020). Social problem solving in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 285, 112721.
- Torrente, F., López, P., Prado, D. A., Kichic, R., Cetkovich-Bakmas, M., Lischinsky, A. ve Manes, F.** (published online in 2012). Dysfunctional cognitions and their emotional, behavioral and functional correlates in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Is the cognitive-behavioral model valid? *Journal of Attention Disorders*, 1–13. DOI: 10.1177/1087054712443153
- Trowman, R., Dumville, J. C., Torgerson, D. J. ve Cranny, G.** (2007). The impact of trial baseline imbalances should be considered in systematic reviews: a methodological case study. *Journal of clinical epidemiology*, 60(12), 1229-1233.
- Üstündağ-Budak, A. M., Özeke-Kocabaş, E. ve Ivanoff, A.** (2019). Dialectical behaviour therapy skills training to improve Turkish college students' psychological well-being: A pilot feasibility study. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 41(4), 580-597. DOI: 10.1007/s10447-019-09379-5
- Waite, P.** (2022). Protocol for a randomised controlled feasibility study examining the efficacy of brief cognitive therapy for the treatment of panic disorder in adolescents (PANDA). *Pilot and feasibility studies*, 8(1), 1-16. DOI: 10.1186/s40814-022-01009-z

- Wang, B., Ogburn, E. ve Rosenblum, M.** (2018). Analysis of Covariance (ANCOVA) in Randomized Trials: More Precision, Less Conditional Bias, and Valid Confidence Intervals, Without Model Assumptions. Johns Hopkins University, *Dept. of Biostatistics Working Papers. Working Paper 292*. <https://biostats.bepress.com/jhubiostat/paper292>
- Weafer, J., Milich, R. ve Fillmore, M. T.** (2011). Behavioral components of impulsivity predict alcohol consumption in adults with ADHD and healthy controls. *Drug and Alcohol Dependence*, 113(2-3), 139-146. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2010.07.027
- Weiner, L., Perroud, N. ve Weibel, S.** (2019). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder in adults: a review of their links and risks. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 15, 3115-3129. DOI: 10.2147/NDT.S192871
- Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D. ve Reynolds, S. K.** (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology*, 19(7), 559-574. DOI: 10.1002/per.556
- Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D. ve Spencer, T. J.** (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbidity disorders in Clinically Referred Adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1557-1562. DOI: 10.4088/JCP.08m04785pur
- Wilks, C. R., Valenstein-Mah, H., Tran, H., King, A. M., Lungu, A. ve Linehan, M. M.** (2017). Dialectical behavior therapy skills for families of individuals with behavioral disorders: Initial feasibility and outcomes. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 288-295. DOI: 10.1016/j.cbpra.2016.06.004
- Wymbs, B. T.** (2018). Investigating self-control resource depletion as a situational risk factor for aversive interpartner communication by young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1087054718779228
- Van Breukelen, G. J. ve Van Dijk, K. R.** (2007). Use of covariates in randomized controlled trials. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13(5), 903-904. Doi: 10.10170S1355617707071147
- Yapıcıoğlu, B.** (2010). Sivas İl Merkezinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaygınlığı Ve Eşlik Eden Eksen I-Eksen II Tanıları. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Yen, J. Y., Liu, T. L., Wang, P. W., Chen, C. S., Yen, C. F. ve Ko, C. H.** (2017). Association between internet gaming disorder and adult attention deficit and hyperactivity disorder and their correlates: Impulsivity and hostility. *Addictive behaviors*, 64, 308-313. DOI: 10.1016/j.addbeh.2016.04.024

- Yen, J. Y., Ko, C. H., Yen, C. F., Wu, H. Y. ve Yang, M. J.** (2007). The comorbid psychiatric symptoms of internet addiction: attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD), depression, social phobia, and hostility. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 93-98. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2007.02.002
- Yılmaz, T., Karaş, H. ve Tan, D.** (2020). Relationship between theory of mind, impulsivity and cognitive functions in adult attention deficit and hyperactivity disorder. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 21(2), 149-157. DOI: 10.5455/apd.48920
- Yiğit, İ. ve Güzey-Yiğit, M.** (2017). Psychometric properties of Turkish version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 1-9. DOI: 10.1007/s12144-017-9712-7.
- Yildirim, E. A., Kaşar, M., Gdk, M., Ateş, E., Kkparlak, İ. ve zalmete, E. O.** (2011). Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe Gvenirlik alışması. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 22(3).
- Young, S.** (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38, 809–816.
- Young, S., Sedgwick, O., Fridman, M., Gudjonsson, G., Hodgkins, P., Lantigua, M. ve González, R. A.** (2015). Co-morbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(12), 2499-2510. DOI: 10.1017/S0033291715000598
- Zhang, S., Paul, J., Nantha-Aree, M., Buckley, N., Shahzad, U., Cheng, J., ... ve Thabane, L.** (2014). Empirical comparison of four baseline covariate adjustment methods in analysis of continuous outcomes in randomized controlled trials. *Clinical epidemiology*, 6, 227. DOI: 10.2147/CLEP.S56554

EKLER

EK 1

Sosyal Medyada Paylaşılan Afişler



HANGİ ALANLARDA BECERİ KAZANIMI HEDEFLENİYOR?

- Bilinçli Farkındalık
- Duyguları Düzenleme
- Kişilerarası İlişkileri Yönetme
- Stresle Baş Etme

Eğitim, 12 hafta boyunca haftada bir gün grup halinde gerçekleşecektir.

KİMLER KATILABİLİR?

- 18 yaşın üzerinde olan,
- "Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu" tanısı almış olan,
- Doktor kontrolünde ilaç kullanıyor olan kişiler çalışmaya katılabilir.

İLETİŞİM

Vahide Ulusoy Gökçek
Klinik Psikolog

*Kontenjan sınırlıdır.

EK 2

Çalışmanın El Broşürü

Günlük hayatını düzenlemekte, verilen işleri takip etmekte, düzenli ve tutarlı bir yol çizmekte, potansiyelini ortaya koymakta zorlanan dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip her yetişkine uygundur.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İçin Diyalektik Beceriler

İletişim

Vahide Ulusoy Gökçek
Klinik Psikolog,
[Redacted]

Hakkımızda

Bu çalışma dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip yetişkinlere günlük hayatlarıyla daha güçlü baş etmelerini sağlayacak çok yönlü beceriler kazandırmayı hedeflemektedir.

Bu çalışma Vahide Ulusoy Gökçek tarafından FSM Vakıf Üniversitesi ve Medeniyet Üniversitesi Ortak Klinik Psikoloji Doktora Programında yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışma, 1002-Hızlı Destek Programı kapsamında TÜBİTAK tarafından desteklenmektedir.

Bu çalışma neler içeriyor?

Beceri Eğitimi

- Dört farklı alanda beceriler kazandırmayı hedefliyoruz:
 - Bilinçli farkındalık
 - Duygulan düzenleme
 - Kişilerarası ilişkileri etkin bir şekilde yönetme
 - Stresle baş etme

Terapi Modelimiz

- Diyalektik Davranış Terapisinin grup çalışmasını uyguluyoruz.
- 12 hafta boyunca, haftada bir gün grup halinde bir araya gelerek yeni beceriler öğreniyoruz.

Ekibimiz

- Grup oturumlarının terapisti Klinik Psikolog Vahide Ulusoy Gökçek'tir.
- Çalışmaya Doç. Dr. Aynur Görmez ve diyalektik davranış terapisti Doç. Dr. İşıl Bilican danışmanlık yapmaktadır.

Katılmak İçin Ne Gerekli?

- Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış olmanız ve belli bir takip altında bulunmanız gerekmektedir.

Size Ulaşalım:

Adınız ve Soyadınız: _____

Telefon numaranız/GSM: _____

E-postanız: _____

EK 3

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın **Gönüllü Adayı,**

Sizi, Doç Dr. Fatma Işıl Bilican Yurteri ve Doç. Dr. Aynur Görmez danışmanlığında yürütülen “Diyalektik Davranış Terapisi Grup Beceri Eğitiminin Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Üzerindeki Etkililiğinin İncelenmesi” başlıklı araştırma projesine davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın ne amaçla ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları ve rahatsızlıklarını bilmeniz ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Bu form araştırma sorumlusu olan bizler tarafından size sözel olarak aktarılan bilgilendirmenin yazılı şeklini içermektedir. Formu imzalamadan önce size sözel olarak anlatılan aşağıdaki bilgileri bu defa da dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, tarafınızca imzalanan bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Her iki durumda da hiçbir yaptırıma ve hak kaybına maruz kalmayacağınızı bildirmek isteriz.

Araştırma Sorumlusu
Vahide Ulusoy Gökçek, Öğr. Gör.

Bu “Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu” 2 bölümden oluşmaktadır;

- 1) BİLGİLENDİRME**
- 2) RIZA**

BÖLÜM 1: BİLGİLENDİRME

• ARAŞTIRMANIN AMACI NEDİR?

Gönüllü olmaya davet ettiğimiz çalışma bir bilimsel araştırmadır. Bu çalışmanın amacı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan yetişkinlerin günlük hayatlarında sıkça karşılaştıkları çok yönlü problemlerle daha iyi baş etmelerini sağlayan beceriler kazandırmak ve bu yolla psikolojik belirtilerini azaltmaktır.

• ARAŞTIRMAYA DAİR ARAŞTIRMACI VE KATILIMCI HAKKINDA BİLGİLER

Bu araştırma doktora eğitimi tez döneminde bulunan Vahide Ulusoy Gökçek tarafından Doç. Dr. Fatma Işıl Bilican Yurteri ve Doç. Dr. Aynur Görmez danışmanlığında

yürütülmektedir. Araştırmaya en az dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış 30 yetişkinin katılması hedeflenmektedir. Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz ettiğiniz takdirde sizi aşağıdaki gibi bir süreç cereyan edecektir:

- Önce sizinle tam amaçlı klinik bir görüşme yapılacaktır. Bu görüşme bireyseldir ve yalnızca bir kez yapılacaktır. Bu görüşme doğrultusunda araştırmacılar çalışmaya katılmaya uygun olmadığınızda karar verilecektir.
- Çalışmaya dahil edildiğiniz durumda, uygulama aşamasına başlamış olacaksınız. Bu aşamada gönüllülere 12 hafta boyunca, haftada bir kez, yaklaşık iki buçuk saat sürecek bir beceri eğitimi verilecektir. Beceri eğitimi grup hâlinde yürütülecektir. Beceri eğitimlerinde terapist araştırmacının sorumlusu olan Vahide Ulusoy Gökçek'tir ve her oturumda ona bir eş terapist eşlik edecektir. Bu eş terapistler bulunduğunuz gruba göre klinik psikoloji yüksek lisans öğrencileri Esra Özsoy ve Hatice Kübra Uysal olacaktır.
- 12 hafta tamamlandıktan sonra dilerseniz sizinle tek sefere mahsus yaklaşık 30 dakika sürecek bir görüşme daha yapılacaktır. Bu görüşmede birkaç açık uçlu soruya cevap vererek dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip olmanın nasıl bir deneyim olduğunu anlatmanız beklenecektir.
- **ARAŞTIRMA KAPSAMINDA NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR? YÖNTEM VE İŞLEMLER NELERDİR?**

Bu araştırmaya katılan gönüllülere diyalektik davranış terapisinin geliştirdiği dört modülden oluşan beceri eğitimi verilecektir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu hakkında kısa bir bilgilendirmeden sonra sırasıyla bilinçli farkındalık, duyguları düzenleme, kişilerarası ilişkilerde etkin olma ve strese tahammül becerileri ele alınacaktır.

Oturumlar sırasında kişi katılımının 7'yi geçmemesine, salgın önlemlerini sağlayacak ölçüde mesafeli bir oturma düzenine, havalandırmaya, dezenfektan kullanımına, siperlik ya da maske kullanımına dikkat edilecektir.

Her gönüllüden beceri eğitimine başlamadan önce, eğitimin bitiminde ve üç ay sonrasında belirlenen anketleri doldurması istenecektir. Diyalektik davranış terapisinin beceri eğitiminde herhangi bir risk öngörülmemektedir.

- **ARAŞTIRMANIN BİLİME VE SİZE OLASI FAYDALARI NELERDİR?**

Diyalektik davranış terapisinin beceri eğitimi size dört önemli alanda beceri kazandırmayı hedeflemektedir: Farkındalık, duyguları düzenleme, kişilerarası ilişkilerde etkin olma ve strese tahammül. Bu beceriler günlük hayatta karşılaştığınız ve üstesinden gelmekte zorlandığınız dikkatle, öfkeyle, yoğun duygularla, stresle, kendinize yeterince saygı duymamakla ve ilişkilerinizle ilgili problemlerle baş edebilmeniz için size zengin bir kaynak sunmaktadır. Bu beceriler hayatta karşılaştığınız sorunlarla daha sağlıklı bir biçimde baş edebilmeniz için geliştirilmiştir.

Ayrıca bu araştırmaya katılarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu bulunan yetişkinlere uygulanabilecek bir müdahale yöntemi geliştirilmesine ve bu yöntemin başka uzmanlar arasında da yaygınlaşmasına katkı sağlamış olacaksınız. Böylece bu bozukluktan muzdarip insanların diledikleri takdirde bu hizmeti alabilecekleri daha fazla uzman bulunabilecektir.

- **ARAŞTIRMAYA KATILMA / AYRILMA KONUSUNDA HAKLARINIZ VE ARAŞTIRMACININ HAKLARINIZI KORUMA GÜVENCESİ**

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Beceri eğitimi başladıktan sonra oturumlara katılımınız çalışma için önem arz etmektedir. Grup oturumlarına en fazla iki kez habersiz devamsızlık yapan gönüllüler çalışmadan çıkarılacaktır. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında herhangi bir ceza ya da yaptırım söz konusu olmayacaktır.

Araştırmanın sonuçları bilimsel ve eğitim amaçları ile kullanılacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak, gizli tutulacak, araştırma yayımlandığında da kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır. Araştırma tamamlanmadan çekilme hakkınızı kullanmanız ya da çıkarılmanız halinde anonimleşmiş bilgiler hariç sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır.

Grup oturumları kayda alınacaktır. Kayıtlar grupta yer alan katılımcılarla öğrendikleri becerileri tekrar edebilmeleri amacıyla paylaşılacaktır. Araştırmacılar tarafından ise yalnızca bilimsel ve eğitim amacıyla kullanılacak ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.

- **İLETİŞİM KURULACAK KİŞİ(LER)**

Çalışmayla ilgili bilgi alma veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durumda ulaşabileceğiniz kişiye ait isim ve telefon numarası aşağıda belirtilmiştir:

Vahide Ulusoy Gökçek: *****
Esra Özsoy: *****
Hatice Kübra Uysal: *****

- **YUKARIDA BELİRTİLEN HUSUSLAR DIŞINDA SORULARINIZ VAR İSE, BU BÖLÜME EKLENERSENİZ CEVAPLANDIRILACAKTIR.**

Gönüllünün sorduğu ek sorular ve cevapları

Ek bir soru bulunmamaktadır.

BÖLÜM 2: RIZA / ONAY / ONAM

Yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırmaya ilişkin bilgilendirme bölümünü okudum ve aşağıda imzası olan araştırmacı tarafından önce sözlü sonra yazılı olarak bilgilendirildim. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- 1) Söz konusu uygulamalı araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.
- 2) Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum/kuruluşların erişebilmesine,
- 3) Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz dışına aktarılmasına izin veriyorum.

Ek başkaca bir açıklamaya gerek duymadan, hiçbir baskı altında kalmadan ve bilinçli olarak bu klinik araştırmaya katılmayı onaylıyorum

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Yukarıda ismi yazılı gönüllüye / yasal temsilcisine tarafımdan araştırmanın amacı, içeriği, yöntemi, fayda ve riskleri, gönüllüye ait haklar konusunda açıklamalar yapılmıştır. Hastanın soruları yanıtlanmıştır. Ayrıca gönüllünün / yasal temsilcisinin işbu formu ayrıntılı inceleyerek imzalaması sağlanmıştır.

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı: Vahide Ulusoy Gökçek

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../..../....

EK 4

KULLANILAN ÖLÇME ARAÇLARI

1. Demografik Bilgi Formu:

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

3. Medeni durum:

4. Eğitim durumu:

5. Meslek:

6. Mesleki durum:

- a) Tam zamanlı çalışıyor
- b) Yarım zamanlı çalışıyor
- c) Çalışmıyor
- d) İşsiz
- e) Öğrenci

7. Yaşadığı yer:

- a) Ailemle yaşıyorum
- b) Eşim ve çocuklarımla yaşıyorum
- c) Yalnız yaşıyorum
- d) Ev arkadaşımıyla yaşıyorum
- e) Diğer ...

8. Çocuğum:

- a) Yok
- b) ... tane var.

9. Ekonomik durumum:

- a) Kendim geçinemiyorum, maddi destek alıyorum.
- b) Kazancımla zar zor geçinebiliyorum.
- c) Kazancımla orta halli geçinebiliyorum.
- d) Kazancımla rahat geçiniyorum.
- e) Maddi durumum oldukça iyi.

10. Bana yetişkin çağımda Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu:

- a) tanısı kondu.
- b) tanısı konmadı.

11. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu için:

a) İlacımı kullanıyorum.

b) ilaç kullanmıyorum.

13. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu için:

a) ... hastanesinde kontrollerime devam ediyorum

b) ... isimli doktor ile tedavimi sürdürüyorum.

14. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tedavisini:

a) sürdürüyorum.

b) uzun zaman sürdürdüm ancak bir süredir bıraktım.

c) Uzun zamandır tedaviyi bıraktım.

d) Covid-19 sürecinde tedaviyi bıraktım.

15. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu dışında bir başka ruhsal problemim:

a) var ve adı ...

b) yok

16. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu için daha önce:

a) Yetişkinlere yönelik psikoterapi desteği aldım.

b) Yetişkinlere yönelik psikoterapi desteği almadım.

17. Şu an

a) Psikoterapiye devam ediyorum.

b) Psikoterapiye devam etmiyorum.

18. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna yönelik 13 haftalık Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) grup beceri eğitimi Covid-19 riskine yönelik hijyen ve sosyal mesafe önlemleri alınarak sürdürülecektir.

Siz DDT grup beceri eğitimini hangi şekilde almak istersiniz?

a) Yüz yüze şekilde bir araya toplanarak

b) Online toplanarak

c) Fark etmez

2. Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (Asrs-1):

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
A BÖLÜMÜ					
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					

3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
B BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					

3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ):

İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğümüzü ve davrandığımızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi dikkatlice kuyun ve size en uygun durumun karşılığı içine x işaretini koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız hızlı ve dürüstçe cevaplayınız.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen/ Her zaman
1.	İşlerimi dikkatle planlarım.				
2.	Düşünmeden iş yaparım.				
3.	Dikkat etmem.				
4.	Uçuşan düşüncelerim var.				
5.	Dikkatli düşünen birisiyim.				
6.	İş güvenliğine dikkat ederim.				
7.	Düşünmeden bir şeyler söylerim.				
8.	Düşünmeden hareket ederim.				
9.	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
10.	Aklıma estiği gibi hareket ederim.				
11.	Düşünerek hareket ederim.				
12.	Düşünmeden alışveriş yaparım.				
13.	Hobilerimi değiştiririm.				
14.	Kazandığımdan daha fazla harcarım.				
15.	Geleceğini düşünen birisiyim				

4. Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ):

	Hemen hemen her zaman	Çoğu zaman	Bazen	Nadiren	Oldukça Seyrek	Hemen hemen her zaman
1. Bazı duygular yaşıyor ve bir süre bunun farkına varmamış olabiliyorum.						
2. İtina etmediğimden, dikkatsizlikten ya da o sırada başka bir şey düşündüğümünden eşyaları kırdığım ya da etrafa saçtığım olur.						
3. Bir şey olurken, o anda olanlara odaklanmakta güçlük çekerim.						

4. Gideceğim yere, yol boyunca yaşadıklarına dikkat etmeden, hızlıca yürümeye meyilliyimdir.						
5. Gerçekten dikkatimi çekmediği sürece, fiziksel gerginlik veya rahatsızlık hislerinin farkına varmam.						
6. Birinin adını neredeyse bana ilk söylendiği anda unuturum.						
7. Ne yaptığının pek farkında olmadan otomatik yaşıyor gibiyim.						
8. Ne yaptığının farkında olmadan günlük işlere koştururum.						
9. Başarmak istediğim hedefe öyle odaklanırım ki, ona ulaşmak için o an ne yaptığının farkına bile varmam.						
10. İşleri veya görevleri, otomatik olarak, ne yaptığının farkına varmadan yaparım.						
11. Kendimi, bir kulağımla karşımdakini dinleyip, aynı anda başka bir şey yaparken bulurum.						
12. Arabayı bir yerlere otomatik pilota gibi sürer, sonra oraya neden gittiğime şaşırırım.						
13. Kendimi, gelecek ya da geçmişle uğraşırken bulurum.						
14. Kendimi dikkatimi vermeden bir şeyler yaparken bulurum.						
15. Ne yediğimin farkında olmadan atıştırırım.						

5. Duygu Düzenlemede Güçlükler Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ):

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (% 0-10)	Bazen (% 11-35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36-65)	Çoğu zaman (% 66-90)	Hemen hemen her zaman (% 91-100)
1. Duyularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					

2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
4. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
5. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağına inanırım.					
6. Kendimi kötü hissetmenin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
7. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
8. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım korkusu yaşarım.					
9. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
10. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
12. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
16. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

6. KİŞİLERARASI PROBLEMLER ENVANTERİ DÖNGÜSEL ÖLÇEKLERİ KISA FORMU (IIP-C):

İnsanlar başkalarıyla ilişkilerinde aşağıda belirtilen problemleri yaşadıklarını ifade etmektedirler. Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuyun ve her maddeyi hayatınızdaki HERHANGİ BİR ÖNEMLİ KİŞİYLE (aile bireyleri, dostlar, iş arkadaşları gibi) İLİŞKİNİZDE sizin için problem olup olmadığına göre değerlendirin. Problemin SİZİN İÇİN NE KADAR RAHATSIZ EDİCİ OLDUĞUNU numaralandırılmış daireleri yuvarlak içine alarak belirtiniz.

Aşağıdaki ifadeler başkalarıyla ilişkilerinizde yapmakta ZORLANDIĞINIZ şeylerdir. Benim için,	Hiç değil	Biraz	Orta derecede	Oldukça	Fazlasıyla
1. Başkalarına hayır demek zordur.					

2. Gruplara katılmak zordur.					
3. Bir şeyleri kendime saklamak zordur.					
4. Birine beni rahatsız etmemesini söylemek zordur.					
5. Kendimi yeni insanlara tanıtmak zordur.					
6. İnsanları ortaya çıkan problemlerle yüzleştirmek zordur.					
7. Başkalarına kendimi rahatlıkla ifade etmek zordur.					
8. Başkalarına kızgınlığımı belli etmek zordur.					
9. Başkalarıyla sosyalleşmek zordur.					
10. İnsanlara sıcaklık/şefkat göstermek zordur.					
11. İnsanlarla anlaşmak/geçinmek zordur.					
12. Başkalarıyla ilişkimde, gerektiğinde kararlı durabilmek zordur.					
13. Başka birisi için sevgi/aşk hissetmek zordur.					
14. Başka birinin hayatındaki amaçları için destekleyici olmak zordur.					
15. Başkalarına yakın hissetmek zordur.					
16. Başkalarının problemlerini gerçekten umursamak zordur.					
17. Başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarımdan öne koymak zordur.					
18. Başka birinin mutluluğundan memnun olmak zordur.					
19. Başkalarından benimle sosyal amaçlı bir araya gelmesini istemek zordur.					
20. Başkalarının duygularını incitmekten endişe etmesizin kendimi rahatlıkla ifade etmek zordur.					
Aşağıdaki ifadeler ÇOK FAZLA yaptığımız şeylerdir.					
21. İnsanlara fazlasıyla açılırım/içimi dökerim.					
22. Başkalarına karşı fazlasıyla agresifim/saldırganım.					
23. Başkalarını memnun etmek için fazlasıyla uğraşırım.					
24. Fark edilmeyi fazlasıyla isterim.					
25. Başkalarını kontrol etmek için fazlasıyla uğraşırım.					
26. Sıklıkla (fazlasıyla) başkalarının ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarımdan önüne koyarım.					
27. Başkalarına karşı fazlasıyla cömertim.					
28. Kendi istediğimi elde edebilmek için başkalarını fazlasıyla yönlendiririm.					
29. Başkalarına kişisel bilgilerimi fazla anlatırım.					
30. Başkalarıyla fazlasıyla tartışırım.					

31. Sıklıkla (fazlasıyla) başkalarının benden faydalanmasına izin veririm.					
32. Başkalarının ızdırabından/mağduriyetinden fazlasıyla etkilenirim.					

7. Sıkıntıya Toleranssızlık Ölçeği (STÖ):

Aşağıdaki ifadelere katılıp katılmadığınızı görüşünüzü yansıtan rakamı maddenin başındaki boşluğa yazarak belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizin durumunuzu yansıttığını düşündüğünüz rakam bizim için en doğru yanıttır. Lütfen, açık ve dürüst şekilde yanıtlayınız.

	1 Kesinlikle Katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Kararsızım	4 Katılıyorum	5 Kesinlikle Katılıyorum
1. Sıkıntılı veya üzüntülü hissetmekle başa çıkamam.					
2. Diğer insanlar sıkıntı veya üzüntü duygularına benden daha iyi dayanabiliyor.					
3. Sıkıntılı veya üzgün olmak benim için daima büyük bir çiledir.					
4. Sıkıntılı veya üzgün olma hislerim beni korkutur.					
5. Sıkıntılı veya üzgün hissetmemek için her şeyi yapabilirim.					
6. Sıkıntılı veya üzgün hissettiğimde, sıkıntının gerçekten ne kadar kötü hissettirdiğine odaklanmaktan kendimi alamam.					
7. Rahatsızlık veren duygulardan çok çabuk kurtulmalıyım, başka türlü bu duygulara dayanmam.					
8. Üzgün hissedebileceğim durumlara tahammül edemem.					
9. Rahatsızlık verici duygulara dayanmam.					
10. Gergin olmak beni korkutur.					

8. Kısa İşlevsellik Değerlendirme Ölçeği (KİDÖ):

Aşağıdaki alanlar dikkate alındığında hasta ne düzeyde zorluk yaşamaktadır? Hastaya işlevsellik açısından zorluk çekebileceği alanlarla ilgili sorular sorun ve aşağıdaki yanıt ölçeğine göre puan verin: (0): güç zorlanma yok, (1): çok az zorlanma, (3): orta derecede zorlanma, (4): aşırı derecede zorlanma.

ÖZERKLİK				
1. Evde sorumluluk üstlenme	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Kendi başına yaşayabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Alışveriş yapabilme	(0)	(1)	(2)	(3)

4.	Kendine bakabilme (bedensel bakım kişisel temizlik)	(0)	(1)	(2)	(3)
MESLEKİ İŞLEVSELLİK					
5.	Maaşlı bir işte çalışabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
6.	Verilen görevi gerektiği kadar çabuk yerine getirebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
7.	Eğitim aldığı meslek alanında çalışabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
8.	Mesleki kazanımlar elde etme	(0)	(1)	(2)	(3)
9.	Kendisinden beklenen iş yükünü kaldırabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
BİLİŞSEL İŞLEVSELLİK					
10.	Bir kitaba veya filme kendini verebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
11.	Akıldan hesap yapabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
12.	Bir problemi hakkıyla çözebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
13.	Yeni öğrenilen isimleri hatırlayabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
14.	Yeni bilgiler öğrenebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
MALİ KONULAR					
15.	Kendi parasını idare edebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
16.	Parasını dengeli bir şekilde harcayabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
KİŞİLERARASI İLİŞKİLER					
17.	Dostluk ve arkadaşlıkları sürdürebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
18.	Sosyal faaliyetlere katılabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
19.	Yakınlarıyla iyi ilişkiler kurabilme	(0)	(1)	(2)	(3)
20.	Ailesiyle birlikte yaşama	(0)	(1)	(2)	(3)
21.	Tatmin edici cinsel ilişkilerinin olması	(0)	(1)	(2)	(3)
22.	İlgi duyduğu zevklerini sürdürebilme	(0)	(1)	(2)	(3)
BOŞ ZAMAN ETKİNLİKLERİ					
23.	Egzersiz veya spor yapma	(0)	(1)	(2)	(3)
24.	Hobilere veya kişisel ilgilere sahip olma	(0)	(1)	(2)	(3)

9. YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ (YDÖ):

Aşağıdaki ifadelerle katılıp katılmadığınızı görüşünüzü yansıtan rakamı maddenin başındaki boşluğa yazarak belirtiniz. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sizin durumunuzu yansıttığını düşündüğünüz rakam bizim için en doğru yanıttır. Lütfen, açık ve dürüst şekilde yanıtlayınız.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılmıyorum	Ne Katılmıyorum Ne de Katılıyorum	Çok Az Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Pek çok açıdan ideale yakın bir yaşamım var.	1	2	3	4	5	6	7
2. Yaşam koşullarım mükemmeldir.	1	2	3	4	5	6	7

3. Yaşamım beni tatmin ediyor.	1	2	3	4	5	6	7
4. Şimdiye kadar, yaşamda istediğim önemli şeyleri elde ettim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Hayatımı bir daha yaşama şansım olsaydı, hemen hemen hiçbir şeyi değiştirmezdim.	1	2	3	4	5	6	7

10. Kısa Semptom Envanteri (KSE):

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin SİZDE BUGÜN DAHİL, SON BİR HAFTADIR NE KADAR VAROLDUĞUNU yandaki bölmede uygun olan yerde işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Yanıtlarınızı kurşun kalemle işaretleyin. Eğer fikrinizi değiştirirseniz ilk yanıtınızı silin. Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendirin:						
Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?		Hiç yok	Biraz var	Orta derecede var	Epey var	Çok fazla var
1	İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2	Baygınlık, baş dönmesi					
3	Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edebileceği fikri					
4	Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu					
5	Olayları hatırlamada güçlük					
6	Çok kolay kızıp öfkelenme					
7	Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8	Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu					
9	Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10	İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği hissi					
11	İştahta bozukluklar					
12	Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13	Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14	Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetmek					
15	İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetmek					
16	Yalnızlık hissetmek					
17	Hüzünlü, kederli hissetmek					
18	Hiçbir şeye ilgi duymamak					
19	Ağlamaklı hissetmek					
20	Kolayca incinebilme, kırılmak					
21	İnsanların sizi sevmediğine, kötü davrandığına inanmak					
22	Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23	Mide bozukluğu, bulantı					
24	Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu duygusu					

25	Uykuya dalmada güçlük					
26	Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek					
27	Karar vermede güçlükler					
28	Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkmak					
29	Nefes darlığı, nefessiz kalmak					
30	Sıcak soğuk basmaları					
31	Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak					
32	Kafanızın bomboş kalması					
33	Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34	Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği					
35	Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları					
36	Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplama) güçlük/zorlanmak					
37	Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38	Kendini gergin ve tedirgin hissetmek					
39	Ölme ve ölüm üzerine düşünceler					
40	Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41	Bir şeyleri kırma, dökme isteği					
42	Diğerlerinin yanındayken yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43	Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44	Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45	Dehşet ve panik nöbetleri					
46	Sık sık tartışmaya girmek					
47	Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetmek					
48	Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmemek					
49	Yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek					
50	Kendini değersiz görmek/değersizlik duyguları					
51	Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu					
52	Suçluluk duyguları					
53	Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri					