

Ergenlerdeki Madde Kullanım Bozukluğunda Sorun Çözme Terapisinin Etkileri



Ömer KARDAŞ¹, Burcu KARDAŞ², Hozan SAATÇIOĞLU³, Zeki YÜNCÜ⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, bilişsel davranışçı bir yöntem olan sorun çözme terapisinin alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı almış ergenler üzerindeki etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Madde kullanım bozukluğu tanısı olan ergenlere eş tanıları belirlemek için yarı yapılandırılmış görüşme ve zeka testi uygulanmıştır. Çalışmanın işleme kriterlerini sayılayan 46 ergen iki ayrı gruba ayrılmıştır. Birinci gruba haftada bir olacak şekilde 5 hafta sorun çözme terapisi uygulanmış, diğer grubun merkezdeki rutin kontrollerine devam etmesi istenmiştir. Gruplara başlangıç ve 5. haftanın sonunda Beck Depresyon Envanteri, Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri, Bağımlılık Profil İndeksi ve Tedavi Motivasyon Anketi uygulanmış ve analiz edilmiştir.

Bulgular: Grupların, sosyodemografik ve madde kullanım özellikleri, komorbid psikopatolojileri ile ilk ölçülen ortalama ölçek skorları birbirine benzer bulunmuştur. Depresyon ve anksiyete ölçek skorları her iki grupta anlamlı olarak düşmüş gruplar arasında fark bulunmamıştır. Sorun çözme becerileri ve tedavi motivasyonu terapi alan grupta artarken, kontrol grubunda azalmıştır. Gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,045$, $0,037$, sırasıyla sorun çözme becerileri ve tedavi motivasyonu için). Bağımlılık şiddeti terapi alan grupta azalırken, kontrol grubunda artmış ancak fark anlamlı bulunmamıştır.

Sonuç: Bu çalışma psikososyal müdahalelerin, ergenlerdeki madde kullanım bozukluğunun tedavisini güçlendirdiğini göstermesi bakımından önemlidir. Ülkemizde bağımlı ergenlerde müdahale yönteminin değerlendirildiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır. Örneklem sayısının artırıldığı ve uzun dönem sonuçların değerlendirildiği çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Anahtar Sözcükler: Ergen psikiyatrisi, madde ile ilişkili bozukluklar, bilişsel terapi, grup psikoterapisi

ABSTRACT

Effects of Problem Solving Therapy in Substance Use Disorder in Adolescents

Objective: In this study, it was aimed to examine the effects of problem solving therapy, which is a cognitive behavioral method, on adolescents diagnosed with alcohol and substance use disorder.

Method: A semi-structured interview and intelligence test were administered to adolescents with diagnosis of substance use disorder to identify comorbidities. 46 adolescents who met the inclusion criteria were divided into two groups. Problem solving therapy was applied to the first group for 5 weeks, once a week, while the other group continued their routine controls in the center. Beck Depression Inventory, Screen for Child Anxiety Disorders, Revised Social Problem Solving Inventory, Addiction Profile Index and Treatment Motivation Questionnaire were administered to the groups at the beginning of the study and at the end of the 5th week and the results were analyzed.

Results: Sociodemographic and substance use characteristics, comorbid psychopathologies and scale mean scores of the groups in the first evaluation were found to be similar to each other. Although the depression and anxiety scores decreased significantly in both groups, no significant difference was found between the groups. Problem-solving skills and treatment motivation increased in the therapy group and decreased in the control group. The difference between groups was found to be significant ($p=0.045$, 0.037 for problem solving and treatment motivation respectively). While the severity of addiction decreased in therapy group, it increased in control group, but the difference was not significant.

Conclusion: This study is important in that it shows that psychosocial interventions strengthen the treatment of substance use disorder in adolescents. In our country, no other study was evaluating the effects of the intervention methods in addicted adolescents was found. Future studies with larger sample sizes and where the long-term results of substance use disorder are evaluated are needed.

Keywords: Adolescent psychiatry, substance-related disorders, cognitive therapy, psychotherapy, group psychotherapy

Geliş Tarihi: 12.01.2022, **Kabul Tarihi:** 27.07.2022, **Çevrimiçi Yayın Tarihi:** 05.06.2023

^{1,2}Dr. Öğr. Üyesi, Kocaeli Üniv. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., Kocaeli; ³Uzm., Sağlık Bilimleri Üniv. Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Ergen ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Şanlıurfa; ⁴Prof., Ege Üniv. Tıp Fak., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., İzmir.

Dr. Ömer Kardaş, e-posta: kardasomer@gmail.com

GİRİŞ

Sorun Çözme Terapisi (SÇT), bilişsel davranışçı terapi (BDT) tekniklerinin kullanıldığı, bireylerin günlük yaşamda karşılaştığı sorunlara bağlı gelişen bir takım ruhsal durumların çözümlenmesinde kullanılan bir sağaltım yöntemidir. SÇT’de amaç, insanlara karşılaştıkları sorunlar karşısında sergileyecekleri yaklaşımları ve sorunları çözüme kavuşturmak için izleyecekleri yol ve stratejileri öğretmektir. SÇT’nin hedefi hem sorunların yol açtığı ruhsal sıkıntıları tedavi etmek hem de bu sıkıntıların ortaya çıkmasını önlemektir. Bir diğer deyişle SÇT, hem sağaltım da hem de önlemede kullanılır, dayanıklılık kazanılmasını ya da var olan kapasitenin artırılmasını sağlar (Eskin 2011).

SÇT’nin ruh sağlığı alanında farklı psikopatolojilerin sağaltımında kullanımı mevcuttur. Yakın zamanda yayınlanan bir meta-analize; 30 çalışma dahil edilmiş (toplam 3530 hasta) ve SÇT’nin depresyon tedavisinde etkili, etki boyutunun düşük ancak diğer psikososyal tedavi seçenekleri ile karşılaştırılabilir olduğu sonucuna varılmıştır (Cujipers ve ark. 2011). Birinci basamakta SÇT’nin kullanımının değerlendirildiği bir meta-analizde; SÇT anksiyete bozuklukları ve depresyon için etkili bulunmuştur (Zhang ve ark. 2018). Madde kullanım bozukluğunun tedavisinde SÇT’nin motivasyonel görüşme (MG) ile karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada; tek başına MG’ye göre SÇT+MG’nin tarama testi skorlarını anlamlı düzeyde azalttığı gösterilmiştir (Sorsdahl ve ark 2015). SÇT’nin ergenlerde ve genç erişkinlerde kullanıldığı bir çalışmada; bekleme listesine göre SÇT yapılan grupta depresyon ve intihar riski skorlarında anlamlı düzeyde azalma gösterilmiştir (Eskin ve ark. 2007)

Bağımlılığın tedavisi her yaşta olduğu gibi ergenlik döneminde de uzun bir süreci kapsar. Ergen bağımlılığının tedavisi çok boyutlu biyopsikososyal müdahaleleri içermelidir. Psikososyal müdahaleler, ergenler için öncelikli tercih edilmesi gereken yaklaşımlardır. Bu yaklaşımlar; 12 basamak terapi, terapötik topluluklar, aile temelli terapiler, davranışçı yaklaşımlar, bireysel ve/veya grup bilişsel davranışçı terapi (BDT) yaklaşımlarını içerir. BDT’de ergenlerde madde kullanımını tetikleyen durumların fark edilmesi, bu durumlara uygun baş etme stratejileri geliştirilmesi, iletişim becerilerinin artırılması ve problem çözme becerilerinin artırılması amaçlanmaktadır.

Madde kullanımı olan ergen ve genç erişkinlerde yapılan bir çalışmada, bu bireylerin daha fazla oranda maladaptif sorun çözme tarzlarını kullandıkları gösterilmiştir. 2009 yılında yapılan bir çalışmada, 307 lise öğrencisinde problem çözme, kişilik özelliği ve madde kullanımı arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Umutsuzluğun akılcı problem çözme becerilerini anlamlı düzeyde olumsuz yönde etkilediği, bunun alkol ve madde kullanımı ile ilişki olduğu gösterilmiştir (Winters ve ark. 2011). Belirtilen bu nedenlerle; madde kullanım bozukluğu olan ergenlere sorun çözme terapisi uygulanmasının, sorun çözme becerilerini artıracığı, komorbid durumların şiddetini

azaltacağı ve bağımlılık tedavisine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ergen bağımlılığının tedavisinde ilaç dışı tedavi yaklaşımlarının kullanımı ve özelleşmiş müdahale yöntemleri ile ilgili çalışmaların sayısı yetersizdir. Bu nedenle bu çalışmada madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde bir müdahale yöntemi olarak “sorun çözme terapisi”nin etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

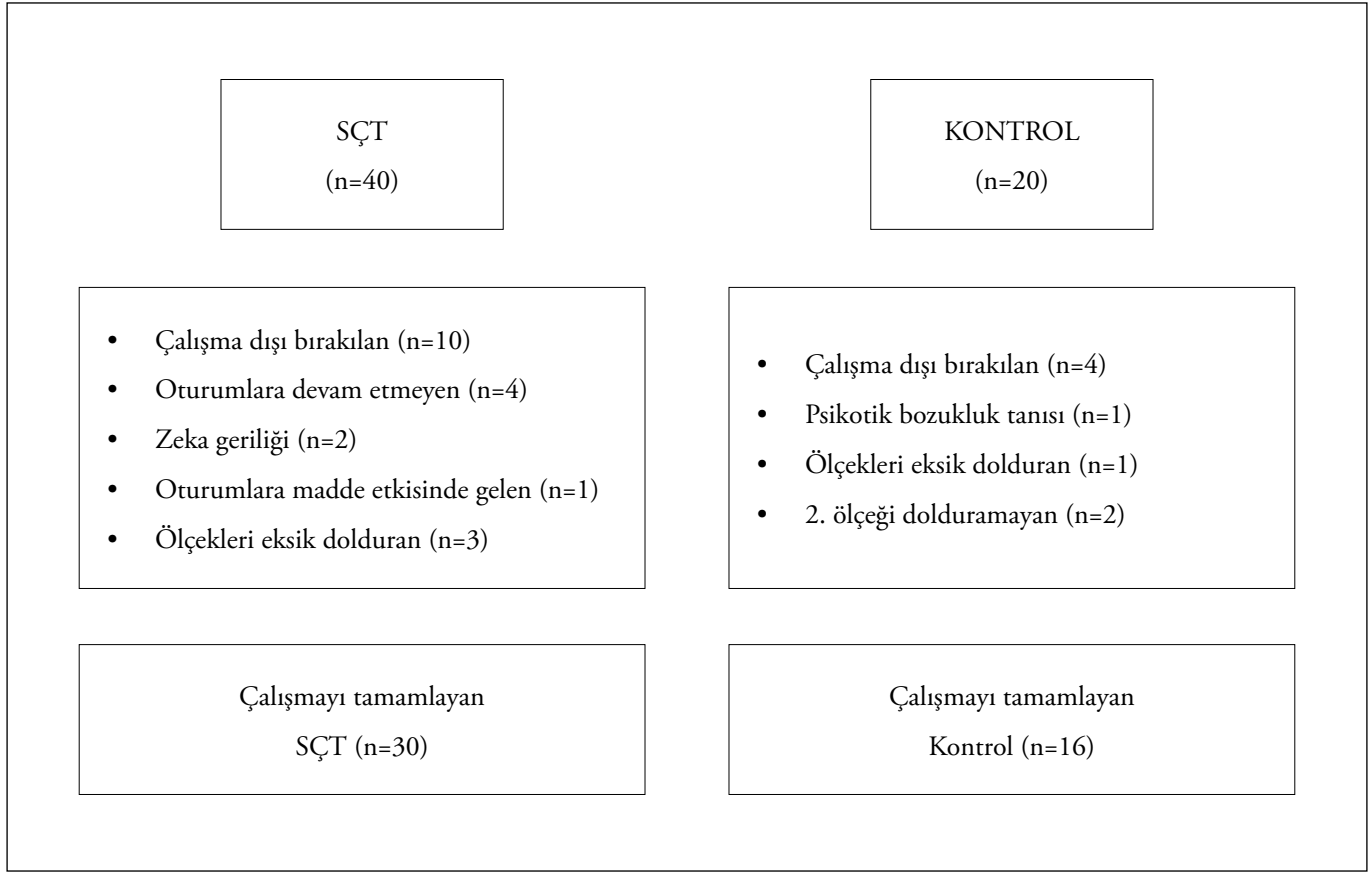
Araştırmanın Deseni ve Örneklemi

Bu çalışma prospektif ve deneysel bir çalışma olarak tasarlandı. Çalışmaya alınan olguların gruplara atanmasında körlük uygulanmadı. Başlangıçta her iki grup için 30 olmak üzere toplam 60 olgu alınması planlandı. Uygulamanın etkinliğinin görülmek istenmesi ve süre kısıtlılığı nedeniyle çalışmaya alınan olgular öncelikle SÇT grubuna dahil edildi. SÇT grubu oluşturulduktan sonra kontrol grubu oluşturuldu. Kontrol grubu için 16 olguya ulaşılabildi. Bunun üzerine çalışma devam ederken güç analizi uygulandı. Çalışma için örneklem büyüklüğü G*Power yazılım paketi ile hesaplandı (Faul ve ark. 2009). İki tekrarlı ölçümde, alfa hata oranı 0,05, Cohen etki boyutu 0,30 ve en az %80 istatistiksel güç elde etmek için grup başına en az 12 katılımcıdan oluşan örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu bulundu. Süre kısıtlılığı ve güç analizinde hesaplanan olgu sayısına ulaşılması nedeniyle kontrol grubuna daha fazla olgu dahil edilmedi.

Araştırmanın örneklemi; Çocuk ve Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezine ilk başvuru yapan veya takipli 14-18 yaş arasındaki alkol madde kullanım bozukluğu (AMKB) tanısı alan, çalışmaya katılmaya gönüllü 46 ergenden oluşmaktadır. Başlangıçta SÇT grubuna 40 olgu alınırken bu olgulardan 10’u çalışma dışı bırakılmıştır. Bu 10 olgudan 4’ü oturumlara devam etmemesi, 2’sinde yapılan zeka testi sonucunda zeka geriliği olması, 1’inin oturumlara madde etkisinde gelmesi ve 3 olgunun da ölçekleri eksik doldurması nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır. Kontrol grubuna ise 20 olgu alınmış, 4 olgu çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu 4 olgudan 1’inde yapılan yapılandırılmış görüşmeye göre psikotik bozukluk olması, 2’sinin ikinci ölçekleri doldurmaması, diğer 1 olgu ise verilen ölçekleri eksik doldurması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. SÇT grubu 30, kontrol grubu ise 16 olgudan oluşacak şekilde çalışma tamamlanmıştır. Çalışmaya katılmadan önce hastalar ve birinci dereceden yakınlarından veya yasal vasilerinden (Helsinki beyanına uygun) yazılı onay alınmıştır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 29.06.2015 tarih, 15-5.1/5 sayı numarasıyla onay alınmıştır (Şekil 1).

Çalışmaya Alınma ve Çalışmadan Çıkarılma Ölçütleri

Çalışmaya 14-18 yaş aralığında, DSM-5 kriterlerine göre AMKB tanısı alan gönüllü olgular dahil edilmiştir. Zeka



Şekil 1. Çalışmanın akışı.
SÇT: Sorun Çözme Terapisi

geriliği bulunan, oturumlara devam edemeyecek düzeyde psikopatolojiye sahip olgular çalışmaya alınmamıştır. Grup kurallarına uymayan, oturumlara madde etkisinde gelen, ikiden fazla oturuma gelmeyen ve çalışmadan çıkmak isteyen olgular çalışmadan çıkarılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyo-Demografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından oluşturulmuş; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, aile tipi, sosyoekonomik düzey, yaşadığı yer, ebeveynlerin durumu, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini içeren bilgi formudur.

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli Türkçe Uyarlaması-ÇDŞG-ŞY (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)

ÇDŞG-ŞY çocuk ve ergenlerde şimdiki ve yaşam boyu olan psikopatolojileri saptamak amacıyla kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Form üç bölümden oluşmaktadır. Ölçeğin Türk örneklemini için geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Kaufman ve ark. 1997, Gökler ve ark. 2004).

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck Depresyon Envanteri (BDE) duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde değerlendirmek olsa da bilişsel içeriğin değerlendirilmesine de olanak sağlar. Ölçekten alınan puan 0-63 arasında değişmektedir. 10 ve üzeri puan alınması depresyon olarak kabul edilmektedir. Depresyonun yoğunluğunu belirlemek için kullanılan BDE'nin Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği yapılmıştır (Beck 1969, Hisli 1989).

Tedavi Motivasyon Anketi (TMA)

Alkol madde bağımlılığı tedavisine katılma ve tedavide kalma nedenlerini ölçmek için düzenlenmiş 26 maddelik öz bildirim dayalı 5'li likert tipi bir ölçektir. Ryan ve ark. tarafından 1995 yılında geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği Evren ve ark. tarafından 2006 yılında yapılmıştır. (Ryan ve ark. 1995, Evren 2006).

Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (SSÇE-G)

Maydeu-Olivares ve D'Zurilla tarafından 1995-96 yıllarında geliştirilen ölçek daha sonra 2002 yılında tekrar gözden

geçirilmiştir. Soruna yönelim ve sorun çözme tarzlarını belirleyen 2 temel alt ölçekle ve bunların da alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Bu alt ölçekler ; “olumlu sorun yönelimi, olumsuz sorun yönelimi, dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı, akılcı ve kaçınan sorun çözme tarzı” alt ölçekleridir. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (SSÇE-G) Eskin ve Aycan tarafından 2008 yılında Türkçe’ye çevirilerek geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır (D’Zurilla ve ark. 2002, Eskin 2009).

Bağımlılık Profil İndeksi Ergen (BAPİ-E)

BAPİ-E, Ögel ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Geçerlilik güvenilirliği aynı kişiler tarafından yapılmıştır. 25 soru, 5 alt kategori (tanı, madde kullanım özellikleri, yaşam üzerine etki, istek ve motivasyon) ve 5’li likert tipi değerlendirmeye sahip özbeöz bildirim dayalı bir ölçektir (Ögel ve ark. 2012).

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Çocukluk çağı kaygı bozukluklarını tarama amacıyla Birmaher ve ark. (1999) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çakmakçı (2004) tarafından yapılan Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ebeveyn ve çocuk formu mevcuttur. Toplam 41 maddeden oluşan ÇATÖ’de 25 ve üzeri puanın kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. (Birmaher ve ark. 1999, Çakmakçı 2004).

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu (WISC-R)

Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği 1949 yılında Wechsler tarafından 5 ile 15 yaşları arasındaki çocukların zekalarını ölçmek amacı ile geliştirilmiştir. 1974 yılında yeniden düzenlenmiş ve uygulanabildiği yaş grubu 6 ile 16 arasına çıkarılmıştır. WISC-R, Savaşır ve Şahin (1995) tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır. (Wechsler 1974, Savaşır 1995).

Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS)

Zekayı çok boyutlu değerlendiren WAIS, alt testlerden oluşan ve bireysel olarak uygulanan bir testtir. Wechsler tarafından 1945 yılında geliştirilen WAIS 16 yaş ve üstü bireylere uygulanabilen, sözel ve performans becerilerini içeren 11 alt testten oluşmaktadır. Ölçeğin Türk Formunun oluşturulması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları ise Epir ve İskit tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olmasına karşın Türkiye normları mevcut değildir (Wechsler 1974, Epir 1972).

Uygulama

Çalışmanın tanıtımı, gönüllülerin çalışmayla ilgili sorularının yanıtlanması ve onam formunun imzalanması sonrasında çalışma başlamıştır. Çalışmaya dahil edilen olgulara ilk başvuruları sırasında sosyodemografik özellikleri değerlendiren ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları değerlendiren K-SADS-PL’nin uygulandığı klinik görüşme yapılmıştır. Ardından 16 yaş ve altı olgulara WISC-R, 16 yaş üzerindeki olgulara WAIS

yapılarak olguların zeka düzeyleri belirlenmiştir. SÇT grubunu oluşturan 30 olgu, en az 5 en fazla 10 olgunun oluşturduğu gruplar şeklinde alınarak tamamlanmıştır.

SÇT oturumları, bilişsel davranışçı terapist olan ruh sağlığı ve hastalıkları uzmanı bir öğretim üyesi ile çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıklarında bir araştırma görevlisi birlikte yürütülmüştür. Uygulamaya başlamadan önce SÇT’nin ülkemizde kullanılmasına öncülük eden, çalışmalarını bu alanda yapan Prof.Dr.Mehmet Eskin ile görüşülmüş ve eğitim alınmıştır. Konu ile ilgili eğitim materyalleri alınmış ve alanda yapılan çalışmalar incelenmiştir. Yapılandırılmış oturumların içerikleri birlikte oluşturulmuştur.

Çalışma grubuna alınan olgulara sorun çözme terapisi uygulanmıştır. SÇT 8 aşamadan oluşmaktadır. Bizim çalışmamızda terapi oturumları, ergenlerin devamlılıklarının etkilenmesi için toplam 5 haftada bitirilecek şekilde planlanmış ve her oturum 45 dakika şeklinde uygulanmıştır. Olguların bu süre içinde poliklinik kontrolü aksatmadan sürdürülmüştür. Oturumlarda ısınma oyunu oynatılmış, gündem belirlenmiş, teorik anlatımlar pratik uygulamalar ile desteklenmiş ve ev ödevleri verilmiştir. Bağımlı bir ergenin öyküsü anlatılarak, oturumlar boyunca bu öyküden örnekler verilerek, sorunların tespiti ve çözüm seçenekleri konusunda gençlerin aktif katılımları sağlanmıştır. Kontrol grubuna dahil edilen olgular merkezdeki rutin takiplerine devam etmişlerdir. Tüm olgulara çalışmanın başlangıcında ve 5. haftasında Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (SSÇE-G), Beck Depresyon Envanteri (BDE), Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ve Tedavi Motivasyon Anketi (TMA) uygulanmıştır.

Sorun Çözme Terapisinin Aşamaları

Değerlendirme ve bilgilendirme görüşmesi: İlk görüşme olan bu basamakta, kişinin var olan şikayetlerinin ve sorun çözme beceri düzeyinin değerlendirilmesi ve terapinin içeriği hakkında genel bilgilerin verilmesi ile birlikte işbirliğine dayalı güvenli bir ortamın kurulması hedeflenir.

Soruna yönelim eğitimi: İkinci seansta genel olarak kişinin var olan sorunlarını fark etmesi ve bunları ele almada olumlu bir tutum sergilemesi amaçlanır. Bu basamakta kişinin sorunların çözülebileceğine inanma, sorunları hayatın bir parçası olarak görme, sorunlardan kaçmama gibi kişiyi olumlu sorun yönelimine çeken bir takım düşünce yapılarının kişiye kazandırılması amaçlanır.

Sorunların tanımlanması: Kişinin var olan sıkıntı veya şikayetleri ile bunların altında yatan neden ya da sorunların tespit ve formüle edildiği basamaktır. Kişinin sıkıntılara neden olabilecek sorunların nerede, ne zaman, ne sıklıkta, kimlerle ortaya çıktığının değerlendirilmesi ile birlikte kişinin sağlam atıflar ile sorunlarını tanımlayabilmesi hedeflenir.

Hedeflerin belirlenmesi: Var olan sorunların aşılmasından sonra kişinin kendini nerede gördüğü, nereye varmak istediği gerçekçi bir tutumla belirlenmeye çalışılır. Kişinin sorunu değiştirmeye dair mi yoksa mevcut sorunun duygusal etkisini azaltmaya dönük mü bir hedef koyduğu ayrımı seansın önemli noktasıdır.

Olası çözüm seçeneklerinin üretilmesi: Kişinin var olan sorununa ilişkin olabildiğince çok çözüm seçeneğinin üretildiği basamaktır. Çözüm seçeneklerinin uygun olup olmadığı ya da etkili olup olmadığı tartışılmaksızın akla gelen her seçeneğin not edilmesi sağlanır.

Uygun çözüm seçeneğinin belirlenmesi: Üretilen tüm çözüm seçeneklerinden sorunu çözebilme ve hedefe ulaştırabilme gücü, kabul edilebilirliği ve uygulanabilirliği özelliklerine bakılarak değerlendirilir ve bu alanlardan en yüksek puanı alan seçenek belirlenir.

Seçilen çözümün uygulanması: Kişinin seçilen çözüm yolunu uygulamadan önce uygulamanın avantajlarının ve dezavantajlarının ya da uygulama gerçekleşmez ise bu durumun avantajları ya da dezavantajlarının konuşulması ve kişinin uygulama için hazırlandığı basamaktır.

Uygulamanın değerlendirilmesi: Uygulamanın sonuçlarının değerlendirildiği basamaktır. Sorunun ortadan kalkıp kalmadığı ya da hedefe ulaşıp ulaşılmadığı işlenir, uygulamanın başarısız olduğu durumda basamakların üzerinden tekrar geçilir ve yanlış işlendiği düşünülen bir basamak olduğuna karar verilirse geri dönüp oradan tekrar başlanır.

Çalışmamızda 8 aşamadan oluşan SÇT oturumları aşağıdaki şekilde uygulanmıştır:

1. **Hafta:** Değerlendirme, bilgilendirme ve soruna yönelim eğitimi (1. ve 2. aşama)
2. **Hafta:** Sorunların tanımlanması (3. aşama)
3. **Hafta:** Hedef belirleme ve çözüm seçeneklerinin belirlenmesi (4. ve 5. aşama)
4. **Hafta:** Etkili çözüm seçeneğinin seçimi ve uygulanması (6. ve 7. aşama)
5. **Hafta:** Uygulamanın genel değerlendirmesi (8. aşama)

İstatistiksel Yöntem

Toplanan veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Normallik varsayımını değerlendirmek için Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov normallik testleri kullanıldı. Grupların karşılaştırılması için Ki-kare, bağımsız örneklem T testi ve McNemar test kullanıldı Ölçeklerin tekrarlı uygulamalarında gruplar arası fark olup olmadığını değerlendirmede "tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi" $p < 0,05$ olan değerler

anlamli kabul edilmiş, bulgularda anlamlılığının düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır.

BULGULAR

SÇT grubunun 16 (%53,3)'sı kız, 14 (%46,7)'ü erkektir. Kontrol grubunun 5 (%31,2)'i kız, 11 (%68,8)'i erkektir. Örneklemin yaş ortalaması 16,3 (SÇT:16,2, kontrol:16,5)'tür. Yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları açısından gruplar birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,124, 0,152$). Örneklemin yaklaşık yarısı (%52,2) okula devam etmemektedir. Psikiyatrik komorbidite açısından bakıldığında; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) %82,6 ($n=38$), davranım bozukluğu (DB) %30,4 ($n=14$), karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKB) %63 ($n=29$), majör depresif bozukluk (MDB) %41 ($n=19$), anksiyete bozukluğu (AB) %28,4 ($n=13$) olarak bulunmuştur. Sosyodemografik ve klinik özellikler açısından gruplar birbirine benzer bulunmuştur. Bu veriler Tablo 1'de detaylı olarak sunulmuştur.

Örneklemin sigara ve madde kullanım oranları; sigara %91,3, alkol %93,5, esrar %93,5, ekstazi %69,6, sentetik kannabinoit %69,6, uçucu madde 45,7, eroin %8,7'dir. Başlama yaşları sigara için 12,3, alkol 13,4, esrar 13,8, ekstazi 14,5, sentetik esrar 15,1, uçucu madde 14,6, benzodiyazepinler için 14,8'tir. Grupların sigara, alkol, esrar, ekstazi, sentetik esrar, uçucu madde, benzodiyazepin, eroin kullanım oranları ($p=0,759, 1,000, 0,274, 0,316, 0,512, 0,095, 1,000, 0,602$), başlama yaşları ($p=0,532, 0,818, 0,527, 0,609, 0,667, 0,440, 0,724$) ve sigara kullanım miktarları ($p=0,286$) birbirine benzer bulundu.

Grupların başlangıçtaki BDE, ÇATÖ, TMA, BAPİ ve SSÇE-G ortalama skorları birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,702, 0,523, 0,318, 0,344, 0,091$). 5 haftanın sonunda her iki grubun BDÖ ve ÇATÖ skorlarında anlamlı azalma görülmüş ($p=0,001$), ancak azalma açısından gruplar arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p=0,645, 0,654$). TMA ve SSÇE-G skorlarının SÇT grubunda yükselirken, kontrol grubunda düştüğü ancak bu grup içi değişimlerin anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,998, 0,961$). Ancak zaman içerisinde SÇT grubunda SSÇE-G ve TMA skorları artarken kontrol grubunda azalması nedeniyle gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p=0,045, 0,037$). Ölçek skorlarının değişimleri Tablo 2'de detaylı olarak sunulmuştur.

Gruplara BDE'nin kesim puanına göre bakıldığında, SÇT grubunun %80'inin ($n=24$) 1. ölçümde ölçeğe göre "depresyon var" kategorisinde olduğu, 2. ölçümde bu oranın %30'a ($n=6$) düştüğü görülmüştür. Bu değişim istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,001$). Kontrol grubunda 1. ölçümde %81,2'sinin ($n=13$) ölçeğe göre "depresyon var" kategorisinde olduğu, 2. ölçümde bu oranın %56,2'ye düştüğü ($n=9$) düştüğü görülmüştür. Bu değişim istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 1. SÇT ve Kontrol Gruplarının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

		SÇT		Kontrol		Toplam		X ² /t	P
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet (n-%)	Kız	16	53,3	5	31,2	21	45,7	2,051 ^a	0,152
	Erkek	14	46,7	11	68,8	25	54,3		
Yaş (ort-SS)		16,2	0,92	16,5	0,62	16,3	0,84	-1,571 ^b	0,124
SED (n-%)	Düşük	11	36,7	6	37,5	17	37		
	Orta	12	40	7	43,8	19	41,3	0,138 ^a	0,933
	Yüksek	7	23,3	3	18,8	10	21,7		
Okul Türü (n-%)	Meslek lisesi	23	85,2	9	60	32	76,2		
	Diğer	7	14,8	7	40	14	23,8	4,243 ^a	0,236
Okula Devamlılığı (n-%)	Ediyor	16	53,3	6	37,5	22	47,8	1,416 ^a	0,493
	Etmiyor	14	46,7	10	72,5	24	52,2		
Anne Yaşı (ort-SS)		42,5	6,2	41,5	5,7	42,2	6,02	0,534 ^b	0,596
Baba Yaşı (ort-SS)		48,3	7,6	47,7	4,7	48,1	6,63	0,313 ^b	0,756
Psikiyatrik Başvuru (n-%)	Anne	9	30	3	18,8	12	26,1	0,685 ^a	0,498
	Baba	7	28	2	12,5	9	22	1,368 ^a	0,441
Aile Özellikleri (n-%)	Çekirdek	20	66,7	14	87,5	34	73,9	2,643 ^a	0,267
	Geniş	2	6,7	0	0	2	4,3		
	Parçalanmış	8	26,7	2	12,5	10	21,7		
Sigara Kullanımı (n-%)	Anne	16	53,3	6	37,5	22	47,8	1,048 ^a	0,306
	Baba	20	80	11	68,8	31	75,6	0,670 ^a	0,472
Düzenli Alkol Kullanımı (n-%)	Anne	0	0	0	0	0	0	0,006 ^a	1,000
	Baba	8	32	1	6,2	9	22	3,907 ^a	0,142
Zeka Düzeyi (n-%)	Sınır	0	0	1	6,3	1	2,2	2,798 ^a	0,424
	Donuk Normal	4	13,3	1	6,3	5	10,9		
	Normal	24	80	12	75	36	78,6		
	Parlak	2	6,7	2	12,5	4	8,7		
Psikiyatrik Komorbidite (n-%)	DEHB	23	76,7	15	93,8	38	82,6	2,12 ^a	0,230
	DB	12	40	2	12,5	14	30,4	3,72 ^a	0,092
	KOKB	21	70	8	50	29	63	1,79 ^a	0,181
	MDB	12	40	7	43,8	19	41,3	0,061 ^a	0,806
	AB	8	26,7	5	31,2	13	28,3	0,108 ^a	0,744
	Tanı Yok	2	6,7	1	6,2	3	6,5	0,003 ^a	1,000

SÇT: Sorun Çözme Terapisi, SS: Standart Sapma, SED: Sosyoekonomik Düzey, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DB: Davranım Bozukluğu, KOKB: Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu, MDB: Majör Depresif Bozukluk, AB: Anksiyete Bozukluğu

a: Ki Kare Testi, b: Bağımsız Örneklem T-test, p<0,05

Tablo 2. Ölçek Skorlarının Başlangıç Değerleri ve Değişimlerinin Karşılaştırılması

	1. Ölçüm				2. Ölçüm		Değişim			Gruplar Arası Fark
	SÇT	Kontrol	t	P*	SÇT	Kontrol	F	P**	F	P**
BDE	20,5	19,1	0,385	0,702	9	12,8	33,326	0,001	0,215	0,645
ÇATÖ	27,4	30,1	0,645	0,523	22,7	23,9	13,384	0,001	0,204	0,654
TMA	81,2	87,6	1,011	0,318	89,1	79,8	0,001	0,998	4,272	0,045
BAPİ	8,5	9,6	0,957	0,344	8,2	9,9	0,001	0,977	1,647	0,206
SSÇE-G	12,5	11,2	1,728	0,091	13	10,7	0,002	0,961	4,657	0,037

SÇT: Sorun Çözme Terapisi, BDE: Beck Depresyon Envanteri, ÇATÖ: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği, TMA: Tedavi Motivasyonu Anketi, BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi, SSÇE-G: Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri

*Bağımsız örneklem T-testi, p<0,05

**Tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi p<0,05

Tablo 3. BDE'nin Kesim Puanına Göre Değişiminin Karşılaştırılması

	BDE >9				
	ölçüm		ölçüm		P
	f	%	f	%	
SÇT	24	80	6	30	0,001*
Kontrol	13	81	9	56,2	0,125

SÇT: Sorun Çözme Terapisi, BDE: Beck Depresyon Envanteri
*McNemar test, p<0,05

bulunmamıştır (p=0,125). BDE'nin kesim puanına göre değişimi Tablo 3'te verilmiştir.

TARTIŞMA

Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu olan ergenlerde bir bilişsel davranışçı terapi yöntemi olan SÇT'nin etkisi incelenmek istenmiştir. Uygulamanın sonunda her iki grupta BDE, ÇATÖ anlamlı olarak düşmüş ancak gruplar arasında fark bulunmamıştır. SSÇE-G ve TMA ortalama skorları SÇT grubunda artarken kontrol grubunda azalmış, gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. BAPİ ortalama skorları SÇT grubunda düşerken, kontrol grubunda artmış ancak gruplar arasında fark bulunmamıştır. Gruplara BDE'nin sınıflandırılmış şekliyle bakıldığında, SÇT grubunda depresyon kategorisinde bulunan olgu sayısının anlamlı şekilde azaldığı, kontrol grubunda azalmanın anlamlı olmadığı görülmüştür.

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) yöntemleri depresyonun tedavisinde tek başına veya farmakoterapi ile kombine edilerek etkili bir biçimde kullanılmaktadır. Hafif-orta şiddette MDB tanılı çocuk ve ergenlerin tedavisinde birinci seçenek olarak BDT uygulanması önerilmektedir (Melvin ve ark. 2006). Treatment of Adolescent with Depression (TADS) kapsamındaki araştırmalar 4 ayrı tedavi metodu (yalnızca ilaçla tedavi, ilaç+BDT, yalnız BDT ve plasebo)'dan ilaç+BDT'nin, tek başına fluoksetin veya tek başına BDT'ye göre depresyonu daha hızlı iyileştirdiğini bildirmektedir. (AACAP 2007, TADS Team 2009). Benzer şekilde "Treatment of SSRI-Resistant Depression in Adolescents (TORDIA)" araştırmasında 12.haftada ilaç+BDT tek başına ilaçtan daha etkili bulunmuştur (AACAP 2007). Bu çalışmada rutin tedaviye ek uygulanan SÇT'nin, BDE kesim puanına göre yapılan değerlendirmede daha olumlu bir değişiklik meydana getirmesi bakımından yazınla uyumludur.

Alkol kullanan 6050 erişkin olgunun dahil edildiği bir çalışmada, DSM-IV'e göre alkol bağımlılığı tanısı alan grupta bu tanıyı almayanlara oranla 4 kat daha fazla MDB eş tanısının bulunduğu bildirilmiştir (Hasin ve Grant 2002). AMKB, diğer bozukluklara öncülük edebilir ya da daha sık olarak onları takip eder. AMKB tanılı ergenlerde, belki de çocukluk çağında başlamış, etyoloji ve tedaviyi etkileyen bir psikiyatrik bozukluk olduğu bilinmektedir (Kaplan&Sadock 2012).

MDB'nin kişinin psikososyal uyumunu bozan bir bozukluk olduğu düşünüldüğünde, tıpkı çalışmamızda olduğu gibi bu bozukluğun tedavi edilmesinin AMKB'nin tedavisine olumlu katkı sağlayacağı yorumu yapılabilir.

SÇT'nin adolesanlarda majör depresif bozukluğun tedavisindeki etkinliğine bakıldığında, ülkemizde yapılan 15-18 yaş arası 27 adolesan ve genç erişkin sorun çözme grubuna, 19 adolesan ve genç erişkinin ise bekleme listesine dahil edildiği bir çalışmada, olgulara 6 seans SÇT uygulanmıştır. SÇT uygulanan grupta BDE'ye göre katılımcıların %77,8'i iyileşmiş olarak değerlendirilirken, kontrol grubundaki katılımcıların ise %15,8'i iyileşmiştir. Buna ek olarak bir yıl sonraki izlemde tedavi sonrası kazanımların korunmuş olduğu görülmüştür (Eskin ve ark 2008). 12-21 yaş arası 22 olgunun sorun çözme grubuna, 23 olgunun ise bekleme listesine alındığı bir çalışmada, SÇT alan grubun depresyon skorlarının anlamlı şekilde azaldığı görülmüştür (Hoek ve ark. 2012). Çalışmamız depresyon skorlarının değerlendirildiği iki çalışma ile uyumlu bulunmuştur. Ayrıca sadece adolesan yaş grubunun dahil edilmesi nedeniyle de diğer çalışmalardan farklılaşmaktadır.

BDT'nin anksiyete bozukluğu (AB) tanısı almış adolesanlar üzerindeki etkisinin incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, BDT+ilaç, yalnızca BDT ve yalnızca ilaç tedavisi karşılaştırılmış, tedaviye yanıt oranlarının sırasıyla %68, %46 ve %46 olduğu bildirilmiştir. 36 hafta sonra tedaviye yanıt oranlarının sırasıyla %73, %52 ve % 52 olduğu bildirilmiştir (Kendall ve Peterman 2015). 7-17 yaş aralığındaki 488 çocuk ve ergenlerde "Coping Cat Program" adlı BDT yönteminin kullanıldığı kontrollü bir çalışmada; BDT, ilaç ve BDT+ilaç yöntemlerinin üçü de etkili bulunmuş, BDT+ilaç diğer yöntemlere göre daha üstün bulunmuştur (Kendall ve ark. 2016). Anksiyete bozukluğunun sağaltımında BDT yöntemlerinin karşılaştırıldığı ve 44 farklı çalışmanın incelendiği bir meta-analiz çalışmasında, anksiyete bozukluğunun tedavisinde danışmanlık, BDT ve SÇT yöntemleri karşılaştırılmış, her üç yöntemin de etkili bulunmasına rağmen yöntemler arası farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Cape ve ark. 2010).

Çalışmamızda SÇT grubunda ÇATÖ ortalama skorunda azalmanın istatistiksel olarak anlamlı bulunması, yazında belirtildiği gibi kombine yaklaşımlarının anksiyete belirtilerinin tedavisindeki etkinliği ile uyumludur. Bununla birlikte yazında çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğunun

tedavisinde sorun çözme terapisinin uygulandığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

AMKB'ye komorbid anksiyete bozukluğu olan hastalar; daha fazla iş göremez durumda, daha ağır içici, sosyal uyumu daha kötü, hastaneye yatış sayısı daha fazla ve psikiyatrik hastalık şiddeti daha fazla olan kişilerdir (Grant ve ark. 2005, Burns ve ark. 2005). Yaygın anksiyete bozukluğu hastalarında yapılan uzun süreli bir izlem çalışması, AMKB komorbiditesinin yaygın anksiyete bozukluğunun iyileşme olasılığını azalttığını ve yaygın anksiyete bozukluğunun tekrarlama olasılığını arttırdığını bildirmiştir (Bruce ve ark. 2005). Anksiyete bozukluğunun da tıpkı diğer ruhsal bozukluklar gibi AMKB'ye sık eşlik ettiği ve tedaviye yanıt oranlarını etkilediği görülmektedir. Bu bozukluğun tedavisinin AMKB'nin sağaltımında etkili bir seçenek olduğu sonucu çıkarılabilir.

Motivasyon dışsal faktörlerden etkilenen içsel bir durumdur ve değişkendir. Bağımlılık tedavisinde motivasyon şarttır. 13-18 yaş arası 170 AMKB tanılı adolesan değerlendirildiği bir çalışmada, olgulara 10 hafta boyunca BDT uygulanmış ve tedavi motivasyonlarının arttığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada tedavi motivasyonunun artmasıyla madde kullanım miktarının azaldığı vurgulanmıştır (Kaminer ve ark. 2016). 2011 yılında yapılan uzun süreli izlem çalışmasında, 167 AMKB tanılı erişkinin bağımlılık şiddetleri ve tedavi motivasyonları psikometrik ölçeklerle değerlendirilmiş, bunun sonucunda yüksek tedavi motivasyonunun düşük bağımlılık şiddetinin öngörücüsü olduğu belirtilmiştir (Korcha ve ark. 2011). Sigara bırakma tedavisi alan 142 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada, olgular tedavi öncesi, BDT+ilaç tedavisi sonrası ve tedaviden 6 ay sonra değerlendirilmiş, tedavi başarısının, anksiyete ve depresyon düzeylerinin düşüklüğü ve motivasyonun düzeyinin yüksekliği ile istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Pawlina ve ark. 2015). Çalışmamız rutin tedaviye ek olarak uygulana SÇT'nin tedavi motivasyonunu artırması yönünden yazın ile uyumlu bulunmuştur.

Bilişsel davranışçı grup terapileri (BDGT), hem maliyet hem de daha çok bireye ulaşabilme açısından pratikte daha uygulanabilir görünmektedir. BDGT'nin değerlendirildiği, erişkin yaş grubunu içeren bir gözden geçirme çalışmasında, BDGT'nin genel olarak standart tedavilerden etkili bulunduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada BDGT ilaç tedavileriyle de karşılaştırılmış, BDGT'nin etkinliği genel olarak tek başına ilaç tedavileri ile benzer bulunmuştur (Yıldırım ve Sütçü 2016). 2014'te yayınlanan bir çalışmada 16-63 yaş aralığındaki 279 esrar bağımlısı bireyin 149'u BDT, motivasyonel terapi ve problem çözme eğitiminin bir arada verildiği kombine bir tedavi alırken, diğer bireyler bekleme listesine alınmıştır. Terapi alan grupta tedavinin sonunda esrar kullanımının, terapi almayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak azaldığı bildirilmiştir Aynı çalışmada esrar kullanımı miktarı, esrara bağlı sorunların da terapi alan grupta anlamlı

olarak azaldığı bildirilmiştir (Hoch ark. 2014). Başka bir çalışmada yine DSM-IV'e göre esrar bağımlısı olan 240 genç erişkin birey alınmış ve bu bireyler seçkisiz olarak 4 gruba ayrılmıştır. 1.gruba standart psikiyatrik görüşme, 2.gruba motivasyonel görüşme ve BDT, 3.gruba acil sorun yönetimi ve kaçınmayı destekleyici yaklaşım, 4.gruba motivasyonel terapi ve BDT'ye ek olarak acil sorun yönetimi uygulanmış. Bu dört grup tedavi sonucunda karşılaştırıldığında standart tedavi alan grupta madde kullanım sıklığının ve şiddetinin en az düştüğü, acil sorun yönetimi tedavisi alan grupta ise madde kullanım sıklığı ve şiddetinin belirgin biçimde azaldığı görülmüştür. 1 yıl sonra olgular tekrar değerlendirildiğinde ise kombine tedavi alan olguların anlamlı olarak daha az madde kullandıkları, bağımlılık şiddetinin azaldığı saptanmıştır (Kadden ve ark. 2007). 2009'da 14-18 yaş aralığındaki adolesanlarda yapılmış kontrollü bir çalışmada esrar bağımlısı olan bir gruba motivasyonel görüşme+BDT+acil sorun yönetimi ve aileye psiko eğitim verilmiş diğer grup ise bekleme listesine alınmıştır. 69 adolesanın alındığı bu çalışmada tedavi sonrası, 3.ay, 6. Ay ve 9. ay tekrar değerlendirilmiş ve bütün ölçümlerde terapi alan grubun tekrar esrara başlama oranları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha az bulunmuştur (Stranger ark. 2009).

Yazında SÇT'nin adolesan yaş grubunda madde kullanım bozukluğunun tedavisinde uygulandığı bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada 29 olguya aile destekli davranış terapisi verilmiş, 27 olgu ise bireysel SÇT grubuna alınmıştır. Gençler için memnuniyet ölçeği, aile memnuniyet ölçeği ve idrar testi sonuçlarına göre her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde madde kullanımının azaldığı belirtilmiş, ayrıca yöntemler arasında bir üstünlük bulunmadığı vurgulanmıştır (Azrin ve ark. 2000).

Yazında erişkin yaş grubunda alkol kullanım bozukluğunun tedavisinde problem çözme eğitimini de içeren BDGT'nin yapıldığı 7 çalışmaya rastlanmıştır. DSM-IV'e göre alkol bağımlılığı tanısı almış 78 suçlu erişkin erkek ile yapılan bir çalışmada problem çözme eğitimini de içeren BDGT'nin, 12 basamaklı tedaviye üstün bulunduğu belirtilmiştir (Easton ve ark. 2007). Naltrekson, BDGT ve plasebonun karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise, naltrekson+problem çözme eğitimini de içeren BDGT'nin, tek başına alkol içme isteğini daha fazla azalttığı vurgulanmıştır (O'Malley ve ark. 2007). Problem çözme eğitimini de içeren BDGT'nin motivasyonel grup müdahalesi (MGM) ile karşılaştırıldığı bir çalışmada, problem çözme eğitimini de içeren BDGT'nin MGM'den üstün bulunduğu bildirilmiştir (Rosenblum ve ark 2005). Ülkemizde yapılan ve alkol bağımlısı 90 hastanın dahil edildiği bir çalışmada standart tedaviye problem çözme eğitimini de içeren BDGT eklenmiş ancak kontrol grubu alınmamıştır. İzlemede olguların %72,3'ünün remisyonda kaldıkları vurgulanmıştır (Türkcan ve ark. 2001). Çalışmamız rutin görüşmelere ek olarak uygulanan SÇT'nin bağımlılık şiddetini daha

fazla düşürmesi açısından ve BDT yaklaşımlarının bağımlılık şiddetini azaltması açısından yazınla uyumlu bulunmuştur. Ancak gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmaması örneklem sayısının yetersizliği, metodolojik ve uygulanan müdahale yönteminin farklı olması ile açıklanabilir.

Yazında SSÇE-G'nin AMKB tanılı adolesanlarda uygulandığı bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu çalışmada SÇT ile olguların OSY (olumlu sorun yönelimi) ve ASÇT (akılcı sorun çözme tarzı) alt ölçek ortalama skorlarının arttığı, NSY (negatif sorun yönelimi), DDSÇT (dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı), KSÇT (kaçıngan sorun çözme tarzı) alt ölçek ortalama skorlarının ise azaldığı belirtilmiştir (Azrin ve ark. 2001). Çalışmamızda SÇT grubunda SSÇE-G ortalama skorunun yükseldiği, kontrol grubunda ise azaldığı ve bu değişimlerin farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0,037$). Alt ölçek skorları açısından bakıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

SONUÇ VE KISITLILIKLAR

Ergenlerdeki AMKB'nin tedavisinde farmakoterapiye ek olarak psikososyal müdahalelere ihtiyaç bulunmaktadır. BDT temelli uygulamalar günümüzde uygulansa da henüz tedavilerin uygulandığı merkezlerde yaygın ve standart olarak uygulanmamaktadır. Bu açıdan bakıldığında SÇT, bir bilişsel davranışçı müdahale yöntemi olarak etkili bir seçenek olarak düşünülebilir. Çalışmamız ülkemizde bağımlı ergenlere uygulanan bir müdahale yönteminin değerlendirildiği ilk çalışmadır. Olgu sayısının düşük olması, grupların olgu sayılarının eşitlenememesi, cinsiyet dağılımlarının homojen olmaması, grupların oluşturulması ve değerlendirilmesinde körlük uygulanmaması, gruplara alınan örneklem sayısının eşit olmaması, güç analizinin çalışmanın başında uygulanmaması çalışmanın kısıtlılıkları arasında sayılabilir. Bu kısıtlılıkların ortadan kaldırıldığı ve uzun dönem sonuçların değerlendirildiği farklı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Teşekkür: Çalışmaya katkılarından ötürü Prof. Dr. Mehmet Eskin, Ebru Gürçay ve Cansu Bingül'e teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders (2007) J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 46:1503-26.

Azrin NH, Donohue B, Teichner GA ve ark. (2001) A controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family-behavior therapies in dually-diagnosed conduct-disorder and substance-dependant youth. J Child Adolesc Subst Abuse 11: 1-46.

Beck AT (1969) An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiat 4:561-71

Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L ve ark. (1999) Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): a replication study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 38: 1230-36.

Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW ve ark. (2005) Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. Am J Psychiatry 162:1179-87.

Burns L, Teesson M, O'Neill K (2005) The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. Addiction 100:787-96.

Cape J, Whittington C, Buszewicz M ve ark. (2010) Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. BMC Med 25:8-38.

Cuijpers P, De Wit L, Kleiboer, A ve ark. (2018) Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. Eur Psychiatry 48:27-37.

D'Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A (2002) Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R). New York, NY: Multi-Health Systems.

Easton CJ, Mandel D, Babuscio T ve ark. (2007) Differences in treatment outcome between male alcohol dependent offenders of domestic violence with and without positive drug screens. Addict Behav 32:2151-63.

Epir S, İskit Ü (1972) Wechsler Yetişkinler Zeka Ölçeği Türkçe Çevirisinin Ön Analizi ve Üniversite Danışmanlık Merkezlerindeki Uygulama Potansiyeli. Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi 4:198-205.

Eskin M (2011) Sorun çözme terapisi, 2. Baskı, Ankara, HYB Basım Yayın.

Eskin M, Aycan Z (2009) Gözden geçirilmiş sorun çözme envanterinin Türkçe'ye uyarlanması güvenirlik geçerlik analizi. Türk Psikoloji Yazıları 12:1-10.

Eskin M, Ertekin K, Demir H (2008) Efficacy of a Problem Solving Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescent and Young Adults. Cogn Ther Res 32:227-45.

Eskin M, Ertekin K, Harlak H ve ark. (2008) Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili etmenler. Turk Psikiyatri Derg 19: 382-9.

Evren C, Saatçioğlu Ö, Dalbudak E ve ark. (2006) Tedavi Motivasyonu Anketi (TMA) Türkçe Versiyonunun Alkol Bağımlısı Hastalarda Faktör Yapısı, Geçerliliği Ve Güvenirliği. Bağımlılık Dergisi 7:117-22.

Faul F, Erdfelder E, Buchner A ve ark. (2009) Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. Behav Res Methods 41:1149-60.

Gokler B (2004) Reliability and validity of schedule for affective disorders and Schizophrenia for school age children-present and lifetime version-Turkish version (K-SADS-PL-T)[in Turkish]. Turk J Child Adolesc Men Health 11: 109-16.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS ve ark. (2005) Prevalence, correlates, comorbidity, and comparative disability of DSM-IV generalized anxiety disorder in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Psychol Med 35:1747-59

Hasin DS, Grant BF (2002) Major depression in 6050 former drinkers: association with past alcohol dependence. Arch Gen Psychiatry 59: 794-800.

Hisli N (1989) Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample) J Psychol 7:3-13.

Hoch E, Bühringer G, Pixa A ve ark. (2014) CANDIS treatment program for cannabis use disorders: findings from a randomized multi-site translational trial. Drug Alcohol Depend 134:185-93.

Hoek W, Schuurmans J, Koot HM ve ark. (2012) Effects of Internet-based guided self-help problem-solving therapy for adolescents with depression and anxiety: a randomized controlled trial. PLoS One 7:e43485.

Kadden RM, Litt MD, Kabela-Cormier E ve ark. (2007) Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence. Addict Behav 32:1220-36.

Kaminer Y, Ohannessian CM, McKay JR ve ark. (2016) The Adolescent Substance Abuse Goal Commitment (ASAGC) Questionnaire: An Examination of Clinical Utility and Psychometric Properties. J Subst Abuse Treat 61:42-6.

Karacaylan Çakmakçı F (2004) Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlilik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış uzmanlık tezi. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kocaeli.

- Kaufman J, Birmaher B, Brent D ve ark. (1997) Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiat* 36: 980-8.
- Kendall PC, Cummings CM, Villabø MA ve ark. (2016) Mediators of change in the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Treatment Study. *J Consult Clin Psychol* 84:1-14.
- Kendall PC, Peterman JS (2015) CBT for Adolescents With Anxiety: Mature Yet Still Developing. *Am J Psychiatry* 172:519-30
- Korcha RA, Polcin DL, Bond JC ve ark. (2011) Substance use and motivation: a longitudinal perspective. *Am J Drug Alcohol Abuse* 37:48-53.
- Melvin GA, Tonge BJ, King NJ ve ark. (2006) Comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 45:1151-61.
- O'Malley SS, Sinha R, Grilo CM ve ark. (2007) Naltrexone and cognitive behavioral coping skills therapy for the treatment of alcohol drinking and eating disorder features in alcohol-dependent women: a randomized controlled trial. *Alcohol Clin Exp Res* 31:625-34.
- Ögel K, Evren C, Karadağ F ve ark. (2012) Bağımlılık Profil İndeksinin(BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 23:263-73
- Pawlina MM, Rondina Rde C, Espinosa MM ve ark. (2015) Depression, anxiety, stress, and motivation over the course of smoking cessation treatment. *J Bras Pneumol* 41:433-9.
- Rosenblum A, Foote J, Cleland C ve ark. (2005) Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse* 31:35-58.
- Ryan RM, Plant RW, O'Malley S (1995) Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addict Behav* 20: 279-97.
- Savaşır I, Şahin N (1995) Wechsler çocuklar için zekâ ölççeği uygulama kitapçığı, Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Sorsdahl K, Stein DJ, Corrigall J ve ark. (2015). The efficacy of a blended motivational interviewing and problem solving therapy intervention to reduce substance use among patients presenting for emergency services in South Africa: A randomized controlled trial. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 10:46.
- Stanger C, Budney AJ, Kamon JL ve ark. (2009) A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend.* 105:240-7.
- Treatment for adolescent with depression study (TADS) team (2009) Treatment for adolescent with depression study (TADS): Outcomes over 1 year of naturalistic follow-up. *Am J Psychiatry* 166:1141-49
- Türkcan A, Coşkun B, İlem E ve ark. (2001) Alkol bağımlılarında bir tedavi programının 3 aylık izlem sonuçları. *Bağımlılık Dergisi* 2: 30-3.
- Wechsler D (1974) WISC-R Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised. New York. Psychological Corporation.
- Winters KC, Botzet AM, Fahnhorst T (2011) Advances in adolescent substance abuse treatment. *Curr Psychiatry Rep* 13:416-21.
- Yıldırım ZE, Sütçü ST (2016) Madde ile İlişkili Bozuklukların Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistematik Bir Gözden Geçirme, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 8:108-28.
- Zhang A, Park S, Sullivan JE ve ark.(2018) The Effectiveness of Problem-Solving Therapy for Primary Care Patients' Depressive and/or Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Board Fam Med* 31:139-50.