



Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu İçin Diyalektik Davranış Terapisi: Bir Naratif Derleme

Dialectical Behavior Therapy for Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Narrative Review

● Vahide Ulusoy¹, ● F. Işıl Bilican²

¹İstinye Üniversitesi, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul

ÖZ

DEHB'li yetişkinlerin çok yönlü psikososyal problemleri ve eğitim, iş, aile hayatı gibi farklı alanlarda görülen düşük işlevsellik düzeyleri nedeniyle farmakolojik yaklaşım dışında psikoterapötik tedavi arayışları son on yılda artış göstermiştir. Bu çalışmada Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) temelli müdahalelerin sınırlı kontrollü çalışmaların ve geliştirilen DDT müdahalelerinin klinik anlamda katkılarının değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışma nitel bir naratif derlemedir. Çalışmaya DDT ve Erişkin DEHB anahtar kelimelerinin İngilizce karşılıklarının Medline, Pubmed, Science Direct ve EBSCO Psychology&Behavioral Sciences Collection veritabanlarında 2021 yılına kadar taranmasıyla ulaşılan kontrollü çalışmalar dahil edilmiştir. Toplam 12 tane araştırma makalesi ve 1 kısa rapor tespit edilmiş ancak dahil etme kriterlerini ve kontrollü çalışma şartlarını yalnızca 9 çalışma karşılamıştır. Tüm çalışmalarda DDT'nin beceri eğitiminin kullanıldığı veya uyarlandığı görülmüştür. Derlemede incelenen çalışmaların sonuçları tutarlı olmamakla birlikte DDT Beceri Eğitimi'nin yetişkinlerin DEHB belirtilerini kontrol etmede ve diğer psikososyal becerilerini artırmada umut vaat ettiğini göstermektedir. Ancak çalışmaların sınırlı sayıda olması nedeniyle DDT Beceri Eğitimi'nin etkililiğine yönelik farklı deneysel araştırma desenlerinde daha fazla kontrollü çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Diyalektik davranış terapisi, diyalektik davranış terapisi beceri eğitimi, erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, kontrollü çalışma

ABSTRACT

Due to the multifaceted psychosocial problems of adults with ADHD and the low level of functionality in different areas such as education, work and family life, the search for psychotherapeutic treatment other than pharmacological approaches has increased in the last decade. This study aims to evaluate the clinical contributions of Dialectical Behavioral Therapy (DBT)-based interventions and the controlled studies in which DBT were tested. This study is a qualitative narrative review. This review included the controlled studies reached by searching the DDT and Adult ADHD as keywords in Medline, Pubmed, Science Direct and EBSCO Psychology & Behavioral Sciences Collection databases until 2021. A total of 12 research articles and 1 short report were identified, but only 9 studies met the inclusion criteria and controlled study conditions. In all studies, it was seen that the skills training mode of DBT was used or adapted. Although the results of the studies reviewed in this review are not consistent, DBT Skills Training shows promise in controlling ADHD symptoms and increasing other psychosocial skills of adults. However, there is a need for more controlled studies on the effectiveness of DBT Skills Training in different experimental research designs.

Keywords: Adult attention deficit hyperactivity disorder, controlled trials, dialectical behavior therapy, dialectical behavior therapy skills training

Giriş

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocuk vakaların yarısından fazlasında yetişkinlikte de devam eden bir nörogelişimsel bozukluktur (Biederman ve ark. 2006, Kessler ve ark. 2006). Ancak yetişkinlerde DEHB tanı ve tedavisi görece daha yeni bir olgu olup son yirmi yıldır yoğun araştırmalara konu olmaktadır. İlk yıllarda araştırmalar yoğun bir şekilde erişkin

DEHB'in klinik görünümü, bileşenleri ve psikososyal işlevselliğe etkisine yoğunlaşmış görünmektedir (Able ve ark. 2007, Ek ve Isaksson 2013). Dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik şeklinde gruplandırılan DEHB belirtileri, yetişkinlerde çocuklardakinden farklı klinik görünümlere sahiptir (Oerbeck ve ark. 2019). Yetişkinlikte hiperaktivite kıpırdama, rahatlayamama, huzursuzluk ya da okurken, işte çalışırken veya bir filmdeyken 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 erişkin DEHB’de sık görülen dürtüsellik ifadeleridir (Wilens ve ark. 2009). Dikkatsizlik ise genellikle unutkanlık, dağınıklık, konuşmalarda başkalarını dinlememe, tekdüze durumlarda ya da yeterli motivasyon olmadığında odaklanamama veya ilgili uyaranları ayırt edememe, geç kalma olarak kendini göstermektedir (Hesslinger ve ark. 2002). Dolayısıyla yetişkinlerde en önemli semptomlar arasında dikkat eksikliği, duygusal dengesizlik, düzensiz davranış ve dizinhibisyonu öne çıkmaktadır (Hesslinger ve ark. 2002).

Gündelik hayatı sürdürürken kafa karışıklığı, yavaşlık, yorgunluk, bir işe başlamakta zorlanmak, öncelikleri belirlemede güçlük, kaygı ve unutkanlık; düşük okuma becerileri, işlerini tamamlamalarının önündeki en büyük engeller olarak öne çıkmaktadır (Bjerrum ve ark. 2017). DEHB’in bileşenleri ve görünümünü anlamak, gündelik hayatı bir çeşit meydan okuma olarak deneyimleyen yetişkin DEHB hastalarının ihtiyacını karşılayacak bir tedavi modeli geliştirilebilmesi için önemli bulunmaktadır (Torrente ve ark. 2012).

Çocuklarda DEHB’in tedavisi için geliştirilen terapötik müdahaleler bilişsel davranışçı terapi (BDT) yaklaşımından beslenmektedir (Torrente ve ark. 2012). Yetişkinlerde DEHB’e yönelik destekleyici tedavi üzerine yapılan ilk seçkisiz kontrollü çalışmada (SKÇ) kullanılan yaklaşım ise diyalektik davranış terapisi (DDT) beceri eğitimidir (Hesslinger ve ark. 2002). Bu çalışmada DDT beceri eğitiminin erişkin DEHB’de etkililiği, alanyazında yer alan özgül kontrollü araştırmalar çerçevesinden ele alınmaktadır.

Diyalektik Davranış Terapisi

DDT, Linehan tarafından (1993) sınır kişilik bozukluğu (SKB) için geliştirilmiş ve etkililiği seçkisiz kontrollü çalışmalarla ortaya konmuştur (Turner 2000, Verheul ve ark. 2003, Linehan ve ark. 2006, Panos ve ark. 2014, Üstündağ Budak ve ark. 2020). Zamanla DDT tedaviye dirençli olan bipolar bozukluk (Goldstein ve ark. 2015), yeme bozukluğu (Coubasson ve ark. 2012), depresyon (Lynch ve ark. 2007) ve travma sonrası stres bozukluğu (Bohus ve ark. 2013) gibi farklı psikolojik bozukluklarda da denenmiş ve seçkisiz kontrollü çalışmalarla etkililiği gösterilmiştir (Harley ve ark. 2008, Kaya ve Alyanak 2017, Üstündağ Budak ve Kocabaş 2019). Dolayısıyla DDT kanıta dayalı bir tedavi yöntemidir.

Standart DDT protokolü üç basamaklı bir tedavi modeli sunmakta ve her bir basamaktaki hedefler için hiyerarşik bir sıra gözetmektedir (Linehan 1993). Birinci basamakta dört hedef bulunmaktadır: 1.İntihar davranışlarını azaltmak, 2.terapiyi engelleyen davranışları azaltmak, 3.hayat kalitesini engelleyen davranışları azaltmak, 4. davranışsal becerileri artırmak (Linehan 1993). DDT beceri eğitimleri 4. hedefi gerçekleştirmek için geliştirilmiştir. Danışanlar ancak birinci basamaktaki hedefler başarılıysa ikinci basamaktaki tedavi uygulanabilmektedir; çünkü ikinci basamakta geçmiş ve mevcut travmalar çalışılmaktadır. DDT’ye göre birey ancak kendine zarar veren ve hayat kalitesini düşüren davranışlar yerine sağlıklı davranışsal

becerileri kazanmışsa ve aktif olarak uygulayabiliyorsa travmalarla yüzleşebilmekte ve baş edebilmektedir (Linehan 2015). Üçüncü basamaktaki hedefler ise öz saygıyı artırmak ve bireysel hedeflere ulaşmaktır. Bu hedefler gerçekleştirildiğinde DDT’nin nihai amacı olan “yaşamaya değer bir hayat”ı inşa edilebilmektedir (Linehan 1993, 2015).

Standart DDT yaklaşımı dört uygulama biriminden (mod) oluşmaktadır: Bireysel terapi, beceri eğitimi, telefonla koçluk ve konsültasyon ekibi (Linehan 1993). Tüm bu modlar bir arada kullanıldıkları gibi zamanla yalnızca beceri eğitimlerinin kullanıldığı çalışmalar gerçekleştirilmiş ve etkililiği gösterilmiştir.

DDT Beceri Eğitimi

Beceri eğitimi DDT modlarından yalnızca biri olmasına rağmen zamanla hem grupla, hem de bireysel olacak şekilde münferit uygulaması yaygınlaşmıştır. Münferit kullanımının SKB’nin (Linehan ve ark. 2015) yanı sıra tıknırcasına yeme bozukluğu (Telch ve ark. 2001), majör depresyon (Lynch ve ark. 2003), blumina nervosa (Hill ve ark. 2011), anksiyete (Neacsu ve ark. 2014) gibi çeşitli psikopatolojilerde (Safer ve Joyce 2011, Valentine ve ark. 2015) ve üniversite öğrencilerinde (Üstündağ Budak ve ark. 2019) etkililiği incelenmiştir.

DDT beceri eğitimi her biri ayrı bir beceri grubu olan dört modülden oluşmaktadır: Bilinçli farkındalık, duyguları düzenleme, kişilerarası etkililik ve stresi tolere etme (McKay ve ark. 2019). Bu dört alandaki beceriler SKB tanılı bireylerin yaşadıkları farklı alanlardaki işlevsellik kayıplarını azaltmayı ve çok yönlü psikososyal problemleri aşmalarını sağlayacak sağlıklı baş etme davranışları kazanmalarını amaçlamaktadır. Her ne kadar standart DDT protokolü dört modun bir arada yürütülmesi anlamına gelse de bu çalışmada yetişkin DEHB literatüründe kullanıldığı üzere yalnızca DDT beceri eğitimlerinin içeriği, tedavi hedefleri ve bileşenleriyle ilgilenebilmektedir.

Linehan, SKB’de sıkça görülen ve tanı kriterleri arasında yer alan intihar davranışı ve öz yıkıcı davranışları “hayatı tehdit eden davranışlar” olarak adlandırarak bir yandan bunları durdurmaya, diğer yandan hayatı yaşanabilir kılmaya elverişli sağlıklı baş etme davranışlarını öğretmeyi amaçlamaktadır (Gold ve Yaptangco 2019). DDT’nin temel savına göre bir sınırdaki birey ancak günlük hayattaki problemlerini aşabilecek beceri donanımına sahip olduktan sonra temelde yatan travma yahut bağlanma problemleriyle baş edebilmektedir (Linehan 2015). Bu doğrultuda beceri eğitimlerinin amacı bireyi travmalarıyla baş edebilecek davranışsal becerilerle donatmaktır. Standart protokolde olduğu gibi, münferit kullanımında da günlük hayatı sürdürebilecek becerileri kazandırmak suretiyle farklı alanlardaki hayat kalitesini artırmayı hedeflemektedir (Gülgez ve Gündüz 2015).

DDT’nin DEHB Modeli

DDT’yi DEHB tedavisi için öne çıkaran birden çok neden ortaya konmaktadır. İlk olarak SKB ve DEHB önemli miktarda ortak belirti paylaşmakta, başka bir deyişle fenomenolojik benzerlik arz etmektedir (Philipsen 2006). Alanyazında hem eş tanı olarak

görülme oranlarının yüksekliğine (Davids ve Gastpar 2005), hem de ayırıcı tanılarındaki karışıklığa dikkat çekilmektedir (Prada ve ark. 2014). Ayrıca SKB ve DEHB yalnızca belirtiler bakımından değil, işlevsellik kaybının yaşandığı psikososyal alanlar bakımından da benzerlik göstermektedir (Weibel ve ark. 2018). Dolayısıyla DDT beceri eğitiminin erişkin DEHB için uygun bir tedavi modeli olarak kabul edilmesi iki psikopatoloji arasındaki fenomenolojik benzerliklere, birlikte görülme oranlarının yüksekliğine ve klinik değerlendirmede sıklıkla karışıklık yaşandığının raporlanmasına dayanmaktadır (Weiner ve ark. 2019).

DDT, SKB'yi biyososyal model ile açıklamaktadır. Bu modele göre, duygusal hassasiyeti ve uyarılma düzeyi yüksek olan çocuklarda, çevreleri tarafından yeterince onaylanmadıkları ve duygusal cevapları yeterince kabul edilmediğinde bir duygu düzenleme bozukluğu olan sınır kişilik gelişmektedir (Linehan 1993). Biososyal model DEHB için de uygun görünmektedir (Philipsen 2006). Philipsen (2006), SKB ve DEHB'nin fenomenolojik benzerliğini ele aldığı makalesinde iki ortak belirtinin altını çizmektedir: Duygu düzenleme ve dürtü kontrolünde güçlük. Bununla birlikte düşük öz saygı, kişilerarası ilişkilerde problemler, rahatsız edici iç gerilim, dikkat eksikliği ve madde bağımlılığı da paylaştıkları diğer alanlar arasında sayılmaktadır. Duygusal iritabilitenin eşlik etme oranı %70'lere varan DEHB'li çocukların olumsuz çevresel deneyimlerinin fazla olduğu görülmektedir (Asherson ve ark. 2012). Dolayısıyla duygularla, stresle ve kişilerarası ilişkilerdeki problemlerle baş etme becerilerini edinemedektedirler (Edel ve ark. 2010). DEHB'li bireylerin problem yaşadıkları ve işlevselliklerinin düştüğü problem alanlarının çeşitliliği, ihtiyaç duydukları becerilerin ve profesyonel desteğin de çok yönlülüğüne işaret eder niteliktedir. Aşağıda belirtildiği üzere, DDT beceri eğitimi modülleri bu problemlere cevap verecek nitelikte görünmekte ve fenomenolojik olarak DEHB'in yaşadığı çok yönlü psikososyal problemlerle örtüşmektedir (Hesslinger ve ark. 2002, Philipsen 2006).

Bilinçli farkındalık. Dikkatsizlik DEHB'in en temel belirtisidir (Öztürk ve Uluşahin 2015). Kişilerarası krizlerden kariyer problemlerine, günlük hayatı organize etmeden, basit bir işi sürdürebilmeye varana kadar pek çok alanda öne çıkan en temel belirti dikkatsizliktir (Brod ve ark. 2012). Bilinçli farkındalık ise dikkatin şimdi ve burada odaklanması, yapılan iş veya eylem her ne ise dikkati tekrar tekrar ona odaklamak anlamına gelmektedir (Lee ve ark. 2017). Ayrıca DDT'nin giriş beceri modülü olup sonraki her modülün temelinde yer almaktadır (Linehan 2015).

Duygu düzenleme. Duygu düzenleme güçlüğünün DEHB'deki klinik görünümü gün içerisinde hızlı, ani ve sık gerçekleşen dalgalanma, bir kez duygusal iniş veya çıkış yaşandığında taban düzeye geç geri dönme, ani öfke patlamaları, duygusal uyarılara karşı aşırı duyarlılık ve şiddetli duygusal tepki şeklinde tarif edilmektedir (Matthies ve ark. 2014, Hirsch ve ark. 2018). Duygu düzenleme sıkıntıları DEHB'li bireylerin kişilerarası ilişkilerini bozmakta, eş tanı riskini artırmakta ve aile, iş, sosyal aktiviteler gibi farklı alanlarda işlevsellikleri düşürmektedir (Bodalski ve ark. 2019). SKB'li olgulardaki kadar sık olmamakla birlikte DEHB'li

yetişkinlerde de çocukluk çağı travmalarına veya bağlanma problemlerine rastlanmakta, hatta DEHB'li olan çocukların bu olumsuz tecrübeleri yaşaması ileride SKB geliştirme risklerini artırmaktadır (Fossati ve ark. 2015). DEHB'de depresyon ve anksiyete başta olmak üzere eş tanıları sık rastlanmakta ve bu durum klinik tabloyu karmaşıkleştirerek işlevselliği olumsuz yönde etkilemektedir (Calvo ve ark. 2020).

Stresi tolere etme. DEHB'li bireylerde algılanan stres düzeyi yüksek (Skirrow ve ark. 2014) olmakla birlikte olumsuz baş etme yöntemlerini kullanma olasılıkları da daha fazladır (Barra ve ark. 2021). DEHB'de stresi tolere etme becerilerinin işe yarayabileceği diğer bir belirti ise dürtüselliştir. Kabaca sonuçlarını düşünmeksizin davranma şeklinde ifade edilebilen dürtüselliğin kontrol edilememesi DEHB'li bireylerde öz yıkıcı davranışlar, saldırganlık, riskli araba kullanımı, madde kötüye kullanımı, bağımlılık, riskli cinsel ilişki, aşırı para harcama şeklinde ortaya çıkmaktadır (Conejero ve ark. 2019).

Kişilerarası ilişkilerde etkililik. DEHB'li bireylerin bildirdiği kişilerarası problemler evlilik, aile, iş ve arkadaşlık ilişkileri gibi ebeveynlik rolünü de kapsamakta ve bu ilişkilerde çabuk öfkelenme, başkasını dinlerken dalma, dikkatsizlik, kompulsif biçimde konuşma ve unutkanlık gibi temel beceri eksiklikleri ve belirtiler öne çıkmaktadır (Minde ve ark. 2003).

DEHB'li yetişkinlerin geçmişteki başarısızlık ve kayıplarının kümülatif etkisi benlik saygılarının altını oymakta ve hayat kalitelerini düşürmektedir (Able ve ark. 2007). Geçmiş başarısızlık ve kayıp öyküsü eğitim ve meslek alanında belirgin bir şekilde görülebilmektedir. Yapılan kesitsel ve boylamsal araştırmaların sonuçlarına göre diğer psikopatolojilere sahip yahut hiçbir tanı almayan kişilerle kıyaslandığında DEHB'li bireyler anlamlı düzeyde daha düşük eğitim düzeyine ve başarısına, daha az yıllık gelire, daha yüksek işsizlik ve işten kovulma oranına sahip bulunmaktadır (Able ve ark. 2007, Brod ve ark. 2012). DDT beceri eğitimleri nihai olarak bireylerin öz saygısını artırmayı ve hayatı yaşanabilecek denli anlamlı kılmayı amaçlamaktadır. Dolayısıyla tek tek beceri modülleri gibi tüm beceri eğitiminin de amacı DEHB'li yetişkinlerin ihtiyaçlarıyla örtüşmektedir.

Her ne kadar alanyazında DEHB'li yetişkinler için bilişsel davranışçı ve üçüncü dalga müdahalelerin etkililiğine dair çalışmalar son yıllarda artsa da mevcut çalışma yalnızca DDT müdahalelerinin deneysel ya da yarı deneysel metotlarla sınırlı çalışmaları ve geliştirilen DDT müdahalelerinin klinik anlamda neler sunabildiğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem

Mevcut çalışma erişkin DEHB için geliştirilen DDT müdahalelerini değerlendirmeyi amaçlayan nitel bir naratif derlemedir (Green ve ark. 2006, Ferrari 2015). Bu derleme, "Diyalektik Davranış Terapisi Grup Beceri Eğitiminin Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda İncelenmesi" başlıklı doktora tez çalışmasından türetilmiş olup taramalar 2019 yılı ila 2021 yılları arasında tekrar edilmiştir. DDT ve DEHB anahtar kelimelerinin Medline, Pubmed, Science Direct ve EBSCO Psychology&Behavioral

Sciences Collection veritabanında taranmasıyla elde edilen kontrollü çalışmaları içermektedir. 2021 yılında yapılan son taramada EBSCHO Psychology & Behavioral Sciences Collection veritabanına kütüphane üyeliklerinin değişmesi nedeniyle erişim sağlanamamıştır. Anahtar kelimeler kısaltma, tam ifade ve bu ikisinin kombinasyonlarıyla tekraren taranmıştır. Derlemeye dahil etme kriterleri şöyledir: 1. Kontrollü çalışma olması, 2. İngilizce yayınlanması, 3. Katılımcıların erişkin olması ($X_{yaş}=18$). Kontrollü çalışmalar hedeflendiği için tarama sonuçları araştırma makaleleri ile sınırlandırılmıştır. Yukarıda anılan veritabanlarında özet bilgisi olmasına rağmen tam metnine ulaşılamayan çalışmalar Google Akademik'ten taranarak veya yazarlarına ulaşılarak temin edilmiştir. Farklı araştırma desenlerinden elde edilen bilgilerin klinik anlamda daha fazla bilgi sunduğu göz önünde bulundurularak kontrollü çalışmalarda seçkisiz atama şartı aranmamıştır. Kontrollü çalışmalar PICOS (Gülpınar ve Güçlü 2013) dikkate alınarak örneklemeleri, yöntemleri, kullandıkları tedavi protokolleri, veri analizleri ve bulguları verilerek tanıtılmış olup araştırma nitelikleri ve klinisyenlere katkıları bakımından değerlendirilmiştir; ancak sistematik bir şekilde ve istatistiksel bir yöntemle karşılaştırılmamıştır (Green ve ark. 2006). Makalenin yapısı için 3 kategorili bir çerçeve önceden tanımlanmıştır: 1. Kontrollü çalışmaların betimsel niteliği: Desen, yöntem ve bulguları, 2. Uygulanan DDT protokolleri 3. Tedavinin etkililiği.

Bulgular

Anahtar kelimeler yukarıdaki veritabanlarında tarandığında toplam 12 tane araştırma makalesi ve 1 kısa rapor tespit edilmiş ancak kontrollü çalışma şartlarını taşıyan yalnızca 9 çalışma bulunmuştur. Bunlardan biri de 15-18 yaş aralığında bulunan ergenlerle yapıldığı için derlemeden çıkarılmıştır. Çalışmanın akış şeması Şekil 1'de sunulmuştur. Akış şeması şimdiye dek erişilen tüm DDT ve DEHB temalı etkililik çalışmalarından mevcut derlemenin ele aldığı makalelerin seçilmesine doğru gelen süreci yansıtmaktadır. Zira taramanın spesifik bir zamanda yapılmaması ve makalelere tek bir tarama değil çok defada ulaşılması nedeniyle her veritabanında taranan makale sayısından başlayan bir akış şeması hazırlanamamıştır.

Kontrollü Çalışmaların Betimsel Özellikleri: Desen, Yöntem ve Bulguları

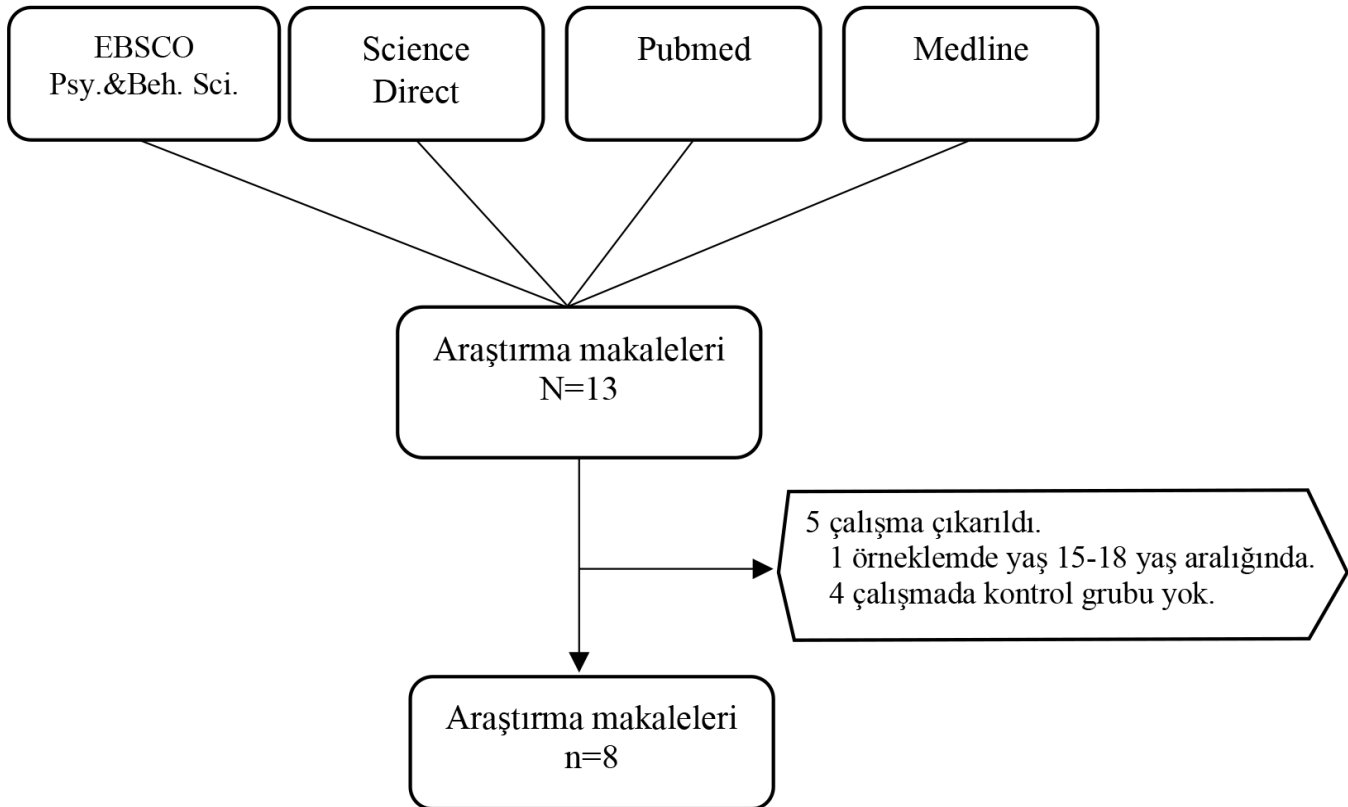
Erişkin DEHB için ilaçsız müdahaleyi kontrol gruplu bir desene inceleyen ilk araştırma Hesslinger ve arkadaşlarına (2002) ait bir pilot çalışmadır ve yukarıda belirtildiği gibi bu çalışmada DEHB için yeniden düzenlenmiş bir DDT beceri eğitimi uygulanmıştır. Katılımcılar hasta popülasyonundan (n=8) seçilmiş olup deney ve kontrol grubuna (n=7) seçkisiz atanmamışlardır. Hastaların çalışmaya uygunluk kriterleri, dahil etme ve dışlama kriterleri ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Kontrol grubundaki 4 kişi çalışmadan ayrılmış ve diğer 3 kişinin de ilaçlı tedavisinde değişiklikler yapılmıştır. Her ne kadar kayıp veriler yapılan son gözlem (last observation carried forward) yöntemiyle atanmışlarsa da bulgular yorumlanırken bu kısıtlılıklar dikkate alınmış ve sonuçlara itiyatla yaklaşmıştır. Deney grubunda bir kişi dikkatsizlik baskın, bir kişi aşırı hareketlilik baskın ve altı kişi de bileşik alt tipe sahip

bulunmuştur. Deney grubundaki üç kişi depresif bozukluk, iki kişi sosyal fobi ve iki kişi de insomnia eş tanısını karşılamıştır. Kontrol grubu oluşturulurken deney grubundaki kriterlerin aynıısının kullanıldığı ifade edilmiş ancak katılımcıların hangi alt tiplere veya eş tanıya sahip olduğu bildirilmemiştir. Çalışmanın deseni doğal desen (naturalistic design) olarak tanımlandığından katılımcıların tıbbi tedavilerine karışılmamıştır. Müdahale öncesi ve sonrası yapılan ölçümlerde ADHD Checklist (ADHD-CL), Kısa Semptom Envanteri'nin (SCL-90-R) DEHB için seçilmiş 16 maddeden oluşan bir uyarlanmış versiyonu, Beck Depresyon Envanteri (BDE), genel sağlık durumunu değerlendirmek üzere vizüel analog ölçek ve nöropsikolojik batarya kullanılmıştır. Son olarak uyarlanmış DDT temelli beceri eğitimi (DDT-BE) değerlendirmeleri üzere katılımcılara 5 sorudan oluşan bir anket uygulanmıştır. Ankette grup çalışmasının DEHB'e özel olup olmadığı (specificity), etkisi ve sonraki çalışmalar için önerileri sorulmuştur. Kullanılan ölçekler Tablo 1'de gösterilmiştir. Kontrol grubunun ölçümleri eşleştirilmiş-Wilcoxon test ile analiz edilmiştir. Bulgulara göre tedavi grubu psikolojik testlerin tamamında iyileşme göstermiştir. Kontrol grubunda ise bir değişiklik gözlenmemiştir. Nöropsikolojik testlerin sonuçlarına göre seçici (d-2 testi) ve bölünmüş dikkat (WAIS-R'nin Rakam Sembol alt testi ve Stroop test) ile psikomotor hız (d-2 testi) ölçümlerinde iyileşme gözlenirken atlama ve hatalı basma sayısında (d-2 testi), çalışma bellekte (Sayı Dizisi, Görsel Bellek Dizisi), akıcılıkta ve yürütücü işlevlerde bir değişiklik gözlenmemiştir. Uygulanan terapi, değerlendirme anketinde tedavi grubundan hem spesifik olarak DEHB ile ilgili belirtilere cevap vermesi, hem hastaların DEHB'i daha iyi öğrenip onu kontrol edebilmeleri ve hem de etkili olması bakımından yüksek puan almıştır.

Daha sonraki çalışma Hirvikoski ve arkadaşlarının (2011) hasta popülasyonu ile yürüttükleri seçkisiz kontrollü çalışmadır. Öncelikle güç analizi yapılarak %80 oranında bir güç için gerekli hasta sayısına (n=60) çalışmadan ayrılması beklenen kişi sayısı eklenmiş ve toplam 70 kişilik bir örneklem büyüklüğü belirlenmiştir. Çalışmada büyüklüğü 10-24 arasında değişen bloklarla 1:1 oranında seçkisiz atama uygulanmış ve tabaka belirlenmemiştir. Hastaların çalışmaya uygunluk kriterleri, dahil etme ve dışlama kriterleri ve seçkisiz atanmanın nasıl yapıldığı ayrıntılı olarak anlatılmış ve akış şeması paylaşılmıştır. 144 kişi DEHB kriterleri için taranmış ve çalışmaya 51 kişi alınarak deney (n=26) ve kontrol (n=25) grubuna atanmıştır. Deney grubu Hesslinger ve arkadaşlarının (2002) tedavi protokolünü alırken, kontrol grubu yapılandırılmamış bir grup terapisine dahil olmuşlardır. Bu çalışmadaki protokolün ilk DDT-BE'den (Hesslinger ve ark. 2004) tek farkı en sona ilave bir oturum daha ekleyerek 14 haftalık bir terapi uygulanmasıdır. Temel analizler, uygulama sırasında ilaca başlayanlar, seanslara katılmayanlar ve çalışmadan ayrılanlar çıkarılarak toplam 37 kişiyle yapılmıştır. Tedavi amacına yönelik analizler (intent to treat (ITT-analysis)) ise son yapılan gözlem ile kayıp veriler atanarak gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada fizibilite ve tedavinin kabulü de incelenmiştir. Fizibilite için katılımcıların DEHB hastalarını temsil edip etmediği değerlendirilmiş, çalışmadan ayrılma oranı

ve seansların en az %75'ine katılanların oranı da ölçüt olarak alınmıştır. Tedavinin kabulünü incelemek için Hesslinger ve arkadaşlarının (2004) yayınladığı protokoldeki değerlendirme anketi kullanılmıştır. Etkililik incelemesi için Current ADHD Symptom Scale Self Report Form (y. n. Makelnin Türkçe uyarlamasına rastlanmamıştır.) BDE, Beck Anksiyete Envanteri (BAE), Karolinska Sleep Questionnaire, Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ), Sheehan Disability Scale ve genel sağlık durumunu değerlendirmek üzere vizüel analog ölçek kullanılmıştır. Tedavi boyunca hasta tarafından bildirilen uygunsuz yaşam olayları "olumsuz olay" ve hastane yatışı gerektiren olaylar ise "ciddi olumsuz olay"lar olarak değerlendirilmiştir. Etkililik ölçümleri, Tekrarlı Ölçümler İçin Karışık Desen ANOVA ile gerçekleştirilmiştir. Belirtilerde %30 ve %21 azalma bir kesme noktası olarak kullanılarak katılımcılar tedaviye cevap veren ve vermeyenler olarak sınıflandırılarak ileri analizler yapılmıştır. Vizüel analog ölçek ve değerlendirme anketinin sıralı ölçekli veri olarak kabul edilmesini uygun görenler için bu ölçümler bir de parametrik olmayan analizlerle incelenmiştir. Bulgulara göre tedavi fizibilitesi kontrol grubunda beceri eğitimi grubundaki kadar iyi bulunmuş, yani devam/dışlama için özel kurallar ve beceri eğitiminin bu anlamda fizibiliteyi daha fazla iyileştirmediği gözlenmiştir. Tedavi değerlendirmelerine göre kontrol grubu oturumların içeriğini etkilemek için daha iyi fırsat bulduğunu (yapılandırılmamış ve danışanların kendine bırakılmış bir serbest grupta), beceri eğitimi grubu ise tedavi sonrasında DEHB ile ilgili sorunlarıyla daha iyi başa çıktığını

bildirmiştir. Tedavi güvenilirlik değerlendirmesinde beceri eğitimi grubu hem ön, hem de son test aşamasında anlamlı düzeyde daha yüksek puana sahiptir. Etkililik analizlerine göre DEHB belirtileri DBT beceri grubunda azalırken, yapılandırılmamış grupta aynı kalmış ve grup×zaman etkisi anlamlı bulunmuştur. Yani beceri grubundaki katılımcıların zaman içindeki iyileşmesi kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Tedaviye cevap verenler ve vermeyenler kategorileri ile analiz yapıldığında hangi kesme noktası kullanılırsa kullanılsın beceri eğitimdekilerin tedaviye cevap veren sınıfında anlamlı düzeyde daha fazla bulunduğu görülmüştür. DEHB belirtilerindeki azalmanın etki büyüklüğü orta düzeyde bulunmuştur. Diğer psikiyatrik ölçümlerde ise ne gruplar arası, ne grup içi, ne grup×zaman bakımından anlamlı bulgular elde edilmemiştir. Her iki grup da genel sağlık durumlarının anlamlı düzeyde iyileştiğini bildirmiş ancak gruplar arası veya grup×zaman bakımından fark bulunmamıştır. Tedavi amacına yönelik analizlerde ilaçla ilgili tutumu değişiklik gösteren ve çalışmadan ayrılan katılımcılar da dahil edilerek analizler tekrarlanmıştır. Tekrarlı ölçümler için karışık desen ANOVA sonuçları hiçbir ölçek için anlamlı sonuçlar göstermemiştir. Dolayısıyla tedavide kalma isteği olan ve ilacını düzenli kullanan kişiler için tedavi anlamlı düzeyde bir iyileşme sağlamıştır. Bununla birlikte genel sağlık durumu tedavi amacına yönelik analizde de anlamlı çıkmıştır. Çalışmada eş tanılar hesaba katılarak da tedavi amacına yönelik analizlerin yapıldığı yazılmışsa da bunun nasıl yapıldığına dair ayrıntılı bilgi verilmemiştir. Bu nedenle eş tanıların kovaryant olarak mı



Şekil 1. Akış şeması

Tablo 1. Kontrollü çalışmaların temel özellikleri

Çalışma Künyesi	Çalışmanın Grupları	Ölçme Araçları	Eş Tanı	Sonuçlar
Hesslinger ve ark. Almanya 2002 N=17	1.DDT-BE 2. Kontrol grup*	ADHD Checklist, BDE II SCL-90-R (seçili maddeler) Vizüel analog test, Sözlü ve Yazılı Akıcılık Testi Stroop Test WAIS-R Rakam Sembol Alt Testi KLT (sürekli dikkat) D2-Test WAIS-R Bellek Testi (zihinsel kontrol, sayı dizisi, ve görsel bellek dizisi)	Depresyon Sosyal fobi Insomnia	DDT-BE grubunda: 1.Tüm ölçeklerde anlamlı düşme. 2.Nöropsikolojik testlerde: Seçici (d2) ve ayrıncı dikkat (DSS, Stroop) arttı. 3.Psikomotor hız (d2) arttı. 4.Birincil ve çalışan bellekte (sayı dizisi, görsel bellek dizisi), akıcılık, yürütücü işlevlerde etki yok.
Hirvikoski ve ark. İsveç 2011 N=51	1-DDT-BE 2.Zayıf yapılandırılmış tartışma grubu.	Current ADHD Symptom Scale Self Report Form, BDE II BAE Karolinska Sleep Questionnaire Algılanan Stres Ölçeği Sheehan Yeti Yitimi Ölçeği Vizüel Analog Test (genel/sağlık iyi oluş		1.DEHB belirtileri yalnızca DDT grubunda anlamlı azaldı. 2.Diğer ölçümlerde ne zamana dayalı ne de gruplar arası anlamlı fark yoktu. 3.Her iki grupta iyi oluş arttı, gruplar arası etki ve grup×zaman etkisi yok. 4. İlacı bırakanlar analize dahil edildiğinde puanlar anlamlılık düzeyine ulaşmadı. 5.Algılanan strete gruplar arası fark olmaksızın düştü.
Edel ve ark. Almanya 2014 N= 91	1.DDT-BE 2.Farkındalık temelli grup*	WRI (DEHB belirtileri) DEHB Belirtileri İçin 4 Likert Ölçek (çalışmaya özgü) Bilinçli Farkındalık Ölçeği Genel Öz Yeterlik Ölçeği	SKB Eksen II (diğer) Sosyal anksiyete Depresyon Madde bağımlılığı (madde kullanımı mevcut değil)	1.Tüm hastaların DEHB belirtilerinde iyileşme, 2.Farkındalık grubundakinlerin klinik gözlem ve öz bildirim puanlarına göre DEHB genel belirtilerindeki düşüş DBT grubundakinden anlamlı düzeyde fazla. 3.DBT grubu dürtüselliikteki iyileşmesi klinisyen değerlendirmesine göre daha fazla. 4.Farkındalık puanlarındaki artış farkındalık grubunda daha fazla. 5.SKBlilerin diğerlerine göre klinik değerlendirme puanları hem genel DEHB belirtilerinde, hem de DEHB'in duygusal dengesizlik alt boyutunda anlamlı düzeyde yüksek. (Bu durum farkındalık grubunun lehine sonuçlar elde edilmesini sağlamış olabilir.)
Prada ve ark. İsveç 2014 N=123	1-SKB 2-SKB-DEHB+MPH* 3-SKB-DEHB (MPH yok.)*	ASRS SCID-II BDE STAXI BDÖ BÜÖ	SKB Anksiyete	BKB-DEHB+MPH > BKB-DEHB sırasıyla; motor dürtüsellik, toplam dürtüsellik puanı, durumluk öfke, depresyon şiddeti, DEHB şiddeti.

girildiği, ayrı bir sınıflandırma mı yapıldığı anlaşılamamaktadır. Bununla birlikte sonuçların algılanan stres düzeyinin tedavi sırasında ilaca başlayanlar analize dahil edildiği zaman grup fark etmeksizin genel olarak anlamlı düzeyde yüksek çıktığı ancak bunun dışında anlamlı sonuçların elde edilmediği bildirilmiştir. Özetlemek gerekirse, bu çalışmada DDT-BE grubundaki katılımcıların aldıkları terapi yöntemiyle ilgili değerlendirmeleri

daha yüksek puanda bulunmuş ve tedavi sonrasında da DEHB ile daha iyi başa çıktıkları görülmüştür. Tedaviyi isteyen ve ilacını düzenli olarak kullanan kişilerde DDT-BE'nin DEH belirtilerini anlamlı düzeyde düşürdüğü bulunmuştur. Bunların dışında ne fizibilite açısından ne de DEHB dışındaki psikometrik ölçümlerde DDT-BE lehine sonuçlar elde edilmemiştir.

Tablo 1. Devamı

Çalışma Künyesi	Çalışmanın Grupları	Ölçme Araçları	Eş Tanı	Sonuçlar
Fleming ve ark. Pasifik Kuzeybatı 2015 N=33	1.DDT grubu 2.Öz yardım grubu	BAARS-IV BADDSS AAQoL BAE BDE-2 BFBFÖ SPT-2 Yaşam kalitesi Okul başarısı (GPA),	Depresyon Anksiyete	1.DEHB belirtilerinde azalma DDT grup >öz yardım 2.Yürütücü işlevler DBT son test ve izlemler>öz yardım 3.Yaşam kalitesinde DBT son test >öz yardım DBT izlem=öz yardım 4.Farkındalık DBT son test >öz yardım DBT izlem>öz yardım 5.Omisyon hatalarında düzelme DBT son test >öz yardım DBT izlem>öz yardım 6.Komisyon hataları, tepki süresi ve standart hatalarda düzelme DBT izlem=öz yardım
Philipsen ve ark. Almanya 2015 N=448	1.DDT-BE+MPH 2.DDT-BE+plasebo 3.Klinik görüşme+MPH 4.Klinik görüşme+plasebo	CAARS-O:L CAARS-S:L Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği SCL-90-R BDE-II Klinik Global İzlenim Ölçeği SF-36 (Yaşam kalitesi) Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi Kısa Formu EQ-5D (Yaşam Kalitesi)	%66 1.eksen %17.9 2. eksen eş tanı	DEHB belirtileri (T2,T3,T4 dahil): 1.DDT-BE+MPH=klin. gör.+met 2.DDT-BE+MPH>grup+plasebo 3.klin. gör.+MPH>klin. gör.+plasebo 4. DDT_BE=klinik görüşme 5.metilfenifat>plasebo Gözlemci puanlamasına göre DEHB belirtileri (T2,T3,T4): 1.DDT-BE>klin. gör. (Her ölçümde yüksek ancak T4'te anlamlı) 2.MPH>plasebo (Her ölçümde yüksek ancak T3'te anlamlı. Depresyon (T2,T3,T4 dahil): 1.Gruplar arası fark yok.
Cole ve ark. İsviçre 2016 N=62	1-DDT+ BDT Grubu (49) 2. Bekleme listesi (13)	ASRS BDE-II BÜÖ KIMS (Farkındalık) STAXI	Spesifik olarak belirtilmemiş.	DDT-BE grubunda: 1.depresyon belirtileri azaldı. 2. DEHB toplam puan, DEHB dikkat ve DEHB hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri azaldı. 3. Farkındalıkla davranma arttı. 4. Ümitsizlik azaldı.
Moritz ve ark. Brezilya 2020 N=31	1.DDT+BE 2.Rutin tedavi	ASRS	Raporlanmamış.	grup×zaman etkisi yok.

*Seçkisiz atama yok.

AAQoL:ADHD Quality of Life Questionnaire ASRS: Erişkin DEHB Özbildirim Ölçeği BAARS-IV: Barkley Adult ADHD Rating Scale BADDSS: Brown ADD Rating Scales BAE: Beck Anksiyete Envanteri BDE: Beck Depresyon Envanteri BDÖ: Barratt Dürtüsellik Ölçeği BFBFÖ: Beş Faktör Bilgece Farkındalık Ölçeği BÜÖ: Beck Ümitsizlik Ölçeği CAARS-O:L: Conners Adult ADHD Rating Scale, Observer rated, Long version CAARS-S:L:Conners Adult ADHD Rating Scale, Self-rated, Long version KIMS: Kentucky Inventory of Mindfulness Skills KLT:Konzentrations-Leistungs-Test MPH: Metilfenidat SKB: Sınır Kişilik Bozukluğu SPT: Sürekli Performans Testi-2 STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory WRI: Wender-Reimherr Interview

Edel ve arkadaşları (2014) DEHB tanılı 91 kişiyle gruplar arası dengeleme yöntemini kullanarak kontrollü bir çalışma yayınlamıştır. Katılımcılar farkındalık temelli veya DDT-BE'ye kendi istekleri, terapistin uygun görmesi veya zamanlarının elverişliliği koşullarına bağlı olarak atanmışlardır. Gruplar yaş, DEHB alt tipi ve şiddeti, eş tanı, cinsiyet, eğitim ve ilaç

bakımından dengelenmiştir. DDT-BE grubunda Hesslinger ve arkadaşlarının (2004) beceri eğitimi protokolü; farkındalık temelli grupta ise MBSR ile Kabat-Zin'e ait yayınlarla ve DDT'nin farkındalık modülüne dayanarak araştırmacıların DEHB'e uyarladığı 13 haftalık bir protokol uygulanmıştır. Ön ve son testlerde DEHB belirtilerini ölçen Wender-Reimherr Interview

(WRI) ve DSM kriterlerine uygun geliştirilmiş dört Likert tipi ölçek, Bilinçli Farkındalık Ölçeği (BFÖ) ve Genel Öz Yeterlik Ölçeği (GÖYÖ) kullanılmıştır. Bu çalışmanın önemli bir yanı DEHB belirtilerindeki değişimin (WRI kullanılarak) yalnızca öz bildirim yöntemiyle değil, klinisyen ve hasta yakını değerlendirmesini de içerecek şekilde ölçülmesidir. Veriler tekrarlı ölçümler için (y. n. karışık desen) ANOVA ile analiz edilmiştir. İlaç durumu metilfenidat grubu ve katekolaminerjik ilaç grubu şeklinde sınıflandırılarak kovaryant olarak kabul edilmiştir. Gruplar arası taban değerler tablolaştırılarak paylaşılmıştır. Taban değerlere bakıldığında SKB tanısı alanlar farkındalık temelli grupta iki kat daha fazla bulunduğundan SKB tanısı da kovaryant kabul edilmiştir. Sonuçlara göre iki grupta da çalışmadan ayrılma gözlenmemiş ve katılım gösterilmeyen seans sayıları da benzer bulunmuş, dolayısıyla fizibilite ve tedavinin kabulü iki grup arasında farklılaşmamıştır. Hem DEHB belirtilerini ölçen, hem de diğer ölçeklerde grup×zaman etkisi bulunmamıştır. Dolayısıyla hiçbir çıktı ölçüm açısından, DDT beceri eğitimindeki ilerleme farkındalıkta ilerlemeden anlamlı düzeyde farklı değildir. Ancak kesme puanlarıyla oluşturulan iyileşme oranları açısından fark bulunmuştur. Başka bir deyişle farkındalık grubundaki katılımcılar arasında belirtileri azanların sayısı DDT-BE grubunda belirtileri azalanların sayısından anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Bu çalışmada belirlenen ilaç ve SKB kovaryansı için ANCOVA yapılmadığı ancak tekrarlı ölçümler için ANOVA'nın tekrar edildiği görülmektedir. Bu analizlerde hangi tedaviyi aldığı önemli olmaksızın ilaç grupları için ayrı ve SKB grupları için de ayrı bir karşılaştırma yapılmıştır. WRI'nın duygusal değişkenlik alt ölçeğinde her iki gruptaki sınır kişiler diğerlerinden daha fazla iyileşme göstermiştir. Ölçümlerdeki etki büyüklükleri küçük ile orta derece arasında bulunmuştur. Özetlemek gerekirse, bu çalışmada her iki tedavinin de fizibilite açıdan benzer olduğu görülmüş, tüm çıktı ölçümlerin toplam puanları açısından iki tedavi grubundaki iyileşme benzer bulunmuştur. Ancak belirtileri azanların sayısı farkındalık grubunda daha fazla bulunmuştur. Farkındalık grubunda daha fazla sayıda SKB'li katılımcı olması ve SKB'li katılımcıların WRI ölçümlerine göre klinisyenlerden daha yüksek iyileşme puanı alması farkındalık grubu lehine sonuçlara yol açmış olabilir. Dolayısıyla farkındalık temelli bir müdahalenin SKB+DEHB tanısı bulunanlarda daha fazla ümit vaat ettiği ancak bunun dışında DDT-Be müdahalesiyle benzer sonuçları gösterdiği söylenebilir.

Philipsen ve arkadaşları (2010, 2015) yapılandırılmış bir grup çalışmasına karşı bireysel klinik görüşmeyi ve metilfenidat tedavisine karşı plaseboyu çok merkezli, faktöryel ve seçkisiz kontrollü desenle (COMPAS) incelemişlerdir. Bilindiği kadarıyla bu çalışma DEHB literatüründeki ilk COMPAS araştırmadır. Çalışmada 1480 hastaya ulaşılmış, 518'i uygun bulunmuş ve dışlama kriterleri değerlendirildikten sonra 433 kişi DDT-BE+metilfenidat, DDT-BE+plasebo, klinik görüşme+metilfenidat ve klinik görüşme+plasebo gruplarına seçkisiz olarak atanmıştır. Seçkisiz atamaya dair ayrıntılı bilgi çalışmanın ekinesinde sunulmuştur. Beceri grubunda Hesslinger ve arkadaşlarının (2002) protokolü uygulanmıştır. Protokolün sonundaki güçlendirme oturumu bu çalışmada 10 kez aylık olarak tekrar edilmiştir. Yapılan grup

oturumlarının bütünlüğünü sağlamak için izlenen yollar (her seansın yapılandırılması, video ve ses kaydının alınarak bir uzman tarafından puanlanması vb) ayrıntılı olarak açıklanmıştır. Kontrol grubuyla gerçekleştirilen 15-20 dakikalık klinik görüşmelerde yönlendirici olmayan destekleyici danışmanlık sunulmuş, olumsuz olaylar değerlendirilmiş ve gerekli ilaç düzenlemeleri yapılmıştır. Bu görüşmelerde destek ve tavsiye arayan hastalar, bireysel çözümler geliştirmeye ve uygulamaya teşvik edilmiş, ancak DDT-temelli beceriler görüşmelere dahil edilmemiştir. Ön testten (T1) sonraki ölçümler 12 haftalık ilk müdahalenin bitiminde (T2), 24 hafta sonra (T3), 52 hafta sonra (T4) ve 2.5 yıl sonra (T5) olmak üzere dört kez tekrar edilmiştir. Örneklem büyüklüğünün nasıl belirlendiği, akış şeması, kayıp verilerin nasıl yönetildiği, kovaryansların nasıl belirlendiği ve kontrol edildiği, hipotezler, yapılan analizler ve etki büyüklüklerinin nasıl hesaplandığı ayrıntılı bir şekilde makale ve eklerde sunulmuştur. Çalışmada Conners Adult ADHD Rating Scale, Observer rated, Long version, (CAARS-O:L), Conners Adult ADHD Rating Scale, Self-rated, Long version (CAARS-S:L), ADHD-Checklist (ADHD-DC) (Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeği), SCL-90-R, BDE-II, Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire-Short Form (Q-LES-QSF) (Yaşamdan Hoşnutluk ve Doyum Anketi Kısa Formu), Clinical Global Impression Scale (CGI) (Klinik Global İzlenim Ölçeği), SF-36, EuroQol-5D (EQ-5D) ve bu çalışma için hazırlanan sosyoekonomik durum anketi kullanılmıştır. Sonuçlar metilfenidata karşı plasebo ve DDT BE'ye karşı bireysel klinik görüşme şeklinde iki kollu bir modelde karşılaştırılarak raporlanmıştır. Dört kollu bir model olarak da ilaç kullananlar arasında terapi gruplarının farklılığı, terapi alanlar arasında da ilaç gruplarının farklılığı incelenmiştir. DEHB belirtileri incelendiğinde; T2'de klinisyenlerin puanladığı ölçeklerden elde edilen veriler bakımından DDT-BE ve bireysel klinik görüşme arasında anlamlı fark bulunmamış ve her ikisinde de katılımcılarda anlamlı düzeyde iyileşme görülmüştür. Her iki grupta da metilfenidat kullananların belirtileri plasebo alanlardan anlamlı düzeyde daha fazla azalmıştır. Metilfenidat alanlarda DDT-BE ya da bireysel klinik görüşmelerin DEHB semptomlarına etkisi arasında anlamlı fark bulunmamıştır. T3 ve T4'de DDT BE-bireysel klinik görüşme ve metilfenidat-plasebo karşılaştırmalarındaki sonuçlar sürmüştür. Özbildirim ölçeklerinden elde edilen sonuçlara göre ise T2 ve T3'te DDT-BE grubunun belirtileri artmış ancak anlamlılığa ulaşmamıştır. T4'te ise düşmüş ancak yine anlamlılığa ulaşmamıştır. Bununla birlikte tüm ölçümlerde metilfenidatın plaseboya üstünlüğü anlamlı bulunmuştur. Tedaviye cevap verenlerin oranları incelendiğinde; T2'de klinik görüşme+metilfenidat grubundaki cevap verenlerin sayısı diğerlerinden daha fazla bulunmuştur. Ancak T4'te cevap verenler bakımından gruplar arası fark bulunmamıştır. Depresyon belirtileri incelendiğinde; hiçbir ölçüm aşamasında gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. CGI yani genel klinik görünüm incelendiğinde; DDT-BE her ölçümde klinik görüşme grubundan daha iyi sonuçlar vermiş ve bu fark T4'te anlamlılığa ulaşmıştır. Metilfenidat kullananlar plasebo alanlardan her üç ölçümde de daha iyi CGI puanı almış ancak bu fark yalnızca T3'te anlamlılığa ulaşmıştır. Özet olarak bu çalışmada DDT-BE, belirtilerin şiddetinin azalması bakımından bireysel bir klinik

gelişmeyle benzer sonuçlar vermiştir. Son ölçümlerde DDT-BE grubundakiler daha düşük düzey belirti bildirirse de bu anlamlılığa ulaşmamıştır. İyileşme oranına bakıldığında yalnızca T2'de anlamlı bir fark bulunmuş olup bu fark bireysel klinik görüşme lehinedir. Yalnızca uzmanların değerlendirmesi açısından bakıldığında DDT-BE'ye katılanlar daha yüksek puan almış ve fark yalnızca son izlemde anlamlılığa ulaşmıştır. Ancak ilaç gruplarının kendi içindeki karşılaştırmasında metilfenidat her ölçüm düzeyinde plasebodan anlamlı düzeyde daha iyi sonuçlar vermiştir.

Fleming ve arkadaşları (2015) yürüttükleri kontrollü bir çalışmada üniversitenin danışmanlık birimine başvuran ve DEHB kriterlerini karşılayan 35 öğrenciyi DDT grup beceri eğitimine veya öz yardım grubuna seçkisiz atamışlardır. Katılımcılar gruplara atanırken dikkatsizlik puanının medyan bölümü ile tabakalanmıştır. Ancak seçkisiz atamanın nasıl yapıldığı açık ve ayrıntılı olarak anlatılmamıştır. Çalışmanın akış şeması verilmiş ve taban değerler gruplar arası karşılaştırma raporlanmaksızın bir tabloda sunulmuştur. Ön test, son test ve müdahaleden 3 ay sonra yapılan izlemde Barkley Adult ADHD Rating Scale-IV (BAARS-IV), Brown ADD Rating Scales (BADDS), ADHD Quality of Life Questionnaire, BAE, BDE-2, Beş Boyutlu Bilinçli Farkındalık Ölçeği, Sürekli Performans Testi-2 (SPT-2) ve öğrencinin genel not ortalaması ölçme aracı olarak kullanılmıştır. Çalışmada "tedaviye olumlu cevap verenler" (positive response) Güvenilir Değişim Endeksi ile ve "iyileşenler" de (recovery) BAARS-IV ölçeğindeki belirtileri 93. ve BADDS ölçeğindeki azalma ise 96. persantilden aşağı inenler olarak belirlenmiştir. Bu çalışmanın deney grubunda DBT beceri eğitiminin 9 haftalık bir yeniden uyarlaması uygulanmıştır. Terapinin bitiminden sonraki eğitim döneminin ilk haftasında da bir güçlendirme oturumu daha yapılmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılara ise Tuckman'ın erişkin DEHB'liler için geliştirdiği kılavuzdan seçilmiş becerileri içeren 34 tanıtım sayfası verilmiştir. Veriler tekrarlı ölçümler için ANOVA ile incelenmiştir. Tedaviye olumlu cevap verenler ve iyileşenlerin gruplardaki dağılımı ki-kare analizi ile karşılaştırılmıştır. Beceri grubunda bulunan tek bir kayıp son yapılan gözlem yöntemiyle atanmıştır. Her grupta birer tane eşik altı dikkatsizlik belirtisi gösteren (4 kriter karşılanmıştır) katılımcı bulunmuştur. DDT grubunda ilaç dozu %25 oranından fazla veya ilaç grubu değişen 2, öz yardım grubunda 1 kişi bulunmuştur. Analizler ilaç değişikliği yapılanlar ile eşik altı dikkatsizlik gösterenlerin dahil ve hariç tutulduğu şekilde tekrar edilmiştir. Ancak sonuçlarda bir farklılık görülmemiş ve yalnızca tedavi amacına yönelik (intent-to-treat) örneklemin (N=33) sonuçları paylaşılmıştır. Dikkatsizlik belirtileri bakımından incelendiklerinde zamandan bağımsız genel olarak DDT grubu daha düşük düzey dikkatsizlik göstermiş, iki grubun gösterdiği değişimin farkı son testte değil izlem ölçümünde anlamlılık düzeyine ulaşmıştır. Son testte DDT grubunda BAARS-IV dikkatsizlik belirtisi bakımından tedaviye olumlu cevap veren ve iyileşen kişilerin oranı öz yardım grubundakinden yaklaşık iki kat fazla olmasına rağmen bu fark .10 düzeyinde bir trend göstermiş ancak .05 düzeyinde anlamlılığa ulaşmamıştır. İzlemde ise yalnızca tedaviye olumlu cevap verenlerin oranı DDT grubu lehine anlamlılık düzeyine

ulaşmıştır. Yürütücü işlevler bakımından incelendiklerinde DDT grubundaki iyileşme hem sontest, hem de izlemde öz yardım grubundan anlamlı düzeyde yüksektir. Tedaviye cevap verenlerin ve iyileşenlerin sayısı hem sontest, hem de izlem aşamasında DDT grubunda anlamlı düzeyde daha yüksektir. Yaşam doyumu bakımından iki grup arasındaki farklılık sontestte anlamlı bulunmuş ancak izlemde anlamlılığını kaybetmiştir. Farkındalık düzeyi hem sontest, hem de izlemde DDT grubu lehine bir farklılık göstermiştir. Dikkatte dürtüsellik düzeyini ölçmek için yapılan nöropsikolojik testlerdeki atlama hataları DDT grubunda anlamlı düzeyde azalmış ancak hatalı basma ve tepki sürelerinde benzer bir sonuç elde edilmemiştir. Depresyon ve anksiyete belirtileri ile genel not ortalaması bakımından iki grup arasında anlamlı fark tespit edilmemiştir. Etki büyüklükleri sıklıkla orta ve büyük arasında yer almıştır. DDT grubundakilerin tedaviyi kabul etme düzeyleri kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Olası kovaryantlar, ön test ölçümleri ve tedavi grubu kontrol edilerek demografik değişkenlerin açıklayıcı, son test ölçümlerinin ise açıklanan değişken şeklinde lineer regresyona dahil edilmesi yoluyla belirlenmiştir. Yalnızca yaş DEHB belirtilerini ölçen BADDS'i yordamış ve bu nedenle bir kovaryant olarak tekrarlı ANOVA'ya girilmiştir. Ancak sonuçlar değişmemiş ve ne yaş×zaman, ne de yaş×grup×zaman etkisi bulunamamıştır. Dolayısıyla yaş değişkeninin ilgili ölçek için bir kovaryant etkisinden bahsedilememektedir.

Prada ve arkadaşları (2014), SKB ve DEHB tanılarını birlikte taşıyan hastalarda yoğunlaştırılmış bir DDT beceri eğitiminin etkililiğinin doğal desen çalışma ile incelemişlerdir. Doğal desen gereği katılımcılar gruplara seçkisiz değil klinik kararlar ile atanmıştır ve yalnızca SKB, SKB+DEHB eş tanı, SKB+DEHB+metilfenidat kullananlar şeklinde üç gruba yoğunlaştırılmış DDT uygulanmıştır. Toplam 166 kişiden 159'u dahil etme kriterlerini karşılamıştır. Akış şeması paylaşılmıştır. Katılımcılar halihazırda standart DDT programını alırken (dört modu birlikte) tedavilerine bir aylık yoğunlaştırılmış bir DDT programı ilave edilmiştir. Yoğunlaştırılmış program günlük bireysel ve grup oturumları içermiştir. Üç gruba ait taban değerler tablolaştırılarak verilmiştir. Yoğunlaştırılmış programın önünde ve sonunda ASRS, Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BIS-10), State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI), BDI-II ve Beck Ümitsizlik Ölçeği (BÜÖ) uygulanmıştır. Veriler Doğrusal Karışık Desenler ile analiz edilmiştir. Gözlemler (bireyler) hiyerarşik rastgele etki, tedavinin potansiyel yordayıcıları da sabit etki olarak modele dahil edilmiş ve yine gözlemlerle rastgele kesişim etkisi (slope) de modele eklenmiştir. Tedavinin potansiyel yordayıcılarının taban ölçümler olduğu anlaşılmaktadır. Tedaviye cevap verme oranları her değişken için değişiklik yüzdesi belirlenerek ANOVA ile karşılaştırılmıştır. DEHB dışında bir eş tanı için kullanılan ilaçlar kovaryant olarak belirlenmiştir. Tüm örnekleme, BIS-10 motor dürtüsellik dışında, 4 haftalık yoğun DDT sırasında tüm değişkenlerde anlamlı bir azalma yani belirtilerde iyileşme görülmüştür. Yalnızca öfke STAXI'nin öfke kontrolünde anlamlı bir artış vardır ki bu da klinik iyileşmeyi destekler niteliktedir. 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. Etki büyüklükleri orta ve büyük düzeyler arasında değişmiştir.

Cole ve arkadaşları (2016) ilaç tedavisi dirençli olan 49 hasta ile DDT+BDT protokolü uygulamışlardır. Uygun dozda ilaç tedavisi devam etmelerine rağmen rezidüel belirtileri bulunan veya yan etkisi fazla olduğu için ilaç tedavisi bırakan hastalar tedaviye dirençli şekilde tanımlanmıştır. Kontrol grubu (n=13) bekleme listesi şeklindedir ve ne seçkisiz atama, ne de dengeleme gibi bir kontrol tekniği kullanılmamıştır. Grupların taban değerleri ve bunların karşılaştırmaları tablolaştırılarak sunulmuştur. Taban değer farklılıkları analizlerde kontrol edilmiştir. Beceri eğitimi grubu bir yıl boyunca geleneksel DDT modüllerine ilave iki BDT modülü (aşırı hareketlilik/dürtüsellik ve dikkatsizlik) şeklinde bir bileşik müdahale almış ancak kontrol grubu yalnızca aylık bireysel klinik görüşmeye devam etmiştir. İster bireysel, ister grup oturumlarında terapötik stratejilerin amacı kabul ve değişim arasındaki denge olmuştur. Bireysel görüşmeler kazanılan becerilerin genellenmesini amaçlamıştır. Kontrol grubuyla yapılan aylık rutin klinik görüşmelerde gerekli görüldüğünde DEHB'e yönelik bir psikoeğitim verilmiştir. Deney grubu tedavi öncesi, 3 ay sonra, 6 ay sonra ve tedavi sonunda; kontrol grubu ise yalnızca tedaviden önce ve sonra ölçümlere katılmıştır. Ölçüm araçları şunlardır: ASRS, BDE-II, BÜÖ, farkındalık becerileri için Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (y. n. Ölçeğin Türkçe uyarlamasına rastlanmamıştır.) ve STAXI. Analizler doğrusal karışık model (linear mixed model) ile yapılmıştır. Tedavi grubu ve zaman sabit etki, gözlemler rastgele etki olarak modele dahil edilmiştir. Model ayrıca cinsiyet, yaş ve ölçme araçlarının taban değerlerinin sabit etkisi bakımından yeniden onarılmıştır (refitting). Tedavi grubunda görülen %14'lük çalışmadan ayrılma oranı taban özellikleri bakımından incelenmiş ve aralarında ilişki bulunmamıştır. Yani belirli taban özellikleri çalışmadan ayrılmayı yordamamıştır. Sonuçlara göre tedavi modeli farkındalığın gözleme alt ölçeği ve STAXI'nin öfkeyi dışavurma alt ölçeği hariç tüm değişkenlerdeki değişimi yordamıştır. Etki büyüklüklerine göre zamana bağlı değişiklikler şu sıradadır: depresyon, DEHB belirtileri, farkındalıkla davranma, ümitsizlik, ASRS dikkatsizlik belirtileri ve ASRS aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtileri. Deney grubunda zamana bağlı anlamlı iyileşme, kontrol grubunda ise zamana bağlı anlamlı kötüleşme görülmüştür. Kontrol grubu yalnızca farkındalıkla davranma düzeyinde iyileşme göstermiştir. Etki büyüklükleri büyük ve orta düzey arasında değişmektedir. Bununla birlikte izlem ölçümlerinde gruplar arası bir farklılığa rastlanmadığı ifade edilmiştir. Ancak istatistiksel raporlamanın da eksik bırakıldığı bu ifadeden grup×zaman etkisinin mi yoksa yalnızca son izlemede bir gruplar arası karşılaştırmaların mı kastedildiği açık değildir. Ayrıca doğrusal karışık desen analizinin sonuçlarının tablolatırılmaması sonuçları anlamayı güçleştirmiştir. Bu çalışmanın önemli katkısı kullandığı analiz nedeniyle tedaviyi yordayan değişkenleri sunabilmesidir. İlk basamaktaki yüksek düzey depresyon, DEHB belirtileri, umutsuzluk, STAXI toplam puanı ve iki alt ölçeği, eğitim düzeyinin yüksekliği ile düşük düzey yargısız kabul tedaviye iyi cevap vermeyi yordamıştır. Çalışmada

ne ilk model, ne de onarıldığı söylenen modeller arasında bir karşılaştırma yapılmamış ve hatta modelin uygunluğuna dair hiçbir bilgi verilmemiştir. Modelin hangi istatistik paket programında analiz edildiği de belirtilmemiştir. Dolayısıyla analiz yönteminin ve sonuçların raporlanmasındaki kısıtlılık mevcut derlemede yorumlamayı zorlaştırmıştır.

Moritz ve arkadaşları (2020) 31 DEHB tanılı ve metilfenidat grubu ilaç kullanan yetişkin hastayı DDT-BE veya rutin tedavi (treatment as usual) gruplarına seçkisiz atamıştır. Katılımcıların DEHB belirtileri tedavi öncesinde, tedavinin ortasında ve tedavi bittikten 16 hafta sonra yalnızca ASRS ile ölçülmüştür. DDT-BE grubunda Philipsen ve arkadaşlarının (2015) yayınladığı protokolün takip edildiği söylenmiştir ki o da aslında Hesslinger ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilmiştir. Kontrol grubundaki katılımcılar bir psikologla aylık görüşmeler gerçekleştirmiş ve bu görüşmelerin içeriği yalnızca psikoeğitimle sınırlandırılmıştır. Seçkisiz atamanın ayrıntıları, akış şeması, demografik değişkenlerin taban değerleri paylaşılmamıştır. Grupların zaman içindeki değişimi genelleştirilmiş tahmin denklemleri karşılaştırması ile analiz edilmiş ve yalnızca tedavi amacına yönelik verilerin (çalışmada kalan kişiler) sonuçları paylaşılmıştır. Herhangi bir kovaryant oluşturulmamıştır. Tek çıktı veri olduğundan yalnızca fizibilite sonuçları ve ASRS ölçeğinin toplam puan ve alt ölçeklerinin karşılaştırmaları sunulmuştur. Sonuçlara göre fizibilitesi yani klinik olarak uygulanabilirliği yüksektir. Ancak DEHB belirtilerinde grup×zaman etkisi görülmemiştir. Çalışmanın yöntemine dair yetersiz bilgi sunulmuş ve DEHB belirtileri tek bir ölçme aracıyla ölçülmüştür. Bunun nedeni bulguların yalnızca kısa rapor (brief reports) şeklinde yayınlanmasına bağlı olabilir. Ancak araştırmacılar tartışma kısmında DEHB belirtilerindeki değişimde grup etkisi görmedikleri için çalışmaya devam etmeyi gereksiz bulduklarını ifade etmişlerdir. Tek bir ölçme aracı kullanmaları dikkate alındığında bu karar şaşırtıcı görünse de değindikleri lojistik kısıtlılıkların devam etmeyi gereksiz kılması da önemli bir gerekçe olabilir.

Uygulanan DDT Protokolleri

Hesslinger ve arkadaşlarının (2002) kullandığı Almanca protokolün genel hedefi "DEHB'ini kontrol et, onun tarafından kontrol edilme" şeklinde ifade edilmiş ve DDT-BE adıyla yaygınlık kazanmıştır (Hesslinger ve ark. 2002, Hirvikoski ve ark. 2011, Edel ve ark. 2014, Philipsen ve ark. 2015, Morgensterns ve ark. 2016). Protokolün oturum içerikleri Tablo 2'de verilmiştir. Daha sonraki üç kontrollü çalışmada aynı protokol kullanılmış yalnızca güçlendirme oturumlarının sayısı artırılmıştır. Örneğin Philipsen ve arkadaşları (2015), çalışmasında DDT beceri grubuna ilave edilen güçlendirme oturumlarının yapısı şöyledir: İlk dokuz güçlendirme oturumunda her ne kadar gündem katılımcılarla birlikte kararlaştırılsa da farkındalık, kaos ve kontrol, işlevsel analiz, duygu düzenleme ve stres yöntemi becerilerinin tekrarı zorunlu kılınmıştır. Sonuncu oturumda ise ulaşılan bireysel hedefler ve yardımcı stratejiler tartışılmış, kalan hedeflere ulaşmak için stratejiler planlanmış, diğer grup üyeleriyle nasıl iletişim kurulabileceği görüşülmüştür.

Tablo 2. DDT-BE'nin oturum planı ve içerikleri

Oturumlar	İçerikler
1-Aydınlatma:	Hastalar problemlerinin DEHB tanı 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 paylaşılacak 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'in 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 sırasında Depresyon ve Depresyonun İlaç 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:	Diorganize davranışlar hedef alınır. Sıralı davranış 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 ilaçlarının 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 belirirlerin 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 arkadaşları (2015) farklı bir DDT-BE grup protokolü uyarlamış ve uygulamışlardır. Öğrenci popülasyonunda DEHB belirtilerinden şikayet eden ve (çoğunlukla) tanıyı karşılayan ancak öğrenciliğe de devam edecek kadar işlevselliğini sürdürebilen kişilerle çalıştığı için farklı bir protokol geliştirmesi makul görünmektedir. Çalışmada DDT oturumları ve içeriğinin değerlendirilmesine izin verecek veriler paylaşmıştır. Oturumların 90 dakika olması katılımcılar tarafından uygun bulunmuşken, toplam 9 oturum yapılması çok kısa bulunmuştur. Katılımcılar oturumlarda ele alınan DDT becerilerini gördükleri faydaya göre puanlamış ve şöyle bir sıralama ortaya çıkmıştır:

Farkındalık, yargısızlık, çevreyi yeniden yapılandırma, planlama, duygu düzenleme, günlük hayat ritmini yönetme, artılar ve eksiler, DEHB hakkında psikoöğitim. Fleming ve arkadaşlarının (2015) geliştirdiği uyarlamanın içeriği Tablo 3.'te sunulmuştur.

Morgernstern ve arkadaşları 2016 yılında hasta popülasyonu ile çok merkezli bir açık fizibilite çalışması yapmıştır. Dahil etme ve dışlama kriterleri açık şekilde belirtilmiş ve açık desenli bir çalışmaya uygun bir biçimde ilaç değişikliği yapanların çalışmadan çıkarılmadığı belirtilmiştir. Çalışma kontrol gruplu olmadığı için bu derlemede ayrıntılı bilgilerine yer verilmemiştir ancak DDT

Tablo 3. Fleming ve arkadaşlarının (2015) DDT grup beceri eğitimi uyarlaması

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.

protokolü geliştirilmesi bakımından bilgi verici görünmektedir. Bu çalışmaya katılan 98 kişiye Hesslinger'in protokolüne ilave olarak bir güçlendirme oturumu, yaklaşık 10-30 dakikalık ödev koçluğu (telefonda veya klinikte) yapılmış ve her oturumdan sonra danışanların 45-60 dakika kendi aralarında yapılandırılmamış bir biçimde etkileşime devam etmelerine müsaade edilmiştir. Bunun dışında DDT-BE, Cole ve arkadaşlarının (2016) yaptığı gibi bilişsel davranışçı terapi ile veya diğer üçüncü dalga terapilerle (Nasri ve ark. 2020) bir araya getirilerek DEHB için farklı protokoller de denenmiştir. Şimdiye dek kullanılan DDT temeli protokollerinin çeşitliliği Tablo 4'te sunulmuştur.

DEHB için geliştirilen yetişkinlere yönelik DDT protokollerinin içerikleri farklılaşsa da incelenen etkililik çalışmalarında genel olarak fizibilite düzeyi yüksek bulunmuştur. Ancak kontrol grubunda bireysel veya grup, yapılandırılmış veya yapılandırılmamış bir müdahale bulunduğu DDT-BE'nin klinik uygulanabilirliği lehine anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçlar DEHB'li yetişkinlerin kendi problemlerini paylaşacakları, anlaşıldıklarını hissedecekleri bir müdahaleye duydukları yoğun ihtiyaçtan kaynaklanabilir (Brod ve ark. 2012). Dolayısıyla yapılandırılmamış bile olsa bir grup (veya bireysel) terapisini, her halükârda faydalı buluyor olabilirler. Diğer yandan Hesslinger ve arkadaşları (2002) DDT-BE'ye yönelik bir değerlendirme anketi hazırlamış ve müdahale lehine yüksek sonuçlar bildirmiştir. Katılımcılar DDT-BE'nin problemlerine ışık tuttuğunu ve fayda sağladığını bildirmişlerdir. Hirvikoski ve arkadaşlarının (2011) değerlendirme anketinde de benzer sonuçlara ulaşılmış, ayrıca DDT-BE'yi alan katılımcılar kontrol grubuna göre DEHB belirtilerleriyle daha iyi başa çıktıklarını bildirmiştir. Ancak farkındalık beceri grubuyla karşılaştırıldığında her iki gruptaki katılımcıların da olumlu geri dönüş yaptıkları ifade edilmiştir (Edel ve ark. 2014). DDT-BE'nin katılımcıların sürdürebildiği ve uygulanabilir bir tedavi olduğu sonucuna varmak mevcut çalışmalar ışığında uygun görünmektedir. Yine de katılımcı geri dönüşlerinin daha fazla rapor edilmesi ihtiyacı kendini hissettirmektedir. Diğer yandan başka terapi yöntemleriyle karşılaştırmalar yapıldıkça danışanların ihtiyaçlarına cevap

vermekte ne derece işe yarar bulunduğu yahut en ideal yöntem olup olmadığını görmek mümkün olacaktır.

Tedavinin Etkililiği

Yukarıda özetlenen çalışmaların biri dışında hepsi hasta popülasyonu ve metilfenidat grubu ilaç kullanımıyla birlikte yürütülmüştür. Çalışmalarda DEHB için ilaç kullanımının sabitlenmiş olması ve varsa eş tanılar için de ilaç kullanımının da stabil olması istenmiştir. Dolayısıyla elde edilen bulgular ilaç+DDT'nin etkililiğini göstermektedir. Hasta popülasyonu yapılan çalışmalardaki etkililiğe dair sonuçlar tutarlı değildir. Üç çalışma DDT-BE'nin bekleme listesi, zayıf yapılandırılmış grup çalışması ve rutin tedaviye karşı daha etkili olduğunu göstermiştir (Hesslinger ve ark. 2002, Hirvikovski ve ark. 2011, Cole ve ark. 2016). Ancak iki çalışmada bireysel görüşmelere karşı bu sonuçlar desteklenmemiştir. Bir çalışmada farkındalık temelli grup müdahalesiyle benzer sonuçlar verdiği görülmüştür (Edel ve ark. 2014). Bir çalışmada ise bir yıl boyunca DDT standart protokolünü alan SKB ve SKB+DEHB tanıli hastalara bir aylık bireysel ve grup şeklinde yoğunlaştırılmış beceri eğitimi verilmiştir (Prada ve ark. 2014). Çalışmada SKB+DEHB grubunu metilfenidat kullanan ve kullanmayanlar farklı grupları oluşturmuş ve bulgular yoğunlaştırılmış DDT-BE+metilfenidat lehine bulunmuştur. Derlemeye alınan çalışmalar arasından yalnızca Fleming ve arkadaşları (2015) öğrencilerden DEHB şikayetleri nedeniyle üniversitelerin danışmanlık birimlerine başvuran kişilerle çalışmış ve ilaç kullanımını kontrol etmemiştir. Çalışmada DDT-BE'nin öz yardım grubuna karşı üstünlüğü gösterilmiştir. Sonuç olarak literatürde yer alan 3 çalışmanın kontrol grubuna karşı DDT-BE'nin üstünlüğünü göstermediği, ancak 5 çalışmanın bunu gösterdiği görülmektedir. DDT-BE'nin üstünlüğünü göstermeyen üç çalışmadan ikisi kontrol grubuna bireysel klinik görüşmeler, diğeri ise farkındalık temelli bir grup müdahalesi uygulamıştır. Etkililiği gösteren çalışmalardan biri üniversite öğrencisi, diğeri ise hasta popülasyonu gerçekleştirilmiştir.

Tablo 4. Çalışmaların DDT uygulamalarındaki ortaklık ve farklılıklar

Çalışmalar	Ek müdahaleler	Diğer DDT modları	Süre
Hirvikoski 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. (2014)	Uzun süreli DDT tedavisi	Yoğunlaştırılmış grup ve bireysel oturumlar	1 ay boyunca günlük oturum
Morgensterns ve ark. (2015)	Her oturumdan sonra 45-60 dk terapistisiz, yapılandırılmamış, tercihe bağlı grup.	10-30 dk haftalık ödev koçluğu (telefonda veya klinikte)	14 oturum, haftalık
Cole ve ark. (2016)	BDT hiperaktivite ve BDT'nin dikkat modülleri	Haftalık bireysel ve grup modları. Bireysel görüşmeler beceri genellemesini içerir.	1 yıl, haftalık oturum
Fleming ve ark. (2015)	Her oturum 90 dk. sürmüştür.	7 kez haftalık 10-15 dk. telefon koçluğu	9 oturum, haftalık

Tartışma

Mevcut derlemede DDT-BE'nin erişkin DEHB'deki etkililiğini inceleyen kontrollü çalışmalar gözden geçirilmiştir. Literatürde seçkisiz veya değil, ulaşılan tüm kontrollü çalışmaların 9 tane olduğu görülmüştür. Bu çalışmalardan biri dışında hepsi hasta popülasyonu ile gerçekleştirilmiş, bir tanesi ise SKB hastalardan DEHB eş tanısı olanları ve olmayanları örneklemine dahil etmiştir (Prada ve ark. 2014). Hasta popülasyonu ile çalışan her çalışmada hasta popülasyonu DDT-BE+metilfenidat tedavisinin yani ilaç ve ilaçsız tedavinin birlikte etkililiği incelenmiştir. Bu bağlamda hasta popülasyonunda DDT-BE'nin tek başına incelendiği iki çalışmada (Prada ve ark. 2014, Philipsen ve ark. 2015) anlamlı bir üstünlük bulgulanmamıştır. Bulgularda iki çalışmada DDT-BE grup beceri eğitiminin bireysel klinik görüşmelerle benzer bulgulara sahip olduğu görülmüştür. Philipsen ve arkadaşları (2015) ister DDT-BE alsın, isterse bireysel klinik görüşme yapsın tüm katılımcılar duygusal değişkenlik ve dürtüsellik için T2 ölçümü hariç tüm değişkenler için tüm ölçümlerde (tüm DEHB belirtileri, yalnızca dikkatsizlik, yalnızca hiperaktivite, benlik algısı) ilaç kullananların, kullanmayanlardan anlamlı düzeyde daha iyi sonuçlar verdiğini bildirmiştir ki DEHB tedavisinde metilfenidat grubunun etkililiği zaten bilinmektedir (Faraone ve ark. 2014).

Öğrenci popülasyonu ile yapılan çalışmada ilaçlı tedavi kontrol edilmemiş olup DDT-BE lehine bulgular elde edilmiştir (Felmig ve ark. 2015). Üniversite öğrencileri ile elde edilen sonuçları ilacı yan etki veya tercih nedeniyle almayan yüksek işlevsellik düzeyine sahip kişilere genellemek fenomenolojik açıdan makul görünmektedir. Ancak DEHB belirtilerinden şikayetçi olmasına rağmen tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan popülasyonla daha fazla etkililik çalışması yürütülmesi gerekmektedir.

Farklı bulguların nedenleri deney tasarımından kaynaklanabileceği gibi katılımcılardaki komorbidite sayısı,

mevcut stresli yaşam olayları gibi karıştırıcı değişkenlerin etkisiyle de olabilir. Özellikle en büyük örnekleme sahip araştırmanın DDT-BE lehine sonuç vermemesi düşündürücüdür. Philipsen ve arkadaşlarının (2015) bulguları (n=448) özetle DDT-BE alan katılımcıların yalnızca birinci ölçümdeki DEHB belirtilerinin tümü bakımından bir iyileşme trendi gösterdiğini ancak bu etkinin anlamlılığa ulaşmadığını göstermiştir. DDT-BE katılımcıların duygusal değişkenlik ve dürtüsellik düzeyi bakımından yalnızca 12 haftalık müdahalenin bitimindeki (T2) ölçümde anlamlı bir iyileşmeyi göstermiştir. Bunun dışında yukarıda da söylendiği gibi yalnızca uzun vadeli etkisi dikkate alındığında anlamlı bir iyileşme trendi sağlamıştır. Duygusal düzensizlik ve dürtüsellik bakımından elde edilen anlamlı fark aslında DDT modeliyle oldukça örtüşmektedir. Zira DDT özellikle duyguların düzenlenmesi ve kişinin hayatını zorlaştıracak dürtüsel davranışların kontrol edilmesinde ciddi sıkıntılar yaşayan bir popülasyon (SKB) için geliştirilmiştir (Valentine ve ark. 2015). Ayrıca istatistiksel olarak anlamlılığa ulaşmasa da uzun vadede DDT-BE lehine bir trend elde edilmesi uzun vadedeki etkiyi çalışacak araştırmalara olan ihtiyaca işaret etmektedir. Moritz ve arkadaşları (2021) tek bir öz bildirim ölçeği üzerinden ölçtükleri DEHB belirtilerinde anlamlı fark bulmamalarının Philipsen ve arkadaşlarının (2015) bulgularını desteklediğini ileri sürmüştür. Her ne kadar bu kararı almaları kendi örneklemi için o klinik koşullarda anlamlı olarak kabul edilebilir görünse de genellenebilirliğine itiyatla yaklaşmak gerekebilir. Bu bağlamda araştırmacıların DEHB belirtileri yerine DEHB dışı psikososyal beceri düzeylerinde iyileşmeyi sağlayabileceğini söyleyerek gelecekteki araştırmaları bu doğrultuda yönlendirmeleri kısmen isabetli görünmektedir. Alanyazındaki bütün araştırmaların bulguları bir arada değerlendirildiğinde hem DEHB belirtilerine, hem de DEHB dışı psikososyal alanlara ışık tutan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Ancak çalışmaların yalnızca seçkisiz kontrollü desen değil, natürel veya açık desen olması da önem taşımaktadır. Zira pür DEHB üzerinde yapılacak bir çalışmanın

genellenebilirliği şüpheli olacaktır. Çünkü DEHB'in yetişkinlerdeki klinik görünümü eş tanıları, alt tipi, belirti şiddeti ve işlevsellik düzeyi bakımından oldukça çeşitlilik göstermektedir ve etkili bir müdahalenin bu genişlikteki klinik tabloya cevap vermesi gerekmektedir. Bununla birlikte yalnızca tekrarlı ölçümlere dayalı desenler değil, nitel değerlendirmeyi mümkün kılan karma desenler de daha fazla bilgi verme potansiyeline sahiptir (Creswell 2021). Örneğin nitel bir geri bildirim olmasa da müdahale sonrası değerlendirme anketleri veya sözlü geribildirimleri katılımcıların gördükleri faydaya ışık tutmuştur (Hesslinger ve ark. 2002, Hirvikovski ve ark. 2011). Dolayısıyla katılımcılar açık uçlu sorularla gördükleri genel ve spesifik faydaları yansıtabilme imkânı bulabilirler. Özellikle küçük örneklerle yürütülen çalışmalarda olumlu sözlü bildirimlerin istatistiksel olarak tespit edilememesi beklenmektedir.

Kullanılan protokolde değişiklikler yapılmasının etkililik çalışmalarını nasıl etkileyebileceği de önemli bir tartışma konusu olabilir. Farklı protokollerin farklı sonuçlar doğurması beklenbilir ve hâliyle olumsuz değerlendirilebilir. Ancak klinisyenler için bu çeşitlilik aslında bir imkân olarak da değerlendirilmeye müsaittir. Zira klinisyenler farklı niteliklere sahip katılımcı yahut danışanlarla çalışabilir ve onların ihtiyaçlarına uygun bir DDT temelli müdahale modeline ihtiyaç duyabilir. Alanyazındaki protokollerin farklılıkları bu durumda bir zenginlik katabilecektir.

Çalışmalarda kontrol gruplarının farklı tasarlanması da bulgulardaki tutarlılığı etkilemiş benzerdir. DDT-BE, Edel ve arkadaşlarında (2014) olduğu gibi başka terapötik grup müdahalesiyle veya Philipsen ve arkadaşlarındaki (2015) gibi bireysel görüşmeyle karşılaştırıldığında farklılık göstermemiştir. Bu araştırmalardan ilkinde kontrol grubuna farkındalık temelli bir grup terapisi uygulanmıştır. Oysa DDT de farkındalığı barındıran bir yaklaşımdır (Jennings ve Apsche 2014, Baer 2015, Poissant ve ark. 2020). Poissant ve arkadaşları (2020) DEHB'de farkındalık temelli müdahaleleri ele aldıkları metaanalize DDT'yi de katmıştır. Üstelik kontrol grubundaki oturumlarda DDT'nin farkındalık modülünden faydalandığı iletilmiştir. Hâliyle iki farklı değil iki benzer müdahalenin etkisi karşılaştırılmış olabilir ve bu, aradaki farkın anlamsızlığını açıklayabilir. Diğer yandan Philipsen ve arkadaşlarının (2015) çalışmasındaki kontrol grubu bireysel görüşme almıştır. Nihayetinde bireysel bir görüşmede bir kişinin yalnızca kendine has problemlerini görüşme imkânı bulmasına karşın bir grup terapisinde herkesi bağlayacak şekilde bir beceri eğitimi verilmektedir. Lopez-Pinar ve arkadaşlarının (2018) metaanalizlerinde grup müdahaleleri bireysel müdahalelere göre hem gruplar arası, hem de grup içi analizlerde daha düşük etki büyüklüğüne sahip bulunmuştur. Yazarlar bu sonucun bireysel görüşmelerin danışanın ihtiyaçlarına daha fazla cevap vermesi şeklinde yorumlanabileceğini öne sürmüşlerdir. Dolayısıyla DEHB'li bir yetişkinin bireysel görüşmeler ardından olumlu sonuç bildirmesi anlaşılır görünmektedir.

Erişkin DEHB'de psikoterapötik müdahalelere duyulan yoğun ihtiyaç (Weiss ve ark. 2008) dile getirilmekteyse de yapılan çalışmalar yeterli sayıda görünmemektedir. Örneğin Lopez-Pinar ve arkadaşları (2018) yalnızca 9 SKÇ ve 3 de kontrol grupsuz

çalışmayı dahil edebilmiştir. Bu çalışmalardan yarısında BDT yönelimli ve azında da DDT temelli bir müdahale uygulanmıştır. Öyle ki etki büyüklüklerinin BDT lehine çıkması üzerine yazarlar metaanalize giren çalışmaların yarısında BDT kullanılmasının sonuçların yanlılığına neden olabileceği uyarısında bulunmuştur. DDT'nin erişkin DEHB'deki etkililiğine dair çalışmaların sayısı hâlen çok azdır.

Bu çalışmanın en önemli sınırlılığı sistematik bir yöntemle metanaliz yapılmamış olmasıdır. Bununla birlikte yalnızca İngilizce yayınlanan kontrollü çalışmaların taranmış olmasının çalışmayı yanıltıcı kılabilmesi düşünülmelidir. Ancak bu çalışma klinisyenlere DDT-BE protokollerinin DEHB'de nasıl uygulandığına ve uyarlandığına ve uygulamalardan sonra nasıl sonuçlar elde edildiğine dair yeterli bilgi verdiği söylenebilir. Klinikte kullanılacak protokoller de bir araya getirilerek toplu bir şekilde gözden geçirilmelerine olanak sağlamaktadır.

Sonuç

DDT-temelli grup beceri eğitimleri erişkin DEHB için faydalı, uygulanabilir ve etkili bir klinik müdahale olmaya adaydır. Ancak bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Daha geniş ve genellenebilir bilgiler sağlanması adına başta karma olmak üzere farklı desenlerde araştırma yürütülmesi gerekli görünmektedir. DEHB'lilerin klinik görünümünü kapsamaması açısından doğal desenli, pür DEHB belirtileri veya belirli alt belirti gruplarına yönelik etkililik için ise seçkisiz kontrollü çalışmaların artırılması yarar sağlayabilir. Etkili olması bakımından ümit vaat eden farklı müdahalelerle (Langer ve ark. 2013) karşılaştırılması da en uygulanabilir ve etkili yöntemin belirlenmesi açısından önem taşımaktadır. Çeşitli terapötik müdahaleleri içeren metanalizlerin sayısı az olduğu gibi bu metaanalizlerin kapsadığı araştırma makalelerinin sayısı da azdır. Kapsanan makaleler arasında ise DDT yönelimini kullananların sayısı çok azdır. Dolayısıyla yukarıda bahsettiğimiz karşılaştırmaların yapılabilmesi için yeterli veriye ulaşılması daha fazla çalışma yapılmasıyla mümkün görünmektedir.

Yazarların Katkıları: Yazarlar çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağladıklarını ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olduklarını kabul etmiştir.

Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazarlar çıkar çatışması bildirmemiştir.

Finansal Destek: Yazarlar bu çalışma için finansal destek almadığını beyan etmiştir.

Yazarın Notu: Bu çalışma Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi ve İstanbul Medeniyet Üniversitesi Klinik Psikoloji Ortak Doktora Programı altında hazırlanan ve TÜBİTAK 1002 kapsamında desteklenen "Diyalektik Davranış Grup Beceri Eğitiminin Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda İncelenmesi" başlıklı tezden üretilmiştir.

Authors Contributions: The authors attest that they have made an important scientific contribution to the study and have assisted with the drafting or revising of the manuscript.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure: The authors declared that this study has received no financial support.

Acknowledgment: This study was produced from the thesis titled "Ex-

amination of Dialectical Behavior Group Skills Training in Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder”, which was prepared under the Clinical Psychology Joint Doctorate Program of Fatih Sultan Mehmet Foundation University and Istanbul Medeniyet University and supported within the scope of TÜBİTAK 1002.

Kaynaklar

Able SL, Johnston JA, Adler LA, Swindle RW. (2007) Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychol Med*, 37:97-107.

Asherson P, Akehurst A, Sandra Kooij JJ, Huss M, Beusterien K, Sasané R et al. (2012) Under diagnosis of adult ADHD: cultural influences and societal burden. *J Atten Disord*, 16:20-38.

Baer RA (2015) *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. London, UK, Elsevier.

Barra S, Grub A, Roesler M, Retz-Junginger P, Philipp F, Retz W (2021) The role of stress coping strategies for life impairments in ADHD. *J Neural Transm*, 128:981-992.

Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, Wilens TE, Silva JM et al. (2006) “Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study” *Psychol Med*, 36:167-179.

Bjerrum MB, Pedersen PU, Larsen P (2017) Living with symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in adulthood: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Evid Synth*, 15:1080-1153.

Bodalski EA, Knouse LE, Kovalev D (2019) Adult ADHD, emotion dysregulation, and functional outcomes: Examining the role of emotion regulation strategies *J Psychopathol Behav Assess*, 41:81-92.

Bohus M, Dyer AS, Priebe K, Krüger A, Kleindienst N, Schmahl C et al. (2013) Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82:221-233.

Brod M, Pohlman B, Lasser R, Hodgkins P (2012) Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health Qual Life Outcomes*, 10:47.

Calvo N, Lara B, Serrat L, Pérez-Rodríguez V, Andiön Ò, Ramos-Quiroga JA et al. (2020) The role of environmental influences in the complex relationship between borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder: review of recent findings. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul*, 7:2.

Canela C, Buadze A, Dube A, Eich D, Liebreiz M (2017) Skills and compensation strategies in adult ADHD—A qualitative study” *PloS One*, 12:e0184964.

Cole P, Weibel S, Nicastro R, Hasler R, Dayer A, Aubry JM et al. (2016) CBT/DBT skills training for adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatr Danub*, 28:103-107.

Conejero I, Jaussent I, Lopez R, Guillaume S, Olié E, Hebbache C et al. (2019) Association of symptoms of attention deficit-hyperactivity disorder and impulsive-aggression with severity of suicidal behavior in adult attempters. *Sci Rep*, 9:4593.

Courbasson C, Nishikawa Y, Dixon I. (2012) Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clin Psychol Psychother*, 19:434-449.

Creswell JW (2021) *Karma Yöntem Araştırmalarına Giriş*, 3. Baskı (Çeviri Ed. Mustafa Sözbilir). Ankara, Pegem Akademi.

Davids E, Gastpar M (2005) Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 29:865-877.

Edel MA, Hölter T, Wassink K, Juckel G (2014) A comparison of mindfulness-based group training and in adults with ADHD” *J Atten*

Disord, 21:533-539.

Edel MA, Juckel G, Brüne M (2010) Interaction of recalled parental ADHD symptoms and rearing behavior with current attachment and emotional dysfunction in adult offspring with ADHD. *Psychiatry Res*, 178:137-141.

Ek A, Isaksson G (2013) How adults with ADHD get engaged in and perform everyday activities. *Scand J Occup Ther*, 20:282-291.

Faraone SV, Spencer T, Aleardi M, Pagano C, Biederman J (2014) Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 24:24-29.

Ferrari R (2015) Writing narrative style literature reviews. *Medical Writing*, 24:230-235.

Fleming AP, McMahon RJ, Moran LR, Peterson AP, Dreesen A (2015) Pilot randomized controlled trial of dialectical behavior therapy group skills training for ADHD among college students. *J Atten Disord*, 19:260-271.

Fossati A, Gratz KL, Borroni S, Maffei C, Somma A, 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” *Compr Psychiatry*, 56:121-127.

Gold AL, Yaptangco M (2019) Getting unstuck: Dialectical strategies to reduce suffering and build a life worth living. *Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 35:1-6.

Goldstein TR, Fersch-Podrat RK, Rivera M, Axelson DA, Merranko J, Yu H et al. (2015) Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: Results from a pilot randomized trial. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 25:140-149.

Green BN, Johnson CD, Adams A (2006) Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade, *J Chiropr Med*, 5:101-117.

Gülgez, Ö ve Gündüz B (2015) Diyalektik davranış terapisi temelli duygu düzenleme programının üniversite öğrencilerinin duygu düzenleme güçlüklerini azaltmadaki etkisi. *Çukurova University Faculty of Education Journal*, 44:191-208.

Gülpınar Ö, Güçlü AG (2013) How to write a review article? *Türk J Urol*, 39:44-48.

Harley R, Sprich S, Safren S, Jacobo M, Fava M (2008) Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *J Nerv Ment Dis*, 196:136-143.

Hesslinger B, Philipsen A, Richter H, Ebert D (2004) *Psychotherapie der ADHS im Erwachsenenalter – Ein Arbeitsbuch*. Hogrefe, Göttingen.

Hesslinger B, van Elst LT, Nyberg E, Dykieriek P, Richter H, Berner M et al. (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.

Hill DM, Craighead LW, Safer DL (2011) Appetite focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial. *Int J Eat Disord*, 44: 249-261.

Hirsch O, Chavanon M, Riechmann E, Christiansen H (2018) Emotional dysregulation is a primary symptom in adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *J Affect Disord*, 232:41-47.

Hirvikoski T, Waaler E, Alfredsson J, Pihlgren C, Holmström A, Johnson A et al. (2011) Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 49:175-185.

Jennings JL, Apsche JA (2014) The evolution of a fundamentally mindfulness-based treatment methodology: From DBT and ACT to MDT and beyond. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9:1-3

Kaya İ, Alyanak B (2017) Diyalektik davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri*

Journal of Child Psychiatry-Special Topics, 3:127-131.

Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demle OR et al. (2006) The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163:716-723.

Kliem S, Kröger C, Kosfelder J (2010) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *J Consult Clin Psychol*, 78:936-951.

Langer S, Greiner A, Koydemir S, Schütz A (2013) Evaluation of a stress management training program for adults with ADHD: A pilot study. *J Cogn Psychother*, 27:96-110.

Lee CS, Ma MT, Ho HY, Tsang KK, Zheng YY, Wu ZY (2017) The effectiveness of mindfulness-based intervention in attention on individuals with ADHD: A systematic review. *Hong Kong J Occup Ther*, 30:33-41.

Linehan M (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York, Guilford Press.

Linehan M (2015) *DBT Skills Training Manual*, New York, Guilford Press.

Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL et al. (2006) Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 63:757-766.

Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD et al. (2015) Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72:475-482.

López-Pinar C, Martínez-Sanchís S, Carbonell-Vayá E, Fenollar-Cortés J, Sánchez-Meca J (2018) Long-term efficacy of psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Front Psychol*, 9:638.

Lynch TR, Cheavens JS, Cukrowicz KC, Thorp SR, Bronner L, Beyer J (2007) Treatment of older adults with co morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22:131-143.

Lynch TR, Morse JQ, Mendelson T, Robins CJ (2003) Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11:33-45.

Matthies S, Philipsen A, Lackner HK, Sadohara C, Svaldi J (2014) Regulation of sadness via acceptance or suppression in adult attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Res*, 220:461-467.

McKay M, Wood JC, Brantley J (2019) *The Dialectical Behavior Therapy Skills Workbook: Practical DBT Exercises For Learning Mindfulness, Interpersonal Effectiveness, Emotion Regulation, and Distress Tolerance*, Oakland, New Harbinger Publications.

Minde K, Eakin L, Hechtman L, Ochs, E, Bouffard R, Greenfield B et al. (2003) The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 44:637-646.

Morgensterns E, Alfredsson J, Hirvikoski T (2016) Structured skills training for adults with ADHD in an outpatient psychiatric context: an open feasibility trial. *Atten Defic Hyperact Disord*, 8:101-111.

Moritz GR, Pizutti LT, Cancian AC, Dillenburg MS, de Souza LA, Lewgoy LB et al (2021) Feasibility trial of the dialectical behavior therapy skills training group as add on treatment for adults with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychol*, 77:516-524.

Nasri B, Castenfors M, Fredlund P, Ginsberg Y, Lindefors N, Kaldo V (2020) group treatment for adults with adhd based on a novel combination of cognitive and dialectical behavior interventions: a feasibility study. *J Atten Disord*, 24:904-917.

Neacsiu AD, Eberle JW, Kramer R, Wiesmann T, Linehan MM (2014) Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behav Res Ther*, 59:40-

51

Oerbeck B, Overgaard K, Pripp AH, Aase H, Reichborn-Kjennerud T, Zeiner P (2019) Adult ADHD symptoms and satisfaction with life: Does age and sex matter? *J Atten Disord*, 23:3-11.

Öztürk O, Uluşahin A (2015) *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 15. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri.

Panos PT, Jackson JW, Hasan O, Panos A (2014) Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Res Soc Work Pract*, 24:213-223.

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*, 256:42-46.

Philipsen A, Jans T, Graf E, Matthies S, Borel P, Colla M et al. (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*, 72:1199-1210.

Poissant H, Moreno A, Potvin S, Mendrek A (2020) A meta-analysis of mindfulness-based interventions in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: Impact on ADHD Symptoms, depression, and executive functioning. *Mindfulness*, 11:2669-2681.

Prada P, Hasler R, Baud P, Bednarz G, Ardu S, Krejci I et al. (2014) "Distinguishingborderlinepersonality disorderfromadultattention deficit/hyperactivity disorder: a clinical and dimensional perspective" *Psychiatry Res*, 217:107-114.

Rodriguez D, Tercyak KP, Audrain-McGovern J (2008) Effects of inattention and hyperactivity/impulsivity symptoms on development of nicotine dependence from mid adolescence to young adulthood. *J Pediatr Psychol*, 33:563-575.

Safer DL, Joyce EE (2011) Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behav Res Ther*, 49:339-345.

Skirrow C, Ebner-Prieme U, Reinhard I, Malliaris Y, Kuntsi J, Asherson P (2014) "Everyday emotional experience of adults with attention deficit hyperactivity disorder: evidence for reactive and endogenous emotional lability. *Psychol Med*, 44:3571-3583.

Telch CF, Agras WS, Linehan MM (2001) Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol*, 69:1061.

Torrente F, López P, Prado DA, Kichic R, Cetkovich-Bakmas M, Lischinsky A et al. (2012) Dysfunctional cognitions and their emotional, behavioral and functional correlates in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): Is the cognitive-behavioral model valid? *J Atten Disord*, 18:412-424.

Turner RM (2000) Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cogn Behav Pract*, 7:413-419.

Üstündağ Budak A ve Özeke Kocabaş E (2019) Modern BDT yaklaşımlar diyalektik davranış terapisi. In *Geçmişten Günümüze Bilişsel Davranışçı Terapi Modern BDT Yaklaşımlar*, 3. Baskı (Ed. Z Hamamcı, F Türk): 61-75. Ankara, Pegem Akademi Yayıncılık

Üstündağ Budak AM, Özeke Kocabaş E, Göksu H (2020) Dialectical behavioral therapy from the lifespan perspective. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12:287-298.

Üstündağ Budak AM, Özeke Kocabaş E, Ivanoff A (2019) Dialectical behaviour therapy skills training to improve Turkish college students' psychological wellbeing: A pilot feasibility study. *Int J Adv Couns*, 41:580-597.

Valentine SE, Bankoff SM, Poulin RM, Reidler EB, Pantalone DW (2015) The use of dialectical behavior therapy skills training as stand alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *J Clin Psychol*, 71:1-20.

Verheul R, Van Den Bosch LM, Koeter MW, De Ridder MA, Stijnen T, Van Den Brink W (2003) Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *Br J Psychiatry*, 182:135-140.

Weafer J, Milich R, Fillmore MT (2011) Behavioral components of impulsivity predict alcohol consumption in adults with ADHD and healthy controls. *Drug Alcohol Depend*, 113:139-146.

Weibel S, Nicastro R, Prada P, Cole P, Rüfenacht E, Pham E et al. (2018) Screening for attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline personality disorder. *J Affect Disord*, 226:85-91.

Weiner L, Perroud N, Weibel S (2019) Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder in adults: a review of their links and risks. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 15:3115-3129.

Weiss M, Safren SA, Solanto MV, Hechtman L, Rostain AL, Ramsay JR et al. (2008). Research forum on psychological treatment of adults with ADHD. *J Atten Disord*, 11:642-651.

Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ (2009) Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbidity disorders in clinically referred adults with ADHD. *J Clin Psychiatry*, 70:1557-1562.