

T.C.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**SORUN ÇÖZME TERAPİSİNİN ERGEN ALKOL-MADDE
KULLANIM BOZUKLUKLARINDAKİ ETKİNLİĞİNİN
ARAŞTIRILMASI**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Ömer KARDAŞ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Zeki YÜNCÜ

İZMİR 2016

ÖNSÖZ

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince ve tezimin her aşamasında ilgi, sabır ve anlayış ile hiçbir zaman, desteğini ve bilgisini esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Zeki Yüncü'ye,

Kliniğimizde mesleki yönden gelişimimde emeği olan sevgili hocalarım Prof. Dr. Cahide Aydın'a, Prof. Dr. Müge Tamar'a, Prof. Dr. Serpil Erermiş'e, Prof. Dr. Eyüp Sabri Ercan'a, Prof. Dr. Tezan Bildik'e, Prof. Dr. Burcu Özbaran'a, Doç. Dr. Sezen Köse'ye ve Doç. Dr. Saniye Korkmaz Çetin'e,

Tez çalışmamda benimle bilgilerini paylaşmaktan çekinmeyen Prof.Dr. Mehmet ESKİN ve Prof.Dr.Mehmet ORMAN'a,

Asistanlık dönemim boyunca birlikte çalışmaktan keyif aldığım tüm asistan arkadaşlarıma ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı çalışanlarına,

Çalışmamda büyük emeği geçen başta Özlem Genç olmak üzere tüm EGEBAAM çalışanlarına, Ebru Gürçay ve Cansu Bingül'e,

İzmir'de olduğum süre boyunca desteğini her zaman hissettiğim Prof.Dr.Ali ÇALIŞKAN ve eşi Jale ÇALIŞKAN'a,

Beni bugüne getiren sevgili annem ve babama, canım kardeşime,

TEŞEKKÜR EDERİM

Dr.Ömer KARDAŞ

İZMİR, 2016



Burcu'ya

İÇİNDEKİLER

TABLolar	8
ŞEKİLLER	12
KISALTMALAR	13
1. GİRİŞ	15
2. GENEL BİLGİLER	16
2.1. Alkol Madde Kullanım Bozukluğu	16
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	16
2.1.2. Epidemiyolojik Veriler	16
2.1.3. Sınıflandırma	19
2.1.4. Etiyoloji	22
2.2. Sorun Çözme Terapisi	26
2.2.1. Temel Tanım ve Kavramlar	26
2.2.2. Sorun Yönelimi ve Sorun Çözme tarzları	28
2.2.3. Sorun Çözme Terapisinin Kullanım Alanları ve Etkinliği	31
2.2.4. Sorun Çözme Terapisinin İşlem ve Aşamaları	38
2.2.5. Sorun Çözme ve Bağımlılık	41
3. GEREÇ ve YÖNTEM	42
3.1. Amaç	42
3.2. Varsayımlar	42
3.3. Araştırmanın Tipi	43
3.4. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	43
3.5. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	43
3.6. Örneklem Grubu	44

3.7.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	46
3.8.Uygulama	50
3.9.Çalışma Günlerindeki İşlemlerin Tanımlanması.....	51
3.10.İstatistiksel Değerlendirme.....	55
4. BULGULAR	56
4.1.SÇT ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması .	56
4.1.1.Cinsiyet	56
4.1.2.Yaş	56
4.1.3.Eğitim Düzeyi	57
4.1.4.Okul Türü	57
4.1.5.Sosyoekonomik Düzeyi	58
4.1.6.Çalışma Durumu	59
4.1.7.Denetimli Serbestlik Durumu.....	59
4.2.SÇT ve Kontrol Grubunun Madde Kullanım Özellikleri Açısından Karşılaştırılması .	60
4.2.1.Sigara	60
4.2.2.Sigaraya Başlama Yaşı	61
4.2.3.Sigara Kullanım Miktarı.....	61
4.2.4.Alkol ve Madde Kullanım Durumları Açısından Grupların Karşılaştırılması.....	62
4.2.5.Alkol ve Maddeye Başlama Yaşları Açısından Grupların Karşılaştırılması.....	65
4.2.6.Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı Açısından Grupların Karşılaştırılması.....	67
4.3.SÇT ve Kontrol Grubunun Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar, Psikotrop İlaç Kullanımı ve Zeka Düzeyleri Yönünden Karşılaştırılması	70
4.3.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB).....	70
4.3.2.Davranım Bozukluğu (DB)	70
4.3.3.Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKB)	70

4.3.4. Depresif Bozukluk.....	71
4.3.5. Anksiyete Bozukluğu	71
4.3.6. Tanı Almayan Grup.....	71
4.3.7. Zeka Düzeyleri	72
4.3.8. Psikotrop İlaç kullanımı	73
4.4. SÇT ve Kontrol Grubunun Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması	74
4.4.1. Anne-Baba Yaşı	74
4.4.2. Anne ve Baba Mesleği	75
4.4.3. Anne-Baba Eğitim Düzeyi	76
4.4.4. Anne-Babada Psikiyatri Başvuru	77
4.4.5. Anne-Babada Sigara Kullanımı	78
4.4.6. Anne-Babada Alkol Kullanımı.....	79
4.4.7. Aile Özellikleri.....	80
4.5. SÇT ve Kontrol Grubunun Ölçekler Açısından Karşılaştırılması.....	81
4.5.1. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	81
4.5.2. Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (KAYBÖ)	84
4.5.3. Tedavi Motivasyon Anketi (TMA)	91
4.5.4. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)	97
4.5.5. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (GSSÇE)	99
5. TARTIŞMA	106
5.1. Çalışmamızın Sosyo-Demografik Verilerinin Tartışılması.....	106
5.2. Ölçeklerdeki Değişim Yönünden Verilerinin Tartışılması	116
5.2.1. Beck Depresyon Envanteri (BDE)	116
5.2.2. Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (KAYBÖ).....	118
5.2.3. Tedavi Motivasyon Anketi (TMA)	122

5.2.4.Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)	125
5.2.5.Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (GSSÇE)	128
6. KISITLILIKLAR	129
7. SONUÇLAR	130
8. ÖZET	131
9. ABSTRACT	133
10. KAYNAKLAR	135
11.EKLER.....	155



TABLolar

Tablo 1: SÇT ve kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması

Tablo2: SÇT ve kontrol grubunun yaş açısından karşılaştırılması

Tablo3: SÇT ve kontrol grubunun eğitim durumları açısından karşılaştırılması

Tablo 4: SÇT ve kontrol grubunun okul türü açısından karşılaştırılması

Tablo5: SÇT ve kontrol grubunun sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırılması

Tablo6: SÇT ve kontrol gruplarının çalışma durumları açısından karşılaştırılması

Tablo7: SÇT ve kontrol grubunun denetimli serbestlik durumları açısından karşılaştırılması

Tablo8: SÇT ve kontrol grubunun sigara kullanım durumları açısından karşılaştırılması

Tablo9: SÇT ve kontrol grubunun sigaraya başlama yaşı açısından karşılaştırılması

Tablo10: SÇT ve kontrol grubunun sigara kullanım miktarları açısından karşılaştırılması

Tablo11: SÇT ve kontrol grubunun alkol ve madde kullanım durumları açısından karşılaştırılması

Tablo12: SÇT ve kontrol grubunun alkol ve maddeye başlama yaşı açısından karşılaştırılması

Tablo13: SÇT ve kontrol grubunun madde kullanım sıklıkları yönünden karşılaştırılması

Tablo14: SÇT ve kontrol grubunun psikiyatrik komorbiditeler açısından karşılaştırılması

Tablo15: SÇT ve kontrol grubunun zeka düzeyleri açısından karşılaştırılması

Tablo16: SÇT ve kontrol grubunun psikotrop ilaç kullanımı açısından karşılaştırılması

Tablo17: SÇT ve kontrol grubunun anne-baba yaşları açısından karşılaştırılması

Tablo18: SÇT ve kontrol grubunun anne baba meslekleri açısından karşılaştırılması

Tablo19: SÇT ve kontrol grubunun anne baba eğitim düzeyleri açısından karşılaştırılması

Tablo20:SÇT ve kontrol grubunun anne-babada psikiyatri başvurusu açısından karşılaştırılması

Tablo21:SÇT ve kontrol grubunun anne-babada sigara kullanımı açısından karşılaştırılması

Tablo22 :SÇT ve kontrol grubunun anne-babada alkol kullanımı açısından karşılaştırılması

Tablo23: SÇT ve kontrol grubunun aile özellikleri açısından karşılaştırılması

Tablo24:SÇT ve kontrol grubunun başlangıç BDE ortalama skorları açısından karşılaştırılması

Tablo25:SÇT ve kontrol gruplarının BDE ortalama skorlarındaki değişimi

Tablo26:SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde BDE ortalama skoru açısından gösterdikleri değişimler

Tablo27:BDE'nin sınıflandırılmış şekliyle SÇT ve kontrol gruplarının grup içi değişimleri

Tablo28:SÇT ve kontrol grubunun 1. KAYBÖ ortalama skorları açısından karşılaştırılması

Tablo29: SÇT ve kontrol gruplarının KAYBÖ ortalama skorlarındaki değişimi

Tablo30: SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde KAYBÖ ortalama skoru açısından gösterdikleri değişimler

Tablo31: SÇT ve kontrol grubunun 1. KAYBÖ ortalama skorları açısından karşılaştırılması

Tablo32: KAYBÖ alt testlerinin grup içi değişimleri

Tablo33: KAYBÖ alt testlerinin grup içi değişimlerinin karşılaştırılması

Tablo34: SÇT ve kontrol grubunun 1. TMA ortalama skorları açısından karşılaştırılması

Tablo35: SÇT ve kontrol grubunun TMA ortalama skorundaki değişim açısından karşılaştırılması

Tablo36:SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde TMA ortalama skoru açısından gösterdikleri değişimler

Tablo37:TMA birinci ölçüm ortalama skorları açısından SÇT ve kontrol grubunun karşılaştırılması

Tablo38:SÇT ve kontrol grubunun TMA alt ölçek ortalama skorlarındaki değişim açısından karşılaştırılması

Tablo39:SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde TMA alt ölçekleri açısından gösterdikleri değişimler

Tablo40: SÇT ve kontrol grubunun 1. BAPİ skorları açısından karşılaştırılması

Tablo41: SÇT ve kontrol grubunun BAPİ ortalama skorundaki değişim açısından karşılaştırılması

Tablo42: SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde BAPİ ortalama skoru açısından gösterdikleri değişimler

Tablo43: SÇT ve kontrol grubunun 1. GSSÇE ortalama skorları açısından karşılaştırılması

Tablo44: SÇT ve kontrol grubunun GSSÇE ortalama skorundaki değişim açısından karşılaştırılması

Tablo45:SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde GSSÇE ortalama skoru açısından gösterdikleri değişimler

Tablo46:GSSÇE alt ölçeklerinin birinci ölçüm ortalama skorları açısından SÇT ve kontrol grubunun karşılaştırılması

Tablo47:SÇT ve kontrol grubunun GSSÇE alt ölçek ortalama skorlarındaki değişim açısından karşılaştırılması

Tablo48:SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde GSSÇE alt ölçekleri açısından gösterdikleri değişimler



ŞEKİLLER

Şekil 1: BDE ortalama skorunun grup içi değişimleri

Şekil 2: TMA ortalama skorunun grup içi değişimleri

Şekil 3:BAPİ ortalama skorunun grup içi değişimleri

Şekil 4: GSSÇE ortalama skorunun grup içi değişimleri



KISALTMALAR

SÇT: Sorun Çözme Terapisi

BDT: Bilişsel Davranışı Terapi

BDE: Beck Depresyon Envanteri

KAYBÖ: Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği

TMA: Tedavi Motivasyon Anketi

BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi

GSSÇE: Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri

AMKB: Alkol Madde Kullanım Bozukluğu

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

WISC-R :Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu

WAIS-R: Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği

IM: İçsel Motivasyon

DM: Dışsal Motivasyon

KYA: Kişiler Arası Yardım Arayışı

TG: Tedaviye Güven

OSY: Olumlu Sorun Yönelimi

NSY: Negatif Sorun Yönelimi

ASÇT: Akılcı Sorun Çözme Tarzı

KSÇT: Kaçınan Sorun Çözme Tarzı

DDSÇT: Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı

SCARED: Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders

SPSS: The Statistical Package for Social Sciences



1. GİRİŞ

Alkol-madde kullanım bozuklukları (AMKB), çok sayıda kişiyi etkileyen, pahalı sonuçları olan ve tekrarlayan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. AMKB olan bireyler zorlantılı şekilde alkol ve/veya madde kullanırlar. AMKB son yıllarda son yıllarda toplumun daha geniş kesimini etkilemeye başlamıştır. Her ne kadar ülkemizdeki madde kullanım oranları gelişmiş batı ülkeleri düzeyinde olmasa da madde kullanım sıklığında belirgin artış olduğu bildirilmektedir. Önümüzdeki dönemlerde ergenlerde AMKB’ nin daha yaygın hale gelmesinden endişe edilmektedir (Dukarm ve ark. 1996)

Sorun Çözme Terapisi (SÇT), insanın günlük yaşamda karşılaştığı problemler veya sorun durumlar karşısında zorlanmasından ve bu zorlanmanın sonucu gelişen bir takım ruhsal durumların çözülmesinde kullanılabilen bir sağıltım yöntemidir. Ana amacı insanlara karşılaştıkları sorunlar karşısında nasıl bir yaklaşım sergilemeleri gerektiği ve problemleri çözüme kavuşturmak için izlenecek yol ve stratejileri öğretmektir. Bu şekilde SÇT, hem sorunların yol açtığı ruhsal sıkıntıları tedavi etmeyi hem de psikolojik sıkıntıların ortaya çıkmasını önlemeyi hedefler. Yani problem çözme terapisi iki şekilde kullanılmaktadır. İlk kullanım şekli “sağıltım” amacına yönelik olanıdır. İkincisinde ise “önleme” amaçlanmaktadır. Bu kullanım şeklinde dayanıklılığın artırılması ana amaçtır.

Çalışmamızda, ergen yaş grubunda alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastalarda bir bilişsel davranışçı terapi (BDT) yöntemi olan, sorun çözme terapisinin etkinliğinin araştırılması amaçlanmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.ALKOL-MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Madde kullanımı binlerce yıl öncesine dayanmaktadır. Opiyum, tıbbi gerekçelerle 3500 yıldır kullanılmaktadır. Antik Çin'in bitkisel tedavilerinde kannabis ile ilgili bilgilere rastlanmaktadır. Alkol ve diğer maddelere bağlı sarhoşluktan İncil'de, Yunan ve Roma dönemi yazıtlarında söz edilmektedir. Asya'da 18. ve 19. yüzyıllarda opiyum içiciliği büyük sorunken, 19. yüzyılın ortalarında cilt altı iğnelerin bulunmasıyla morfin enjekte edilebilir olmuştur. İntravenöz morfin ve eroïn kullanımı 20. yüzyılın başlarında yayılmıştır (Kaplan&Sadock's 2007).

Alkol-madde kullanım bozuklukları (AMKB), çok sayıda kişiyi etkileyen, pahalı sonuçları olan ve tekrarlayan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. AMKB olan bireyler zorlantılı şekilde alkol ve/veya madde kullanırlar. AMKB son yıllarda toplumun daha geniş kesimini etkilemeye başlamıştır. Her ne kadar ülkemizdeki madde kullanım oranları gelişmiş batı ülkeleri düzeyinde olmasa da madde kullanım sıklığında belirgin artış olduğu bildirilmektedir. Önümüzdeki dönemlerde ergenlerde AMKB' nin daha yaygın hale gelmesinden endişe edilmektedir (Dukarm ve ark. 1996)

2.1.2. Epidemiyoloji

Son yıllarda bütün dünyada 18 yaşın altındaki ergen ve çocuklarda maddeye başlama yaşının giderek düştüğü görülmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı için 8. ve 12. sınıflarda bu oranlar sırasıyla %20,4, %48,8; uçucu maddeler için %17,1 ve %13,0; eroïn için %1,7 ve %1,8 olarak saptanmıştır (Johnston ve ark. 1996).

ABD'de yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinde madde kullanımının yıllık prevalansı %42,4 olarak belirlenmiştir. Bu oranın esrar için %20,7 olduğu bildirilmiştir (Jaffe 2000).

Aynı ülkede yapılan başka bir çalışmada adolesanlarda alkol kullanımının %50,1 olduğu saptanmıştır. Yine bu yaş döneminde madde kullananların sayısı 19 milyon kişi olarak belirlenmiştir. Bunların, %56,8'nin esrar, %19,6'sının esrar ile birlikte bir diğer madde, %23,6'sının diğer maddeleri kullandığı bildirilmiştir(FASD 2004). ABD'de yapılan bir çalışmada her 5 ergenden birinin alkol, her 13 ergenden birinin de madde kullandığı belirtilmektedir (Pumarega ve ark 2005).

Çok merkezde yürütülen ESPAD çalışmasının sonuçları incelendiğinde; yaşam boyu en az bir kez esrar kullanma oranının %12 olduğu görülmüştür. Bu oran İngiltere'de %41, İrlanda'da %37, İtalya'da %19, Danimarka'da %17, Ukrayna'da %14, Polonya'da %8, İsveç'te %6, Finlandiya'da %5, Norveç'te %6, Türkiye'de %4, Macaristan'da %4 olarak saptanmıştır (Hibell 1995).

Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında; ilköğretim öğrencileri arasında esrar kullanım oranı %1,2, ortaöğretim öğrencileri arasında ise %4,0 olarak saptanmıştır. İstanbul'da lise öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım oranı %0,7, sigara ve alkol dışında herhangi bir maddenin kullanım oranı %2,6 olarak bulunmuştur (Özer 1991). Yine İstanbul'da 1996 yılında yapılan bir araştırmada yaşam boyu esrar kullanımının %4,2 olduğu belirlenmiştir (Ögel 1996). Türkiye genelinde 1998 yılında yürütülen ve lise öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığını araştıran SAMAY (Lise Gençleri Arasında Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı 1998) çalışmasının sonuçlarına göre öğrencilerin %3,6'sı esrar kullanmaktadır (Ögel 2001) İzmir'de 2008 yılında 9. sınıfa devam eden 6000 öğrenciyi kapsayan bir çalışmada esrar kullanım oranı %1,2, uçuşu madde kullanım oranı %0,6 olarak bildirilmiştir (Yıldız 2010).

Yüncü ve arkadaşlarının 2006 yılında ergen bağımlılık merkezine başvuran 323 hasta üzerinde yaptıkları çalışmada, tüm olguların %93,8'inin sigara dışı madde kullandığı saptanmıştır.

Madde kullanım oranlarına bakıldığında sigaradan sonra sırasıyla %75,2 esrar, %53,8 inhalan, %43,6 ecstasy, %43,2 alkol, %31,4 benzodiazepin, %2,6 kokain, %1,7 hap, %0,3 opioid kullanımının olduğu belirlenmiştir. Sigara kullanımı dışlandığında olguların %86,9' unun çoğul madde kullanıcısı oldukları görülmüştür. Araştırma yer alan olguların maddeyi ilk kullanma yaşları $13,7 \pm 2,16$ olarak bulunmuştur (Yüncü ve ark. 2006).

İstanbul'da 2004 yılında geniş örneklemli lise iki öğrencileri arasında yapılan araştırmada yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanım yaygınlığı %5,9, esrar kullanım yaygınlığı %5,8, flunitrazepam kullanım yaygınlığı %4,4, benzodiazepin kullanım yaygınlığı %3,7, ekstazi kullanım yaygınlığı %3,1 ve eroin kullanım yaygınlığı %1,6 bulunmuştur. 2004 yılında yapılan bu çalışma ile 2001 yılında ülkemiz genelinde yapılan çok merkezli çalışmanın İstanbul ili veri sonuçları karşılaştırılmış, tütün ve alkol dışındaki tüm maddelerin kullanım yaygınlığında bir artış olduğu görülmüştür. İki araştırma karşılaştırıldığında ekstazi kullanım yaygınlığının %28,5 oranında artmış olduğu, yine flunitrazepam, eroin, esrar, uçucu ve benzodiazepin kullanımında belirgin artış olduğu bildirilmiştir (Ögel 2005).

Türkiye'de madde kullanım oranının Avrupa ülkelerine ve ABD' ye göre daha düşük oranda olduğu; ancak madde kullanım sıklığında son yıllarda artış olduğu bildirilmektedir (Ögel 2005).

2.1.3. Sınıflandırma

AMKB için DSM-5 Tanı Ölçütleri

DSM-5’de maddeyle ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları kategorisinde sınıflandırılmıştır. Kafein, alkol, kannabis, opioid, uçucu madde şeklinde ayrı tanı kategorileri vardır. Bu maddelerle ilgili tanı kriterleri büyük oranda aynı olduğu ve bizim çalışmamızdaki olguların neredeyse tamamında esrar kullanımı mevcut olduğu için bu bölümde esrar (kenevir, kannabis) kullanım bozukluğunun tanı kriterlerine değinilecektir.

A. 12 aylık süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan sorunlu bir kenevir kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak kenevir alınır.
2. Kenevir kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
3. Kenevir elde etmek, kenevir kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
4. Kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici kenevir kullanımı

6. Kenevir etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişiler arası sorunlar olmasına karşı kenevir kullanımını sürdürme
7. Kenevir kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme, dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması
8. Yineleyici bir biçimde tehlikeli olabilecek durumlarda kenevir kullanma.
9. Büyük bir olasılıkla kenevirin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşı kenevir kullanımı sürdürülür.
10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, tolerans gelişmiş olması:
 - a. Entoksikasyonu ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde kenevir kullanma gereksinimi
 - b. Aynı ölçüde kenevir kullanımının sürdürülesine karşı belirgin olarak daha az etkinin sağlanması.
11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması
 - a. Kenevire özgü yoksunluk sendromu
 - b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için kenevir ya da yakından ilişkili bir madde alınır.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde: Daha önce kenevir kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kenevir kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, “kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az 3 aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce kenevir kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, kenevir kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, “kenevir kullanmaya içinin gitmesi ya da kenevir kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme”), 12 aydan daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede: Kişi, kenevire ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

O sıradaki ağırlığına göre kodlayınız

- A. Ağır olmayan: 2-3 belirtinin olması
- B. Orta derecede: 4-5 belirtinin olması
- C. Ağır: 6 ya da daha çok belirtinin olması (Köroğlu 2014).

2.1.4. Etiyoloji

Bağımlılığın nedeni olarak günümüzde kabul gören görüş birçok etkenin bir arada olduğu görüşüdür. Madde etkisi bağımlılık gelişiminde önemli bir yer tutsa da, bu deneyimlerin yarattığı etkinin kişiler arası farklılık gösterdiği kabul edilmektedir. Bir maddenin ilk denenmesinde, ulaşılabilirlik, toplumsal kabul ve akran etkisi ana belirleyiciler olmaktadır. Bunun yanında kişilik, biyoloji gibi diğer etmenler, ilgili maddenin etkilerinin nasıl algılandığı ve tekrarlı madde kullanımının hangi dozlarda santral sinir sistemi değişikliklerine yol açacağını belirlemektedir (Kaplan&Sadock's 2007).

Bireysel yatkınlık ve psikopatoloji, bağımlılık gelişiminde daha önemli belirleyiciler olduğu halde toplumsal ve çevresel etmenler kullanımın devam ettirilmesini de etkilerler.

2.1.4.1. Psikolojik Etmenler

Madde bağımlılığıyla ilgili ilk açıklamalar psikanalitik eğilimli kuramcılardan gelmiş, oral regresyon, doyum arayıcı zevke düşkünlükten ve özyıkımcı dürtülerden söz edilmiştir. Daha sonra bu görüş, madde kullanımının regresyon yerine depresyon, utanç ve öfke gibi güçlü duygu durumlarına karşı uyum ve savunma amacına hizmet ettiği, öz yıkımcı dürtülerin fazlalığından çok, özkoruyucu yöntemlerin yetersiz olmasından kaynaklandığı şeklinde değişmiştir. Bu yetersizliğin nedeni olarak da, erken gelişimsel sorunlar nedeniyle anne baba imgelerinin yeterli düzeyde içselleştirilememesi gösterilmiştir (Gabbard 1990).

Psikolojik açıklamalar arasında en çok kabul gören, maddelerin çeşitli psikiyatrik sorunlarda belirtileri giderme amaçlı kullanılması olmuştur. Bunlar arasında en sık adı geçen sorun düşük benlik değeridir (Millerman 1986).

2.1.4.2. Fizyolojik Etmenler

Bağımlılık süreci tek başına fizyolojik bağımlılık ve yoksunluk sendromu ile açıklanamamaktadır. Bu her iki durumun tedavisinden uzunca bir dönem sonra bile hastalığın tekrarlama riski devam eder (Hyman 2005).

Bağımlılığın nöronal temelleri incelendikçe beslenme ve cinsellik gibi biyolojik ödülleri yanı sıra aile, arkadaşlık gibi bilişsel ve deneysel temeli daha fazla olan sistemlerin ödül sistemi ile bağlantısının nörobiyolojik izdüşümlerinin incelenmesi gereksinimi duyumsanmıştır (Kalivas 2005).

Ödüllendirici hedefleri olan davranışlar, bir sonuca doğru güçlü ve zaman içinde artan bir düzeyde devam etme eğilimindedir. Ödülle bağlantılı ipuçları motivasyonel durumları başlatır ya da güçlendirir. Bu durum amaçlanan ödüllerin elde edilmesinde yer alan davranış ve tutumları aşırı öğrenilmiş hale getirir (Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı 2008).

Bağımlılık yapan maddeler ayrı kimyasal aileleri temsil etmektedir. Farklı ilk moleküller hedefleri uyarır ve bloke ederler. Ancak bu farklı ilk hücrel hedeflere rağmen Nükleus Akumbens'te (NAk) dopamin düzeyini artırarak etki ederler. Opioidlerin ise NAK' e etkisi dopamin dışında bir yol izler. Bağımlılık yapıcı maddelerin daha fazla dopamin salınımı ve daha fazla uzamış uyarılma oluşturabilmeleri ile çoğu doğal uyaran karşısında rekabetçi bir avantajı olduğu hipotez edilmiştir. Dopamin isteğe ve eyleme yönelik bir hedefin hedonik özelliklerini bağlar. Böylece ödülle bağlantılı davranışı şekillendirir, ödülle bağlantılı öğrenmeyi harekete geçirir (Hyman 2005).

2.1.4.3. Kalıtsal Etmenler

Alkol bağımlılığın kalıtsal etkenler ile ilişkisi olduğuna dair ciddi veriler vardır. Bu veriler ikiz ve evlat edinme çalışmaları ile doğrulanmıştır. Ancak diğer madde kötüye kullanımında ya da bağımlılıklarının gelişiminde kalıtsal etkenlerin rolü üstüne yeterli bilgiler yoktur. Ancak bağımlılıkların multifaktöryel, multigenetik etyolojiye sahip olduğu söylenebilir (Coskunol 1999).

Alkolizm sorunu olan kişilerin kardeşlerinin %49-50,1' nde alkolizm saptanmıştır. Bu oranlar diğer maddeler için bu kadar yüksek olmasa da normal kontrollerden farklıdır. Madde kullanan evlat edinilmiş bireylerle bu bireylerin biyolojik aileleri arasında belirgin bir ilişki saptanmıştır. Bu bireyleri evlat edinen ailelerin alkol kullanıyor olması madde bağımlılığı gelişmesi olasılığını etkilemediği bildirilmiştir. Biyolojik babalarında alkol kullanımı olan evlat edinilmiş çocuklarda yüksek alkol kullanım oranı saptanmıştır (Cadoret 1980).

2.1.4.4. Çevresel Etmenler

Çevresel etmenlerin özellikle erken yaşta madde kullanımından sorumlu olduğu bildirilmektedir. İlerleyen yaşlarda madde bağımlılığının gelişmesinde genetik şartların katkısının daha fazla olduğu vurgulanmaktadır. Madde ile karşılaşmanın geciktirilmesi ve bunun yanı sıra olumlu bir ortamda büyümenin etkisi madde bağımlılığı gelişme olasılığını azaltmaktadır.

Çevre etkisi kullanılan maddelere göre farklılık göstermektedir. Çevresel şartların düzenlenmesi sırasında sigara ve alkolün üzerinde durulması gerekir. Tütün ve alkol en sık kullanılan bağımlılık yapıcı maddelerdir. Tütün ve alkolün tüketim maddesi olarak kabul edilebilir olması bu maddelerin kullanımını sıradan hale getirmiştir.

Yapılan bir çalıřmada anne baba denetimi ve uyarılarının dūřuk dūzeyde olduęu ailelerin çocuklarında alkol, tūtūn ve dięer maddelerin kullanımına, denetimin fazla olduęu ailelerin çocuklarından daha erken bařladıkları sonucuna varılmıřtır (Tol 1990).



2.2.Sorun Çözme Terapisi

2.2.1. Tanım ve Temel Kavramlar

Sorun Çözme Terapisi (SÇT), insanın günlük yaşamda karşılaştığı problemler veya sorun durumlar karşısında zorlanmasından ve bu zorlanmanın sonucu gelişen bir takım ruhsal durumların çözümlenmesinde kullanılabilen bir sağıltım yöntemidir. Ana amacı insanlara karşılaştıkları sorunlar karşısında nasıl bir yaklaşım sergilemeleri gerektiği ve problemleri çözüme kavuşturmak için izlenecek yol ve stratejileri öğretmektir. Bu şekilde SÇT, hem sorunların yol açtığı ruhsal sıkıntıları tedavi etmeyi hem de psikolojik sıkıntıların ortaya çıkmasını önlemeyi hedefler. Yani problem çözme terapisi iki şekilde kullanılmaktadır. İlk kullanım şekli “sağıltım” amacına yönelik olanıdır. İkincisinde ise “önleme” amaçlanmaktadır. Bu kullanım şeklinde dayanıklılığın artırılması ana amaçtır (Eskin 2011).

SÇT bilişsel-davranışçı bir psikoterapi yaklaşımıdır. Bilindiği gibi bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımları son zamanlarda ruh sağlığı alanında önemli bir yere sahiptir. Bilişsel-davranışçı tedavi yaklaşımları deneysel ve gözleme dayalı olarak desteklenmiş psikoterapiler arasında yer almaktadır (Borkovec 1998). Psikoterapiler etkinliği deneye ve gözleme dayalı olarak desteklenenler ve henüz desteklenmeyenler diye ayrılmaktadır. SÇT etkinliği deneye ve gözleme dayalı olarak kanıtlanmış ruhsal sağıltım yaklaşımı olarak görülmektedir. Bilişsel-davranış terapileri, tamamen davranış yönelimli ve tamamen bilişsel yönelimli bir düzlem üzerinde değerlendirilmekte ve SÇT bu düzlemde kendini-eğitme eğitimi ile bilişsel terapi arasında yer almaktadır (McGuire 2001).

Sorun “ Araştırılıp öğrenilmesi gereken, düşünülüp çözümlenmesi, bir sonuca bağlanması gereken durum, mesele, problem” olarak tanımlanmaktadır (TDK 2005). Bir başka tanıma göre sorun; “ sağlıklı bir işlevsellik için bireyden bir tepki gerektiren fakat kişinin karşılaştığı engeller yüzünden o an için etkili bir tepkinin olamadığı, günlük yaşamla ilgili bir durum”

olarak tanımlanmaktadır (D’Zurilla 2004). İnsanların gündelik yaşamda karşılaştıkları sorunlar dört grup altında incelenebilir. Bunlar; kişisel, kişisel olmayan, kişilerarası ve toplumsal sorunlardır. Kişisel sorunlar; sağlık, davranışsal ve duygusal sorunlar olarak düşünülebilir. Kişisel olmayan sorunlara bakıldığında, bu gruptaki sorunların çözümü görece daha kolay sorunlardır. Çünkü bunlar daha iyi tanımlanmış sorunlardır. Gündelik yaşamda sıkça karşılaştığımız ve iletişim halinde olduğumuz insanlarla yaşadıklarımız kişiler arası sorunlar olarak görülebilir. Ekonomik, siyasi, doğal afetler, eğitim sorunları gibi birçok kesimi etkileyen sorunlar toplumsal sorunlara örnek olarak verilebilir (Eskin 2011).

Çözüm “Bir sorunun çözülmesinden alınan sonuç, hal” olarak tanımlanmaktadır (D’Zurilla 2004). Bir sorunun çözümüne yönelik gerçekleştirilen problem çözme sürecinin sonucu olan bir başatma davranışı veya baş etme davranış örüntü, çözümün bir başka tanımı olarak verilebilir (D’Zurilla 2004).

Sorun çözme D’Zurilla ve ark. tarafından “Birey, çift veya bir grubun gündelik yaşamda karşılaştıkları sorunlara etkili çözüm yolları bulmak için giriştikleri amaç yönelimli bilişsel-davranışsal süreç olarak tanımlanmaktadır (D’Zurilla 2004). Sorun çözme bir süreçtir. Bir amaca ulaşmak için bir durumun başka bir duruma dönüştürülmesidir. Sorun çözme, bilinçli, akılcı, çaba gerektiren ve amaç yönelimli bir etkinlik olarak da tanımlanabilir (Eskin 2011).

Yukarıdaki kavramlar dışında üzerinde durulması gereken bir başka durum, sorun çözme ile çözümü uygulamanın aynı şey olmadığıdır. Bu iki sürecin hem kavramsal olarak farklı olduğuna hem de farklı beceriler gerektirdiğine vurgu yapılmıştır. Sorun çözme spesifik soruna çözümler bulma süreci iken, çözümü uygulama bu çözümleri söz konusu sorun duruma uygulama ve hayata geçirmeyi içerir. Sorun çözme becerilerinin genel olduğu varsayılırken, çözümü uygulama becerileri sorunun ve çözümün türüne göre çeşitlilik göstereceği

düşünülmektedir. Bazı kişiler yeterli sorun çözme becerilerine sahip olsalar bile çözümü uygulamada yetersiz olabilmektedirler (D’Zurilla 2004).

2.2.2. Sorun Yönelimi ve Sorun Çözme Tarzları

2.2.2.1.Sorun Yönelimi

Kişinin sorunlar karşısında takındığı tavra “sorun yönelimi” denir. Buna göre, insanlar bir sorunla karşılaştıklarında genel olarak iki şekilde tepki verirler. Bir sorunla karşılaştığında yapıcı bir tavır içinde olması, kişinin soruna olumlu yaklaştığını gösterir. Bu yaklaşım şekline “olumlu sorun yönelimi” denir. Bazı kimseler ise herhangi bir sorunla karşılaştıklarında işlevsel olmayan bir tarz sergileyebilmektedirler. Bu yaklaşım tarzına ise “olumsuz sorun yönelimi” denmektedir (Eskin 2011).

D’Zurilla ve ark. sorun yönelimini “yaşamdaki sorunlar ve bu sorunları çözme konusundaki kişisel yetenekleri hakkındaki kişinin inançları, değerlendirmeleri ve duygularını yansıtan görece kalıcı bilişsel-duyuşsal şemaları içeren bir meta-bilişsel süreç” olarak tanımlamışlardır (D’Zurilla 2004).

Olumlu Sorun Yönelimi

Kişilerin sorunlar karşısında yapıcı bir tutumu içinde olmalarını ifade etmektedir (Eskin 2011).

Olumlu sorun yönelimine sahip kişiler (Eskin 2011, D’Zurilla 2004);

- Bir kazanç ya da yarar sağlayabilecekleri bir fırsat olarak soruna meydan okuyabilirler
- Sorunların çözülebileceğine inanırlar
- Sorunların başarıyla çözülmesinde kendi yeteneklerine güvenirlir
- Sorunların başarıyla çözümlenmesinin zaman ve çaba gerektirdiğinin farkında olurlar

- Sorunlardan kaçmaktansa onları yaşamlarından gönderebilmeyi deneyebilirler
- Sorunları yaşamın bir parçası olarak görebilirler
- Sorunların nedenlerini doğru kaynaklara atfedebilirler
- Sorunu çözme konusunda kararlıdırlar
- Sorunları göz ardı etmeden doğru bir biçimde algılayabilirler.

Olumsuz Sorun Yönelimi

Bu yönelim tarzına sahip kişiler ise aşağıda sıralanan ortak özelliklere sahiptirler (Eskin 2011, D’Zurilla 2004).

- Sorunları, kişinin psikolojik, sosyal veya ekonomik alanda iyilik halini tehlikeye atan önemli bir tehdit unsuru olarak görürler
- Sorunları başarıyla çözebilme konusunda kendi kişisel yeteneklerinden şüphe duyarlar
- Sorunlarla karşılaştığında kolayca engellenmiş ve alt-üst olmuş hissederler
- Sorunları çözülemez olarak görürler
- Sorunların nedenlerini yanlış atıflar vererek açıklarlar
- Sorunlar meydana geldiğinde onları göremezler ya da görmezden gelirler.

2.2.2.2. Sorun Çözme Tarzları

Sosyal sorun çözme modeline göre, insanlar, bir sorunla karşılaştığında bu duruma karşı sergiledikleri üç tür tavır ve davranış sergilerler. Bunlar; akılcı, dürtüsel-dikkatsiz ve kaçınan sorun çözme tarzıdır. Bunlardan ilki işlevsel sorun çözme tarzı olan “akılcı sorun çözme” tarzıdır. Bu tarz üzerinde düşünülmüş, mantıksal ve sistematik uygulamaları içeren bir özelliğe sahiptir.

Kaçıgan Sorun Çözme Tarzı

Kaçıgan sorun çözme tarzına sahip kişiler, sorunlar karşısında görmezden gelme eğilimindedirler ve sorunla yüzleşmeye isteksizdirler. Bununla birlikte sergiledikleri davranışlar genel olarak erteleme, pasiflik, tepkisizlik, katlanma, hareketsizlik ya da bağımlılık gibi özellikleri içerir. Bu kişiler sorumluluk almaktan kaçınırlar, sorunun kendiliğinden çözülmesini beklerler ya da bu konuda başkalarının yardım ve desteğine ihtiyaç duyarlar (Eskin 2011, D’Zurilla 2004)

Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı

Bir önceki başlık altında bahsedilen sorun çözme tarzı gibi “ dürtüsel-dikkatsiz sorun çözme tarzı ” da işlevsel olmayan bir sorun çözme tarzıdır. Bu sorun çözme tarzını kullanan kişiler sorunu çözmek için girişimlerde bulunurlar ancak bu girişimler dürtüsel, dikkatsiz, aceleci veya eksiktir. Bu kişiler bir sorunla karşılaştıklarında yeterli düzeyde çözüm seçeneği üretemezler ve genelde ilk akıllarına gelen seçenek ile hareket ederler. Bu tarzı kullanarak elde edilecek çözümün tam ve düzgün olmamasının yanı sıra, bu tarzla elde edilecek çözümler kişi için yeni sorunlar ortaya çıkarabilecektir (Eskin 2011, D’Zurilla 2004)

Akılcı Sorun Çözme Tarzı

D’Zurilla ve ark. tarafından önerilen sosyal sorun çözme modeline göre, problemleri akılcı tarzda çözebilmek için insanlar dört ana sorun çözme beceri türünü kullanmaktadırlar. Bu beceri türleri aynı zamanda, sorun çözme sürecinin basamakları olarak da adlandırılmaktadır. D’Zurilla ve ark., bunları “sorunun tanımlanması ve formüle edilmesi, çözüm seçeneklerinin üretilmesi, en etkili çözüm seçeneğine karar verme ve çözümün uygulanması ve değerlendirme” olarak sıralamışlardır (D’Zurilla 1971).

Sorunu tanımlama ve formüle etme süreci kişiyi çözüme yaklaştıran ana adımlardan birincisidir. Bu süreçte sorunu anlamak için sorunla ilgili olabilecek somut ve spesifik bilgiler toparlanmakta, temel istekler ve engeller belirlenmekte ve gerçekçi hedefler oluşturulmaktadır. Çözüm seçeneklerinin üretilmesinde ise, kişi ulaşmak istediği hedefe odaklanarak sorunu çözebilecek tüm seçenekleri olabildiğince üretmeye çalışır. Daha sonra bu seçeneklerin sonuçları tahmin edilmeye çalışılır ve seçeneklerin olumlu ve olumsuz sonuçları birbiri ile karşılaştırılarak en iyi çözüm seçeneğinin ne olduğuna karar verilir. Son basamakta ise seçilen çözüm seçeneği gündelik yaşamda uygulanır ve sonuçları dikkatlice değerlendirilir. Bu değerlendirme sonucuna göre, eğer başarıya ulaşılmışsa sorun çözme süreci tamamlanır, aksi durumda başarısızlığın nedenleri araştırılarak süreç uygun yerden yeniden başlatılır (Eskin 2011, D’Zurilla 2004, D’Zurilla 1971).

2.2.3. Sorun Çözme Terapisinin Kullanım Alanları ve Etkinliği

2.2.3.1.Sorun Çözme Becerileri ve Ruhsal Sorunlar

SÇT ruhsal sorunların tedavisinde her geçen gün daha fazla kullanılmaktadır. Bilimsel çalışmalar, insanların sorun çözme yetilerindeki yetersizliklerinin, hem psikopatolojilerinin ortaya çıkması hem de sürdürülmesinde nedensel ve eş görünümlü olduğunu göstermektedir. Bu yüzden SÇT yaklaşımı, hem insanların yaşamda karşılaştıkları problemlerin üzerlerinde yaratmış olduğu olumsuz etkileri gidermek hem de söz konusu problemlerle etkili bir biçimde baş etmelerini kolaylaştırmak bakımından önemlidir (Eskin 2011).

Yapılan çalışmalar, psikiyatrik sorunlarından dolayı yatarak tedavi gören kimselerin, sorun çözme beceri düzeylerinde yetersizlikler yaşadıklarını göstermektedir (Coche 1975). Bir çalışmada etkili problem çözen kimselerle, sorun çözmede etkili olamayan kimseler karşılaştırılmış ve etkili problem çözebilenlerin daha az psikolojik sıkıntı yaşadığı bulunmuştur (Nezu 1985).

Depresyonu sorun çözme beceri eksikliğinin neden olduğu bir durum olarak ele alan bir modelde, yaşamda sorun durumla karşılaşan herkesin depresyona yakalanmadığı gerçeğinden hareketle, insanların depresyon geliştirmelerinde temel etken olarak karşılaşılan sorunlar veya olumsuz yaşam olayları karşısında etkili problem çözme becerilerine sahip olmamalarını göstermektedir (Nezu 1987). Kişi eğer sorunlar karşısında etkili bir biçimde baş etme veya onları etkili çözme becerilerine sahipse, problemler veya kötü olaylarla karşılaşması durumunda depresyon gelişmeyecektir. Çalışmalarda kişiler arası düşük sorun çözme becerileri ile yüksek depresyon skorları arasında ilişki gösterilmiş olmakla birlikte özellikle ergenlerde, depresyon ve sorun çözme becerisi arasında güçlü bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir (Nezu 1987).

İnsanların çevrelerine ve yaşam evrelerinin getirdiği değişimlere uyum sağlayabilmeleri için, farklılıkların ve değişimlerin yarattığı taleplerle baş edebilmeleri gerekmektedir. Problem çözme becerileri, insanların uyumu için gerekli talepleri karşılayabilecek en iyi baş etme stratejilerindendir. Sosyal sorun çözme becerisi iyi olan bireyler, günlük hayatta karşılaşılan sorunlu durumlarla baş etmede, sosyal sorun çözme becerisi düşük olan bireylere göre daha başarılılardır. Sosyal sorun çözme becerisi etkili alternatif çözümler üretebilmeyi sağlar, bu da genel sosyal yeteneğin sürmesini ve iyi düzeyde olmasını sağlar (Nezu 1987). Ergenlik dönemindeki olumsuz deneyimler sonucu ortaya çıkan; uyum güçlükleri, sosyal destek ve sorun çözmenin rolünü araştıran bir çalışmada, yeterli sorun çözme becerisine sahip gençlerin depresyona yakalanma olasılıklarının düşük olduğunu gösterilmiştir (Printz 1999).

İntihar davranışı kişinin çözümsüz diye algıladığı bir olay ya da bir durum karşısında kendini öldürmeyi bir çözüm olarak görmesi sonucu başvurduğu bir davranıştır. Bu davranışı sergileyen kimselerin sorun çözme becerilerinin zayıf olduğu, konuyla ilgili çalışmaların ortak bulgularındandır. Yeterli sorun çözme becerisine sahip olmama, bu tür kişiler arasında önemli

bir bilişsel etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. (Levenson 1971, Rotheram-Borus 1990, Schotte 1987, Weishaar 1996).

Bir çalışmada, birden fazla intihar girişiminde bulunan kimselerin yalnız bir girişimde bulunanlardan daha düşük problem çözme becerisine sahip oldukları gösterilmiştir (McAuliff ve ark. 2002). Sorunlarla karşılaştıklarında, gerek alternatif çözümler üretme, gerekse ürettikleri çözüm şekillerini kullanmada gösterdikleri beceri eksikliklerinin yanı sıra, intihar davranışı sergileyen kimselerin, kendi canına kıymayı karşılaşılan problemlerin çözümü olarak görme eğiliminde oldukları bilinmektedir. Herhangi bir intihar eğiliminde olmayan kimseler dahi intiharı karşılaşılan sorunun çözümü olarak görmektedir. Örneğin ergenler intihar ederek kendini öldüren yaştlarının böyle yapmakla sorunlarını çözdüğüne inanmaktadırlar (Eskin 1997).

Kaygı, normal insan duygularından birisidir. Bu yüzden yaşamımızdan çekip çıkarmamız gereken bir duygu değildir. Kaygının insan davranışları üzerinde güdüleyici etkisi vardır. Anksiyete bozukluğu olan bireylerde kaygı, olması gerekenden fazladır. Bu bireylerin ortak özelliği; bilişsel olarak olumsuz olay ve beklentiler üzerine odaklanmış olmalarıdır. Kişi yaşamda karşılaştığı ve karşılaşacağı sorunları çözemeyeceğine inanmaktadır. Kişi sorunlarını çözemeyeceğini düşünerek sorunlar karşısında güdüsel bir eksiklik sergileyebileceği gibi, akılcı sorun çözme becerilerinin eksikliğinden dolayı da problemler karşısında çözümsüz kalabilir. Yaş ortalamasının 23,6 olduğu üniversite öğrencileriyle yapılan bir çalışmada olumsuz sorun yöneliminin yüksek kaygı düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Robichaud 2005). Sadece sorun yöneliminin değil insanların sorun çözme beceri düzeylerinin anksiyete bozukluklarıyla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Vietnam gazileri arasında yapılan bir çalışmada travma sonrası stres bozukluğu olan gazilerin olmayanlara göre daha fazla etkili olmayan sorun çözme becerilerine sahip oldukları görülmüştür (Nezu 1987).

Şizofreni, kişinin gerçeklik algısının bozulması ve buna bağlı olarak toplumsal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaların olmasıdır. Sorun çözme becerileri, hasta olmayanlar kadar, şizofreni hastası olan bireyler içinde önemlidir. Hastalığa yakalanan bireylerde bilişsel alanda zedelenme ve sorun çözme becerilerinde yetersizlik olduğu birçok çalışmada saptanmıştır (Bedell 1998, Blanchard 2004, Bustini 1999, Medelia 2002). Yapılan çalışmalar, şizofreni hastalarının karşılaştıkları sorunları, şizofreni olmayanlara göre daha az tanımladığını, daha az çözüm seçeneği ürettiğini ve daha az doğru çözümlere ulaşabildiklerini göstermektedir (Bedell 1998).

Kişilik bozukluğu DSM' ye göre; kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, davranış ve iç yaşantılarından oluşan ve süregiden bir örüntü olarak tanımlamaktadır. Kişilik bozuklukları sağaltımı zor ve insanın, hem kişisel hem de sosyal yeterliliğinde önemli sorunlara neden olmaktadır. Sorun çözme becerileri ve kişilik bozukluğu ilişkisini irdeleyen çalışmaların çoğunluğunun, sınır kişilik bozukluğu tanısı alan kimselerle yapıldığı görülmektedir (Eskin 2011). Böyle bir çalışmada sınır kişilik bozukluğu olanların kontrol grubuna göre karşılaştıkları sorunlara daha belirsiz çözümler ürettikleri, daha fazla olumsuz sorun yönelimine sahip oldukları ve problemleri çözmek için daha fazla dürtüsel/dikkatsiz tarz sergiledikleri görülmüştür (Bray ve ark 2007).

Saldırganlık ve saldırganlık içeren davranışlar günümüzde toplumların en önemli sorunlarından biri haline gelmiştir. Psikoloji biliminde saldırganlık; “ başkalarına fiziksel veya psikolojik zarar niyeti taşıyan davranış” olarak tanımlanmıştır. Saldırganlık kişinin, bir durumu algılaması sonucu sergilediği bir davranıştır. Kişinin algısı ve yorumu sonucu o durumla ilgili verdiği tepki, aslında onun o durumla ilgili çözüm davranışıdır. Karşılaşılan sorun durumlarda neler yapılması gerektiğini ve problemin nasıl çözüleceğini bilemeyen kimseler, saldırgan davranışları probleme çözüm olabilecek seçenekler arasında görebilmektedirler. 11-17 yaşları

arasında 1655 Finli ergen ile yapılan çalışmada, saldırganca sorun çözme stratejilerinin saldırgan davranışlarla ilişkili olduğu görülmüştür (Keltigangas-Jarvinen 2002).

2.2.3.2. Sorun Çözme Terapisinin Ruhsal Sorunların Tedavisindeki Yeri ve Etkinliği

Ruh sağlığı alanında farmakolojik tedavilerin kaydettiği gelişmeler yadsınamaz. Fakat bu gelişmelere rağmen, psikolojik rahatsızlıkların sağaltımında, psikoterapinin yeri doldurulamamıştır. Ruhsal bozuklukların tedavisinde, psikoterapinin farmakolojik tedavi yöntemleriyle birlikte kullanılması sağaltımın sonucu iyileşmeyi artırmaktadır.

Olumsuz yaşam olayları karşısında sorun çözme becerilerinde yetersizlik olan bireylerin depresyona yakalanma sıklığının daha yüksek olduğuna daha önce değinilmişti. Bilindiği gibi SÇT, bir bilişsel-davranışçı sağaltım yöntemidir ve etkinliği kanıtlanmıştır. SÇT bu sağaltım yönteminin bir parçasıdır. Bir çalışmada 30 antidepressan ilaç kullanan depresyon hastasına 1 hafta boyunca günde 2,5 saatlik grup formatında bilişsel-davranışçı terapi uygulanmıştır. Terapi öncesi ve sonrası alınan ölçümler, hastaların problem çözme becerileri arttıkça depresyon skorlarının azaldığını göstermiştir. Araştırmacılar bilişsel-davranışçı terapinin depresyonu iyileştirmede, hastaların problem çözme becerilerini öğrenmelerinin rol oynadığını bildirmiştir (Chen ve ark. 2006). Başka bir çalışmada psikotik özellik göstermeyen 26 tek uçlu depresyon hastasının 11 tanesini SÇT, 9 tanesini sorun odaklı terapi ve 6'sını da kontrol grubuna atayarak SÇT' nin etkinliği araştırılmıştır. Tedaviden hemen sonra ve tedaviden 6 ay sonra alınan ölçümlerde, SÇT verilen gruptaki hastaların, sorun odaklı terapi alanlar ve kontrol grubunda olanlardan daha fazla iyileşme kaydettikleri gösterilmiştir (Nezu 1986). Başka bir çalışmada Nezu ve ark. 39 depresyon hastasını rastgele SÇT' ye, sorun yönelimi eğitime ve bekleme listesine almışlardır. Sorun yönelimi eğitimi alan gruba sadece olumlu problem yönelimi eğitimi verilmiş, akılcı sorun çözme aşamaları öğretilmemiştir. Bulgular; SÇT verilen gruptakilerin %85'i, sorun yönelimi eğitimi verilenlerin %50'si ve bekleme listesindekilerin

yalnızca %9'u iyileşme göstermiştir. Araştırma bitiminden 6 ay sonra alınan ölçümler kazanımların korunduğunu göstermiştir (Nezu 1989). Ülkemizde ergen ve genç yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada, majör depresyon tanısı almış katılımcılardan rastgele 27'si SÇT' ye, 19'u bekleme listesine alınmıştır. SÇT alan bireylere 6 seans haftada bir kez SÇT uygulanmıştır. Katılımcılara hem Beck Depresyon Ölçeği (BDE) hem de Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) uygulanmıştır. Araştırma bulguları, ergen ve genç yetişkin depresyonunun sağaltımında SÇT'nin etkili bir yöntem olduğunu göstermiştir. Yapılan istatistiksel çözümlemeler, tedavi grubundaki majör depresyon tanısı olan gençlerin, ölçek puanlarının tedavi önceki puanlarına göre, tedavi sonrası anlamlı bir biçimde azaldığını, ancak kontrol grubundakilerin ilk ve son ölçek puanlarında bir değişme olmadığını göstermiştir. BDE puanlarına göre, tedavi sonrası SÇT grubundaki katılımcıların %77,8'i iyileşmiş olarak değerlendirilirken, kontrol grubundaki katılımcıların sadece %15,8'i iyileşmiş olarak değerlendirilmiştir. HDDÖ puanlarına göre ise tedavi sonrası SÇT grubundakilerin %96,3'ü iyileşmiş olarak değerlendirilirken, bekleme listesindekilerin yalnızca %21,1'i iyileşmiş olarak değerlendirilmiştir. Bir yıl sonraki izlemde, tedavi sonrası kazanımların korunduğu görülmüştür (Eskin 2008).

İntihar sorunu günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bilindiği gibi intihar davranışı, kişinin çözümsüz gördüğü bir durumda çözüm veya çıkış yolu arayışıdır. SÇT doğası gereği intihar davranışı sergileyen bireylerin uyumlarını yükseltmek için kullanılabilecek önemli bir sağaltımsal yöntemdir (Eskin 2007). Çocuklukta nadir görülmesine rağmen, intihar davranışı ergenlik döneminin başlamasıyla artmaktadır ve gençlik yılları boyunca artmaya devam etmektedir. Ülkemizde ergen ve genç yetişkinler üzerinde yapılan bir çalışmada, majör depresyon tanısı almış katılımcılardan rastgele 27'si SÇT' ye, 19'u bekleme listesine alınmıştır. SÇT alan bireylere 6 seans haftada bir kez SÇT uygulanmıştır. Katılımcılara Beck Depresyon Ölçeği (BDE), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve intihar olasılığı ölçeği

(İÖÖ) uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda SÇT grubundaki katılımcıların tedavi öncesi İÖÖ puanlarının, tedavi sonrası İÖÖ puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir biçimde azaldığı gösterilmiştir (Eskin ve ark. 2008).

Kaygı bozukluğu olan bireyler sosyal problem çözme süreçlerinden olumsuz problem yönelimini, kaygı bozukluğu olmayan bireylere göre daha fazla kullanırlar. Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) tanı ölçütlerini karşılayan 51 kişi, yalnız psikoeğitim, psikoeğitim ve ilaç tedavisi ve yalnız ilaç tedavisi olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır. Psikoeğitimde hastalara problem çözme becerilerini kapsayan başetme becerileri öğretilmiştir. Araştırma sonucunda hem psikoeğitim hem de ilaç tedavisi alan grubun en fazla iyileşme kaydettiği görülmüştür (Ofıaz ve ark. 2008).

Şizofreni, bilişsel yıkımı fazla ağır ve kronik bir psikiyatrik rahatsızlıktır. Onun için, etkilenen kişide önemli ölçüde yeti yitimine yol açar. Hastalığın yol açtığı bilişsel kayıplar göz önüne alındığında, bilişsel davranışçı terapi yaklaşımlarının, şizofreni hastalarının tedavisi ve rehabilitasyonunda önemli işlev göreceği açıktır. Bu nedenle, şizofreni hastalarında problem çözme beceri düzeylerini arttıracak yöntemler önem kazanmaktadır. Bir çalışmada 63 şizofreni hastasının 32'sine problem çözme eğitimi, 31'ini ise kontrol grubuna seçkisiz olarak almışlardır. İlk gruptakiler 6 hafta boyunca sorun çözme beceri eğitimine alınmış, ikinci gruptakiler ise normal ilaç tedavisi verilmiştir. SÇT yapılan grupta sorun çözme becerilerinde artış olduğu, kontrol grubunda böyle bir ilerlemenin olmadığı sonucuna varılmıştır. Eğitim verilen grubun sorunu algılama ve işleme kapasitelerinde iyileşme olurken, çözümü hayata geçirme becerilerinde değişim gözlenmemiştir (Üçok ve ark. 2006).

Daha öncede değinildiği gibi kişilik bozuklukları genel nüfus içerisinde yaygındır ve bu rahatsızlığın farmakolojik tedavileri sınırlıdır. SÇT' nin kişilik bozuklukları tedavisinde uygun olacağı görüşünden hareketle yapılan bir çalışmada, 176 kişilik bozukluğu hastasının 87'sini

SÇT grubuna, 89'unu kontrol grubuna almıştır. Müdahale grubundaki hastalara 16 seanslık grup olarak düzenlenen SÇT uygulanmıştır. Çalışmanın sonunda, SÇT uygulanan grubun sorun çözme beceri düzeylerinin ve genel işlevselliklerinin daha iyi olduğu, öfke dışa vurumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Huband ve ark 2007).

Saldırganlık davranışlarının önlenmesinde bilişsel-davranışçı yaklaşımlar sık uygulanmaktadır. Çocuk ve genç suçluluğu günümüzde modern toplumların önemli bir sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Bir çalışmada, yaş ortalaması 14,5 olan 105 çocuk suçlunun 58'ine sorun çözme eğitimi verilmiş, 47'si ise bekleme listesi kontrol grubuna alınmıştır. Sorun çözme eğitimi alan gruba sözü edilen eğitim 8 hafta boyunca haftada bir verilmiştir. Çalışmanın sonunda SÇT yapılan gruptaki çocukların saldırganca davranışları, almayan grupla kıyaslandığında, anlamlı bir biçimde azalmıştır. Bir başka çalışmada, erken başlangıçlı davranım sorunu olan ve yaşları 4 ile 8 arasında değişen 99 çocuğu ailesiyle birlikte bir tedavi ve kontrol grubuna alınarak değerlendirilmiş, tedavi grubuna sosyal beceri ve sorun çözme eğitimi verilmiştir. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında, tedavi grubundaki çocukların daha az saldırgan davranış sergilediği gösterilmiştir (Webster-Stratton 2001).

2.2.4. SÇT işlem ve aşamaları

SÇT' nin iki önemli hedefi vardır ve terapi süreci bu iki hedefe odaklanılarak yürütülür. D'Zurilla ve ark. terapinin ana hedeflerini; kişinin olumlu sorun yönelimi geliştirmesi ve sorunun tanımlanması, çözüm seçeneklerinin üretilmesi, çözümün seçilmesi ve uygulanması gibi akılcı sorun çözme görevlerinin uygulanması ve bunlara ek olarak kişinin olumsuz sorun yönelimi ve dürtüsel davranma ya da kaçınma gibi işlevsel olmayan davranışlarının en aza indirgenmesi olarak bildirmişlerdir (D'Zurilla ve ark. 2005). Araştırmacılar SÇT'nin didaktik açıklamalar, eğitici pratikler ve seanslar arasındaki uygulamaları güçlendirmeye dönük ev ödevleri gibi bir takım bilişsel ve davranışsal işlemleri kapsadığını vurgularlar. Sorun çözme

terapisi, bahsi geçen bu temel iki hedefe doğrultusunda sekiz adımda uygulanabilir. Eskin' in SÇT'yi kapsamlı olarak ele aldığı kitabında, bu sekiz seansın ilk basamağını değerlendirme görüşmesi, ikincisini ise sorun yönelimi eğitiminin verilmesi olarak anlatmıştır . Geri kalan altı seansın ise akılcı sorun çözme işlem basamaklarının kazandırıldığı seanslar olarak bildirmiştir (Eskin 2011). Basamaklar ve içeriğine aşağıda değinilmiştir.

Değerlendirme ve bilgilendirme görüşmesi: İlk görüşme olan bu basamakta, kişinin varolan 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 varolan sorunlarını fark etmesi ve bunları ele almada olumlu bir tutum sergilemesi amaçlanır. Bu basamakta kişinin sorunların çözülebileceğine inanma, sorunların hayatı bir parçası olarak görme, sorunlardan kaçmama gibi kişiyi olumlu sorun yönelimine çeken bir takım düşünce yapılarının kişiye kazandırması önemlidir.

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

Hedeflerin belirlenmesi: Varolan sorunların aşılmasından sonra kişinin kendini nerede gördüğü, nereye varmak istediği gerçekçi bir tutumla belirlenmeye çalışılır. Kişinin sorunu değiştirmeye dair mi yoksa varolan 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 ne kadar 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 işlenildiği düşünülen bir basamak olduğuna karar verilirse geri dönüp oradan tekrar başlanır.

2.2.5. Sorun Çözme ve Bağımlılık

Sosyal problem çözme, kişinin stresli durumların etkili bir şekilde üstesinden gelmesini sağlayan, bilinçli, rasyonel, amaçlı ve çaba gerektiren baş etme sürecidir. Bu tanıma göre, baş etme ile problem çözme aynı şey değildir. Baş etme problem çözme becerilerini içermektedir (D' Zurilla 1995).

Madde kullanma davranışının uyuma yönelik olmayan baş etme yollarıyla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır. 1270 alkol bağımlısı gencin alındığı 3 yıllık bir izlem çalışmasında baş etme becerileri düşük olan bireylerin daha fazla alkol tükettikleri bildirilmiştir (Johnson 1993). Arındırma sürecindeki 137 hastanın değerlendirildiği bir çalışmada alkol ve madde bağımlılarının etkili olmayan baş etme mekanizmalarını kullandıkları bildirilmiştir (Madden ve ark 1995).

Alkol bağımlılığı tanılı hastalarda bağımlılık sürecinin problem çözme yolları ile ilişkisinin değerlendirildiği bir çalışmada, hasta grubun daha fazla olarak kaçınan problem çözme tarzını kullandıkları bildirilmiştir (Demirbaş 2004). Bu bulgular alkol bağımlılarının içmeyi bir kaçınma aracı olarak kullandığı bilgisiyle uyumludur

İnternet bağımlılarında ile yapılan bir çalışmanın bulgularına göre öğrencilerin internet bağımlılık düzeyleri ile problem çözme beceri puanları arasında negatif anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Yılmaz 2013).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Amaç

AMKB olan ergenlerde problem çözme eğitiminin tedavi sürecine olan etkisini değerlendirmesi amaçlanmıştır.

Çalışmamızda madde bağımlılığı tanılı ergenlerde uygulanabilecek kısa süreli bir girişim olan SÇT' nin etkinliği araştırılmıştır. Bu sayede alandaki bir boşluğun doldurulması amaçlanmaktadır. Bir bilişsel davranışçı tekniği olan SÇT'nin madde bağımlılığı tedavisindeki etkililiğinin yanı sıra, diğer yaşam olayları karşısında bireyin başetme becerilerine, dayanıklılığına olan etkisinin araştırılması da amaçlanmıştır.

3.2.Varsayımlar

1. AMKB tanılı ergenlerin problem çözme becerileri yetersizdir.
2. AMKB tanılı bireyler sosyal sorun çözme modelinde yer alan olumsuz sorun yönelimini daha sık kullanırlar
3. AMKB tanılı bireyler sorun çözme tarzlarından işlevsel olmayanları daha sık kullanırlar.
4. AMKB tanılı ergenlerin tedavilerine ek olarak verilecek sorun çözme eğitimi tedavi motivasyonlarını artıracaktır.
5. AMKB tanılı ergenlerin tedavilerine ek olarak verilecek sorun çözme eğitimi sorun çözme becerilerini artıracaktır.
6. AMKB tanılı ergenlerin tedavilerine ek olarak verilecek sorun çözme eğitimi madde kullanma arzusunu azaltacaktır.
7. AMKB tanılı ergenlerin tedavilerine ek olarak verilecek sorun çözme eğitimi bu olguların depresyon ve anksiyete skorlarında eğitim almayan gruba göre daha fazla düşüş sağlanacaktır.

3.3.Araştırmanın Tipi

Bu tez çalışması bir bilişsel davranışçı terapi yaklaşımı olan sorun çözme terapisinin, AMKB tanıli ergenler üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlayan prospektif ve deneysel bir çalışmadır. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul’undan 29.06.2015 tarih ve 15-5.1/5 sayı numarasıyla etik kurul onayı alınmıştır.

3.4.Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (EGEBAM) polikliniğinde Haziran 2015 ile Aralık 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.5.Araştırma Evreni ve Örneklemi

Bu çalışma evreni Haziran 2015 ile Aralık 2015 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Uygulama Merkezi ’ne (EGEBAM) ayaktan ilk başvuru yapan veya takipli 14-18 yas arasındaki 30 ergenden oluşan SÇT grubu ile yine EGEBAM’ a ilk kez başvuran ve ya takipli, çalışmaya katılmaya gönüllü ancak SÇT oturumlarına katılmak istemeyen 16 ergenden oluşan kontrol grubu ve tüm katılımcıların annelerinden oluşmaktadır.

SÇT olgu 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 bırakılmasına karar verilmiştir.

Kontrol grubuna ise 20 olgu alınırken 4 olgu çalışma dışı bırakılmıştır. Bu 4 olgudan 1’inde yapılan K-SADS sonucu psikotik bozukluk olması, 2’sinin ikinci ölçekleri doldurmaması diğer 1 olgunun ise verilen ölçekleri eksik doldurması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır.

3.6.Örneklem Grubu

SÇT olgu grubu: Alkol madde kullanım bozukluğu olan 14-18 yaş aralığında 30 ergen

Kontrol grubu: Alkol madde kullanım bozukluğu olan 14-18 yaş aralığında 16 ergen

SÇT Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 14-18 yaş grubunda olmak
2. DSM 5 tanı ölçütlerine göre madde bağımlılığı tanısı almış olmak
3. Çalışmayı engelleyecek düzeyde ağır psikopatolojiye sahip olmamak
4. Çalışmaya katılmakta gönüllü olmak
5. Hastalar ve ebeveynler tarafından onam formunun okunarak imzalanması
6. Zeka geriliğinin olmaması
7. Oturumlarda madde etkisi altında olmamak

Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Alınma Ölçütleri:

1. 14-18 yaş grubunda olmak
2. DSM 5 tanı ölçütlerine göre madde bağımlılığı tanısı almış olmak
3. Çalışmayı engelleyecek düzeyde ağır psikopatolojiye sahip olmamak
4. Çalışmaya katılmakta gönüllü olmak
5. Hastalar ve ebeveynler tarafından onam formunun okunarak imzalanması
6. Zeka geriliğinin olmaması

SÇT Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. 14 yaşından küçük, 18 yaşından büyük yaş grubunda olmak
2. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
3. Zeka geriliğinin olması
4. K-SADS'a göre eşlik eden çalışmayı engelleyecek düzeyde psikopatolojilerinin saptanması
5. Grup kurallarına uymamak
6. Çalışmadan çıkma isteği
7. Oturumlara madde etkisi altında gelmek
8. Çalışmayı engelleyecek düzeyde madde kullanımı
9. İki den fazla oturuma girmemiş olmak

Kontrol Grubu İçin Çalışmadan Dışlanma Ölçütleri:

1. 14 yaşından küçük, 18 yaşından büyük yaş grubunda olmak
2. Herhangi bir nedenle çalışmaya gönüllü olunmaması
3. Zeka geriliğinin olması
4. K-SADS' a göre eşlik eden çalışmayı engelleyecek düzeyde psikopatolojilerinin saptanması
5. Çalışmadan çıkma isteği
6. Çalışmayı engelleyecek düzeyde madde kullanımı

3.7. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.7.1. Sosyo-Demografik Veri Formu

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

3.7.2. 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. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm özgül psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı tarayıcı sorular ve

değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türk örnekleme için geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Kaufman ve ark. 1997, Gökler ve ark. 2004).

3.7.3. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck depresyon ölçeği (BDE) duygusal, bilişsel, somatik ve motivasyonel bileşenleri ölçmek amacıyla Beck tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. BDE araştırmalarda ve kliniklerde en sık kullanılan, kendi hakkında bilgi verme araçlarından biridir. Temel amacı depresyon belirtilerini kapsamlı bir biçimde değerlendirmek olsa da bilişsel içeriğin değerlendirilmesine de olanak sağlar. Ölçek 21 maddeden oluşmuş olup iki madde duygulara, on bir madde bilişlere, iki madde davranışlara, beş madde bedensel belirtilere, bir madde kişiler arası belirtilere ayrılmıştır. Depresyonun yoğunluğunu belirlemek için kullanılan BDÖ'nün Türk toplumu için geçerliliği ve güvenirliği yapılmıştır (Beck 1969, Hisli 1989).

3.7.4. Tedavi Motivasyon Anketi (TMA)

Alkol-Madde bağımlılık tedavisine katılma ve tedavide kalma nedenlerini ölçmek için düzenlenmiş 26 maddelik öz bildirime dayalı; soruların "Kesinlikle katılmıyorum"dan "Kesinlikle katılıyorum"a değişen şekilde cevaplandığı 5 noktalı Likert tipi bir ölçektir. Ryan ve ark. tarafından 1995 yılında geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenirliği Evren ve ark.

Tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Faktör analizi ölçeğin tanımlanabilir 4 faktör içerdiğini göstermiştir (Ryan ve ark. 1995, Evren 2006).

3.7.5. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (GGSSÇE)

Maydeu- Olivares ve D’Zurilla tarafından 1995-96 yıllarında geliştirilen ölçek daha sonra 2002 yılında tekrar gözden geçirilerek bu haliyle kullanılmaktadır. 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 (GGSSÇE) Eskin ve Aycan tarafından 2008 yılında Türkçe’ye çevrilerek geçerlilik –güvenilirliği yapılmıştır (D’Zurilla ve ark. 2002, Eskin 2008).

3.7.6. Bağımlılık Profil İndeksi Ergen (BAPİ-E)

BAPİ-E, Ögel K., Evren C, Karadağ F, Tamar D. 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 öz bildirime dayalı bir ölçektir(Ögel ve ark. 2012).

3.7.7. Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (KAYBÖ)

Çocukluk çağı kaygı bozukluklarını tarama amacıyla Birmaher ve ark. (1999) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çakmakçı (2004) tarafından yapılan Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (KAYBÖ) ebeveyn ve çocuk formu mevcuttur. Toplam 41 maddeden oluşan KAYBÖ’de 25 ve üzeri puanın kaygı bozukluğu için uyarı niteliği taşıdığı kabul edilmektedir. Ölçek içinde ayrıca somatik-panik, yaygın anksiyete, ayrılık anksiyetesi, sosyal anksiyete ve okul fobisi alt ölçekleri bulunmaktadır (Birmaher ve ark. 1999, Çakmakçı 2004).

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

Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği 1949 yılında Wechsler tarafından 5 ile 15 yaşları arasındaki çocukların zekalarını ölçmek amacı ile geliştirilmiştir. 1974 yılında yeniden düzenlenmiş (WISC-R) ve bu hali ile ölçeğin uygulanabildiği yaş grubu 6 ile 16 arasına çıkarılmıştır. WISC-R, Savaşır ve Şahin (1995) tarafından Türk kültürüne uyarlanmıştır. WISC-R birer yedekle birlikte 6 sözel (Genel Bilgi, Benzerlikler, Aritmetik, Yargılama, Sözcük Dağarcığı, Sayı Dizisi) ve 6 performans (Resim Tamamlama, Resim Düzenleme, Küplerle Desen, Parça birleştirme, Şifre, Labirentler) alt testinden oluşmaktadır (Wechsler 1974, Savaşır 1995).

3.7.9. Wechsler Yetişkinler için Zeka Ölçeği (WAIS)

Zekayı çok boyutlu değerlendirebilen 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. Bu on bir alt testin, 6'sı sözel becerileri, 5 tanesi ise performans becerileri içermektedir. WAIS' in değerlendirilmesi sonucu üç puan elde edilmektedir. Bu puanlar, Sözel Zeka puanı, Performans Zeka Puanı ve Toplam Zeka puanıdır. Ölçeğin Türk Formunun oluşturulması, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ise Epir ve İskit tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmış olmasına karşın Türkiye normları mevcut değildir (Wechsler 1974, Epir 1972).

3.8. Uygulama

3.8.1. SÇT Grubunun Oluşturulması

SÇT grubunu, Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (EGEBAM) polikliniğinde izlenen ya da ilk kez başvuran ve işleme kriterlerini karşılayan 30 olgu oluşturmuştur. Çalışmanın tanıtımı, gönüllülerin çalışmayla ilgili sorularının yanıtlanması ve gönüllü olur formunun imzalanması sonrasında çalışma başlamıştır. Bu 30 olguya ilk başvuruları sırasında çalışmanın yürütücüsü uzmanlık öğrencisi Dr. Ömer Kardaş tarafından sosyodemografik özellikleri değerlendiren ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları değerlendiren K-SADS-PL'nin uygulandığı klinik görüşme yapılmıştır. SÇT grubunda çalışmayı engelleyecek düzeyde psikopatolojiye rastlanmamıştır. Ardından Psk. Ebru Gürçay tarafından 16 yaş ve altı olgulara WISC-R, 16 yaş üzerindeki olgulara WAIS yapılarak olguların zeka düzeyleri belirlenmiştir. 2 olgu, mental retardasyon saptanması nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır. SÇT grubunu oluşturan 30 olgu, en az 5 en fazla 10 olgunun oluşturduğu gruplar şeklinde alınarak tamamlanmıştır.

3.8.2. Kontrol Grubunun Oluşturulması

Kontrol grubu Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (EGEBAM) polikliniğinde izlenen veya ilk kez başvuran 14-18 yaş arası madde bağımlılığı tanısı almış ve poliklinik izlemi sırasında SÇT önerilen ve bu çalışma grubunu kabul etmeyen ancak kontrol grubuna alınmayı kabul eden 16 olgudan oluşturulmuştur. Çalışmanın tanıtımı, gönüllülerin çalışmayla ilgili sorularının yanıtlanması ve gönüllü olur formunun imzalanması sonrasında çalışma başlamıştır. Bu 16 olguya ilk başvuruları sırasında çalışmanın yürütücüsü uzmanlık öğrencisi Dr. Ömer Kardaş tarafından sosyodemografik özellikleri değerlendiren ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukları değerlendiren K-SADS-PL'nin uygulandığı klinik görüşme yapılmıştır. 1 olgu psikotik bozukluk saptanması

nedeniyle çalışma dışında bırakılmıştır. Ardından Psk. Ebru Gürçay tarafından 16 yaş ve altı olgulara WISC-R, 16 yaş üzerindeki olgulara WAIS yapılarak olguların zeka düzeyleri belirlenmiştir. Kontrol grubunda zeka düzeyi nedeniyle çalışma dışı bırakılan olgu olmamıştır.

3.8.3. Çalışma Günlerindeki İşlemlerin Tanımlanması

3.8.3.1. SÇT grubuna uygulanacak işlemler

Daha önceki bölümde bahsedildiği gibi SÇT 8 oturumdan oluşmaktadır. Bizim çalışmamızda terapi oturumları, toplam 5 haftada bitirilecek şekilde planlanmış ve her oturum 45 dakika şeklinde uygulanmıştır. Olguların bu süre içinde kaç kez poliklinik kontrolüne geleceği olguyu izleyen hekim ve süpervizör öğretim üyesinin kararına bırakılmıştır.

Bu 5 hafta devam edecek olan 8 oturumun ayrıntıları aşağıda sıralanmıştır.

1.hafta: Tanışma, grup kurallarının anlatılması, ölçeklerin uygulanması ve SÇT' nin 1. basamağının uygulanması

İlk oturum: Sorun, şikayet ve çözüm nedir?

Bu oturumun amacı;

- Sorunun tanımı, sorun çeşitleri, sorun ve şikayet arasındaki farkları öğretmek,
- Çözüm ve çözümü uygulama kavramları hakkında bilgi vermek,
- Danışanlarla iyi bir ilişki kurmak,
- Danışanın ruhsal durumu ve davranışsal özelliklerini ele almak,
- Danışanın terapi mantığı ve uygulanacak işlemler hakkında bilgilendirilmektir.

2.hafta:

İkinci oturum : Soruna yönelim ve sorun çözme tarzı nedir?

Bu oturumun amacı;

- Sorunlara olumlu ve olumsuz yönelimin sonuçları hakkında bilgi vermek,
- Sorunun fark edilmesinin sorun çözme terapisindeki önemi üzerinde durmak,
- Sorunlara olumlu bakış açısı geliştirilmesi hakkında bilgi vermek,
- Sorunların yaşamın vazgeçilmez unsurları olduğunu gösterebilmek,
- Sorunların çözülebilir olduğunu düşünebilme konusunda farkındalık yaratmak,
- Sorunlardan kaçmamak,
- Sorunların çözümünde dur ve düşün tekniğini öğretmektir

Üçüncü oturum : Sorunların tanımlanması

Bu oturumun amacı;

- Duygusal belirtilerin tanınması,
- Sorunun formüle edilmesi,
- Duygusal belirtiler ve sorunlar arasında bağ kurulması,
- Sorunların belirlenmesidir.

3.hafta:

Dördüncü oturum: Hedeflerin belirlenmesi

Bu oturumun amacı;

- Hedefin tanımının yapılması ve sorun çözmede işlevi hakkında bilgi verilmesi
- Hedef türünün belirlenmesi (sorun odaklı ya da duygu odaklı hedefler)

- Hedef belirlenirken kullanılacak kaynakların belirlenmesidir. (kişisel kaynaklar, maddi kaynaklar, yardım grupları gibi)

Beşinci oturum : Çözüm seçeneklerinin oluşturulması

Bu oturumun amacı;

- Olası çözüm seçeneklerinin üretilmesi,
- Bu seçeneklerin üretilmesinde kullanılacak yöntemler üzerinde durulmasıdır. (beyin fırtınası, yeniden çerçeveleme, arkadaşta tavsiye yöntemi gibi)

4.hafta:

Altıncı oturum: Uygun bir çözüm seçeneğini seçme

Bu oturumun amacı;

- Uygun çözüm seçeneğinin özelliklerinin belirlenmesi,
- Daha önce listenen çözüm seçenekleri arasında uygun olanın seçilmesidir.

Yedinci oturum : Seçilen çözüm seçeneğini uygulama

Bu oturumun amacı;

- Danışanın kaygılarının değerlendirilmesi ve ele alınması,
- Danışanın uygulama konusunda hazır olup olmadığının belirlenmesi,
- Çözüm yöntemlerinin olumlu ve olumsuz sonuçlarının listelenmesi

5.hafta: SÇT’ nin 8. basamağının ve ölçeklerin uygulanması

Sekizinci oturum : Uygulamanın değerlendirilmesi

Bu oturumun amacı;

- Uygulamanın nasıl gittiği ve ilgili sorunların belirlenerek değerlendirilmesi,
- Belirlenen çözüm seçeneğinin, sorunun çözümünde başarılı olup olmadığının belirlenmesi,
- Tedavinin genel olarak değerlendirilmesidir

3.8.3.2. Kontrol Grubuna Uygulanacak İşlemler

İçleme kriterlerini karşılayan, sosyodemografik bilgilerin ve K-SADS PL ‘nin uygulandığı kontrol grubuna 1. ölçeklerin verilmesinin ardından 5 hafta sonra 2. kez ölçekler uygulanmıştır.

Olguların bu süre içinde kaç kez poliklinik kontrolüne geleceği olguyu izleyen hekim ve süpervizör öğretim üyesinin kararına bırakılmıştır.

3.9. İstatistiksel Değerlendirme

BDE, KAYBÖ, GSSÇE, BAPİ, K-SADS PL, TMA, WISC-R, WAIS ve sosyodemografik veri formu aracılığıyla toplanan veriler SPSS (The Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Olgu ve kontrol grubu verileri aşağıda verilen istatistik yöntemler kullanılarak karşılaştırılmıştır.

Araştırmada kullanılan test ve yöntemler şunlardır;

- Numerik değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro-wilk ve Kolmogorov-Smirnov
- Olgu ve kontrol grubuna ait sosyodemografik ve klinik bazı kategorik değişkenler için Ki-kare
- Sayısal değişkenlerden normal dağılım gösteren iki grup arasındaki ortalama karşılaştırılmasında Bağımsız örneklem T testi
- Ölçeklerin tekralı uygulanmalarında gruplar arası fark olup olmadığını değerlendirmede, tekrarlayan ölçümlerde varyans analizi (Two Way ANOVA)
- Normal dağılıma uygun olmayan test ve alt testlerin değerlendirilmesi için Mann Whitney U ve Wilcoxon W
- Grup içi ordinal verilerin değişimlerini değerlendirmek için McNemar testi yapılmıştır. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ olan değerler anlamlı kabul edilmiş, bulgularda anlamlılığının düzeyini belirtmek için p değeri doğrudan yazılmıştır.

4. BULGULAR

4.1.SÇT ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikler Açısından Karşılaştırılması

4.1.1. Cinsiyet

Örneklem grubunun %45.7'si (n=21) kız, %54.3'ü (n=25) erkek gönüllüden oluşmaktadır. SÇT grubunun % 53,3'ü (n=16) kız, % 46,7'si (n=14) erkek olgudan oluşmaktadır. Kontrol grubunun %31,2'si (n=5) kız, %68,8'i (n=11) erkek olgudan oluşmaktadır. SÇT ve kontrol grubu cinsiyet açısından benzerdir (p=0,152).

Tablo 1: SÇT ve Kontrol grubunun cinsiyet açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol			
Cinsiyet	f	%	f	%	X ²	P
Kız	16	53,3	5	31,2	2,051 ^a	0,152
Erkek	14	46,7	11	68,8		

Ki-kare testi, p<0,05

4.1.2. Yaş

SÇT grubunun yaş ortalaması $16,2 \pm 0,92$, kontrol grubunun yaş ortalaması ise $16,5 \pm 0,62$ olarak bulunmuştur. Örneklem grubunun yaş ortalaması $16,3 \pm 0,84$ ' tür. Olgu ve kontrol grubu yaş grupları açısından benzerdir (p=0,124).

Tablo2: SÇT ve kontrol grubunun yaş açısından karşılaştırılması

				t	P
Yaş	Ort	±SS	N	-1,571	0,124
SÇT	16,2	0,92	30		
Kontrol	16,5	0,62	16		

Bağımsız örneklem T testi, p<0,05

4.1.3.Eğitim Düzeyi

Örneklemin eğitim durumu değerlendirildiğinde, %47,8'i (n=22) örgün eğitime devam etmekte, %17,4'ü (n=8) açık liseye gitmekte, %34,8'i (n=16) eğitime devam etmemektedir. SÇT grubuna bakıldığında bu grubun %53,3'ü (n=16) örgün eğitime devam etmekte, %13,3'ü (n=4) açık liseye gitmekte, %33,3'ü (n=10) ise eğitime devam etmemektedir. Kontrol grubuna bakıldığında olguların %37,5'i (n=6) örgün eğitime devam etmekte, %25'i (n=4) açık liseye gitmekte, %37,5'i (n=6) ise eğitime devam etmemektedir. SÇT ve kontrol grubu okula eğitim durumları açısından benzerdir (p=0,493).

Tablo3: SÇT ve kontrol grubunun eğitim durumları açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
Eğitim	f	%	f	%	1,416 ^a	0,493
Örgün eğitim var	16	53,3	6	37,5		
Örgün eğitim yok	10	33,3	4	25		
Açık lise	4	13,3	6	37,5		

Ki-kare testi, p<0,05

4.1.4.Okul Türü

Okul türü açısından örnekleme bakıldığında, %76,2'sinin (n=32) meslek lisesine, %11,9'unun (n=5) anadolu lisesine, %9,5'inin (n=4) düz liseye, %2,4'ünün (n=1) özel liseye gittiği görülmüştür. Okul türünün gruplar arasındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %85,2'si (n=23) meslek lisesine, %7,4'ü (n=2) anadolu lisesine, %7,4'ü (n=2) düz liseye gittiği görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında, bu grubun %60'ı (n=9) meslek lisesine, %20'si (n=3) anadolu lisesine, %13,3'ü (n=2) düz liseye, %6,7'si (n=1) özel liseye gittiği görülmüştür. Okul türleri açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,236).

Tablo 4: SÇT ve kontrol grubunun okul türü açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
Okul türü	f	%	f	%	4,243 ^a	0,236
Meslek lisesi	23	85,2	9	60		
Diğer	7	14,8	7	40		

Ki-kare testi, p<0,05

4.1.5. Sosyoekonomik Durum (SED)

Örneklem grubunun sosyoekonomik durumunu değerlendirmek amacıyla olgulara aylık gelir düzeyleri sorulmuştur. 2000 TL'ye kadar olan aylık gelirler düşük, 2000-4000 TL arası orta, 4000 TL üzeri yüksek sosyoekonomik düzey olarak sınıflandırılmıştır. Sosyoekonomik düzey dağılımı açısından örneklem grubu değerlendirildiğinde, %37'sinin (n=17) düşük, %41,3'ünün (n=19) orta, %21,7'sinin (n=10) yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik düzey dağılımı açısından SÇT grubuna bakıldığında, %36,7'si (n=11) düşük, %40 'ı (n=12) orta, %23,3'ü (n=7) yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğu görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında % 37,5'i (n=6) düşük, %43,8'i (n=7) orta, %18,8'i (n=3) yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğu görülmüştür. Sosyoekonomik düzeyler açısından gruplar birbirine benzer bulunmuştur (p=0,933).

Tablo5: SÇT ve kontrol grubunun sosyoekonomik düzey açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
SED	f	%	f	%	0,138 ^a	0,933
Düşük	11	36,7	6	37,5		
Orta	12	40	7	43,8		
Yüksek	7	23,3	3	18,8		

Ki-kare testi, p<0,05

4.1.6. Çalışma Durumu

Örneklemin meslek yaşantısına bakıldığında %19,6'sının (n=9) düzenli bir işte çalıştığı, %58,7'sinin (n=27) geçici bir işte çalıştığı, %21,7'sinin (n=10) ise herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür. Meslek yaşantılarının gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %13,3'ünün (n=4) düzenli bir işte çalıştığı, %70'inin (n=21) geçici bir işte çalıştığı, %16,7'sinin (n=5) ise herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında olguların %31,2'sinin (n=5) düzenli bir işte çalıştığı, %37,5'inin (n=6) geçici bir işte çalıştığı, %31,2'sinin (n=5) ise herhangi bir işte çalışmadığı görülmüştür. Çalışma durumları açısından gruplar birbirine benzer bulunmuştur (p=0,100)

Tablo6: SÇT ve kontrol gruplarının çalışma durumları açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
Çalışma durumu	f	%	f	%	4,611 ^a	0,100
Düzenli iş	4	13,3	5	31,2		
Geçici iş	21	70	6	37,5		
Çalışmıyor	5	16,7	5	31,2		

Ki-kare testi, p<0,05

4.1.7. Denetimli Serbestlik Durumu (DSD)

Olguların dışsal motivasyonlarının ortadan kaldırılması amacıyla çalışma döneminde denetimli serbestlik kapsamında olan olgular çalışmaya alınmamıştır. Ancak olguların oturumlar öncesinde ve sonrasındaki denetimli serbestlik durumları kaydedilmiştir. DSD açısından örnekleme bakıldığında, % 21,7'sinin (n=10) oturumlardan önce, %6,5'inin (n=3) oturumlardan sonra denetimli serbestlik kapsamında başvurularının olduğu %71,7'sinin (n=33) ise böyle bir başvuruda bulunmadıkları görülmüştür. SÇT grubuna bakıldığında, olguların %26,7'sinin (n=8) oturumlardan önce, %6,2'sinin (n=2) oturumlardan sonra denetimli

serbestlik kapsamında başvurularının olduğu, %66,7'sinin (n=20) ise böyle bir başvurularının olmadığı görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında, olguların %12,5'inin (n=2) oturumlardan önce, %6,2'sinin (n=1) oturumlardan sonra denetimli serbestlik kapsamında başvurularının olduğu, %81,2'sinin (n=13) ise böyle bir başvurularının olmadığı görülmüştür. Denetimli serbestlik durumları açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,528).

Tablo7: SÇT ve kontrol grubunun denetimli serbestlik durumları açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
DSD	f	%	f	%	1,275 ^a	0,528
Oturumlardan önce var	8	26,7	2	12,5		
Oturumlardan sonra var	2	6,2	1	6,2		
Hiç yok	20	66,7	13	81,2		

Ki-kare testi, p<0,05

4.2.SÇT ve Kontrol Grubunun Madde Kullanım Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

4.2.1. Sigara

Örneklem grubunun sigara kullanıp kullanmadığına bakıldığında, %91,3'ünün (n=42) sigara kullandığı, %2,2'sinin (n=1) hiç sigara kullanmadığı, %6,5'inin (n=3) ise sigarayı bıraktığı görülmüştür. Sigara kullanım durumunun gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun % 90'ının (n=27) sigara kullandığı, %3,3 'ünün (n=1) hiç sigara kullanmadığı, % 6,7'sinin (n=2) sigarayı bıraktığı görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında %93,8'inin (n=15) sigara kullandığı, %6,2'sinin (n=1) sigarayı bıraktığı görülmüştür. Sigara kullanım durumları açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,759).

Tablo8: SÇT ve kontrol grubunun sigara kullanım durumları açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
Sigara	f	%	f	%	0,552 ^a	0,759
Kullanıyor	27	90	15	93,8		
Bırakmış	2	6,7	1	6,2		
Kullanmıyor	1	3,3	0	0		

Ki-kare testi, p<0,05

4.2.2. Sigaraya Başlama Yaşı

Örneklem grubunun (n=45) sigaraya başlama yaşı ortalaması 12,3±1,81 bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşı açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun (n=29) yaş ortalaması 12,4±1,9, kontrol grubunun (n=16) yaş ortalaması 12,1±1,6 olarak bulunmuştur. Sigaraya başlama yaşı açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,532).

Tablo9: SÇT ve kontrol grubunun sigaraya başlama yaşı açısından karşılaştırılması

	SÇT			Kontrol			t	P
	Ort	±SS	N	Ort	±SS	N		
Sigaraya başlama yaşı	12,4	1,9	29	12,1	1,6	16	0,630	0,532

Bağımsız örneklem T- testi, p<0,05

4.2.3. Sigara Kullanım Miktarı

Örneklem grubunun sigara kullanım miktarına bakıldığında, %59,5'inin (n=25) günde 20 adet sigara içtiği, %2,4'ünün (n=1) günde 20 adetten fazla sigara içtiği, %19'unun (n=8) günde 10-20 adet sigara içtiği, %16,7'sinin (n=7) günde 10 adetten daha az sigara içtiği, % 2,4'ünün (n=1) her gün sigara içmediği görülmüştür. Sigara kullanım miktarları açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun % 59,3'ünün (n=16) günde 20 adet sigara içtiği, % 18,5'inin (n=5)

günde 10-20 adet sigara içtiği, %22,2'sinin (n=6) günde 10 adetten daha az sigara içtiği görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında olguların % 60'ının (n=9) günde 20 adet sigara içtiği, 6,7'sinin (n=1) günde 20 adetten fazla sigara içtiği, %20'sinin (n=3) günde 10-20 adet sigara içtiği, %6,7'sinin (n=1) günde 10 adetten daha az sigara içtiği, %6,7'sinin (n=1) ise her gün sigara içmediği görülmüştür. Sigara kullanım miktarları açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,286).

Tablo10: SÇT ve kontrol grubunun sigara kullanım miktarları açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
Sigara kullanım miktarı	f	%	f	%	5,012 ^a	0,286
20 adet/gün	16	59,3	9	60		
>20 adet/gün	0	0	1	6,7		
10-20 adet/gün	5	18,5	3	20		
<10 adet/gün	6	22,2	1	6,7		
Her gün içmiyor	0	0	1	6,7		

Ki-kare testi, p<0,05

4.2.4. Alkol ve Madde Kullanım Durumları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Örneklem grubuna alkol kullanım durumu açısından bakıldığında, % 93,5'inin (n=43) alkol kullandığı, %6,5'inin (n=3) alkol kullanmadığı görülmüştür. Alkol kullanım durumu açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun %93,3'ünün (n=28) alkol kullandığı, %6,7'sinin (n=2) ise alkol kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında, bu grubun %93,8'inin (n=15) alkol kullandığı, %6,2'sinin (n=1) alkol kullanmadığı görülmüştür. Alkol kullanım durumları açısından gruplar birbirine benzerdir (p=1,000).

Örneklem grubuna esrar kullanım durumu açısından bakıldığında, %93,5'inin (n=43) esrar kullandığı, %6,5'inin (n=3) esrar kullanmadığı görülmüştür. Esrar kullanım durumunun gruplar

arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %96,7'sinin (n=29) esrar kullandığı, %3,3'ünün esrar kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında, olguların %87,5'inin (n=14) esrar kullandığı, % 12,5'inin (n=2) ise esrar kullanmadığı görülmüştür. Esrar kullanım durumları açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,274).

Ekstazi kullanımı açısından örneklem grubuna bakıldığında, %69,6'sının (n=32) ekstazi kullandığı, %30,4'ünün (n=14) ekstazi kullanmadığı görülmüştür. Ekstazi kullanım durumunun gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun % 63,3'ünün (n= 19) ekstazi kullandığı, % 36,7'sinin (n=11) ekstazi kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubunun ise % 81,2'sinin (n=13) ekstazi kullandığı, %18,8'inin (n=3) ise ekstazi kullanmadığı görülmüştür. Ekstazi kullanım durumları açısından gruplar birbiriyle benzer bulunmuştur (p=0,316).

Sentetik esrar kullanım durumları açısından örneklem grubuna bakıldığında, %69,6'sının (n=32) sentetik esrar kullandığı, %30,4'ünün (n=14) sentetik esrar kullanmadığı görülmüştür. Bu maddenin kullanım durumunun gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun % 73,3'ünün (n= 22) sentetik esrar kullandığı, %26,7'sinin (n=8) bu maddeyi kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında, olguların %62,5'inin (n=10) sentetik esrar kullandığı, % 37,5'inin (n=6) bu maddeyi kullanmadığı görülmüştür. Sentetik esrar kullanım durumları açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,512).

Uçucu madde kullanım durumları açısından örneklem grubuna bakıldığında, %45,7'sinin (n=21) uçucu madde kullandığı, %54,3'ünün (n=25) uçucu madde kullanmadığı görülmüştür. Uçucu madde kullanım durumunun gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %36,7'sinin (n=11) uçucu madde kullandığı, %63,3'ünün (n=19) uçucu madde kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubunun %62,5'inin (n=10) uçucu madde kullandığı, %37,5'inin (n=6) uçucu madde kullanmadığı görülmüştür. Uçucu madde kullanım durumları açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,094).

Benzodiazepin kullanım durumları açısından örneklem grubuna bakıldığında, %23,9'unun (n=11) benzodiazepin kullandığı, %76,1'inin (n=35) benzodiazepin kullanmadığı görülmüştür. Benzodiazepin kullanım durumunun gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %23,3'ünün (n=7) benzodiazepin kullandığı, %76,7'sinin (n=23) benzodiazepin kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubuna bakıldığında bu grubun %25'inin (n=4) benzodiazepin kullandığı, %75'inin (n=12) benzodiazepin kullanmadığı görülmüştür. Benzodiazepin kullanım durumları bakımından gruplar birbirine benzerdir (p=1,000).

Eroin kullanım durumu açısından örneklem grubuna bakıldığında %8,7'sinin (n=4) eroin kullandığı, %91,3'ünün (n=42) eroin kullanmadığı görülmüştür. Eroin kullanım durumunun gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %6,7'sinin (n=2) eroin kullandığı, %93,3'ünün (n=28) eroin kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubunda ise olguların %12,5'inin (n=2) eroin kullandığı, %87,5'inin (n=14) eroin kullanmadığı görülmüştür. Eroin kullanım durumları açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,602).

Tablo11: SÇT ve kontrol grubunun alkol ve madde kullanım durumları açısından karşılaştırılması

	SÇT				Kontrol				X ²	P
	Var		Yok		Var		Yok			
Kullanım durumu	f	%	f	%	f	%	f	%		
Alkol	28	93,3	2	6,7	15	93,8	1	6,2	0,003 ^a	1,000
Esrar	29	96,7	1	3,3	14	87,5	2	12,5	1,438 ^a	0,274
Ekstazi	19	63,3	11	36,7	13	81,2	3	18,8	1,582 ^a	0,316
Sentetik	22	73,3	8	26,7	10	62,5	6	37,5	0,578 ^a	0,512
Uçucu	11	36,7	19	63,3	10	62,5	6	37,5	2,807 ^a	0,095
Benzodiazepin	7	23,3	23	76,7	4	25	12	75	0,016 ^a	1,000
Eroin	2	6,7	28	93,3	2	12,5	14	87,5	0,447 ^a	0,602

Ki-kare testi, p<0,05

4.2.5. Alkol ve Maddeye Başlama Yaşları Açısından Grupların Karşılaştırılması

Örneklem grubunun (n=43) alkole başlama yaşı ortalaması 13,4±1,4 bulunmuştur. Alkole başlama yaşı açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun (n=28) yaş ortalaması 13,4±1,2, kontrol grubunun (n=15) yaş ortalaması 13,3±1,9 olarak bulunmuştur. Alkole başlama yaşı açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,818).

Örneklem grubunun (n=43) esrara başlama yaşı ortalaması 13,8±1,3 bulunmuştur. Esrara başlama yaşı açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun (n=29) yaş ortalaması 13,9±1,3, kontrol grubunun (n=14) yaş ortalaması 13,6±1,3 olarak bulunmuştur. Esrara başlama yaşı açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,527).

Örneklem grubunun (n=32) ekstaziye başlama yaşı ortalaması 14,5±1,1 bulunmuştur. Ekstaziye başlama yaşı açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun (n=19) yaş ortalaması 14,4±1,1,

kontrol grubunun (n=13) yaş ortalaması $14,6\pm1,1$ olarak bulunmuştur. Ekstaziye başlama yaşı açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,609$).

Örneklem grubunun (n=32) sentetik esrara başlama yaşı ortalaması $15\pm1,1$ bulunmuştur. Sentetik esrara başlama yaşı açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun (n=22) yaş ortalaması $15\pm1,3$, kontrol grubunun (n=10) yaş ortalaması $15,2\pm0,6$ olarak bulunmuştur. Sentetik esrara başlama yaşı açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,667$).

Örneklem grubunun (n=21) uçucu maddeye başlama yaşı ortalaması $14,6\pm1,2$ bulunmuştur. Uçucu maddeye başlama yaşı açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun (n=11) yaş ortalaması $14,8\pm1,1$, kontrol grubunun (n=10) yaş ortalaması $14,4\pm1,2$ olarak bulunmuştur. Uçucu maddeye başlama yaşı açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,440$).

Örneklem grubunun (n=11) benzodiazepin (BDZ) türevlerine başlama yaşı ortalaması $14,9\pm1$ bulunmuştur. Benzodiazepin türevlerine başlama yaşı açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun (n=7) yaş ortalaması 15 ± 1 , kontrol grubunun (n=4) yaş ortalaması $14,7\pm1,2$ olarak bulunmuştur. Benzodiazepin türevlerine başlama yaşı açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,724$).

Tablo12: SÇT ve kontrol grubunun alkol ve maddeye başlama yaşı açısından karşılaştırılması

	SÇT			Kontrol			t	P
Başlama yaşı	Ort	±SS	N	Ort	±SS	N		
Alkol	13,4	1,2	28	13,3	1,9	15	0,233	0,818
Esrar	13,9	1,3	29	13,6	1,3	14	0,638	0,527
Ekstazi	14,4	1,1	19	14,6	1,1	13	-0,516	0,609
Sentetik esrar	15	1,3	22	15,2	0,6	10	-0,435	0,667
Uçucu madde	14,8	1,1	11	14,4	1,2	10	0,788	0,440
BDZ	15	1,0	7	14,7	1,2	4	0,365	0,724

Bağımsız örneklem T- testi, $p < 0,05$

4.2.6. Alkol ve Madde Kullanım Sıklığı Açısından Grupların Karşılaştırılması

Alkol kullanım sıklığı açısından örnekleme bakıldığında, %4,7'sinin (n=2) her gün, %20,9'unun (n=9) haftada 2-5 defa, %9,3'ünün (n=4) haftada 1 defa, %4,7'sinin (n=2) iki haftada 1 defa, %23,3'ünün (n=10) ayda 1 defa alkol kullandığı, %20,9'unun (n=9) deneme şeklinde alkol kullandığı, %16,3'ünün (n=7) ise sosyal içici olduğu görülmüştür. Alkol kullanım sıklığının gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %3,6'sının (n=1) her gün, %14,3'ünün (n=4) haftada 2-5 defa, %7,1'inin (n=2) haftada 1 defa, %7,1'inin (n=2) iki haftada 1 defa, %25'inin (n=7) ayda 1 defa alkol kullandığı, %21,4'ünün (n=6) deneme şeklinde alkol kullandığı, %21,4'ünün (n=6) sosyal içici olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun %6,7'sinin (n=1) her gün, %20,9'unun (n=9) haftada 2-5 defa, %13,3'ünün (n=2) haftada 1 defa, %20'sinin (n=3) ayda 1 defa alkol kullandığı, %20'sinin (n=3) deneme şeklinde alkol kullandığı, %6,7'sinin (n=1) sosyal içici olduğu görülmüştür. Alkol kullanım sıklıkları açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,571$).

Esrar kullanım sıklığı açısından örnekleme bakıldığında, % 25,6'sının (n=11) her gün, %34,9'unun (n=15) haftada 2-5 defa, %7'sinin (n=3) haftada 1 defa, %4,7'sinin (n=2) iki haftada 1 defa, %4,7'sinin (n=2) ayda 1 defa, %4,7'sinin (n=2) ayda 1 den az esrar kullandığı, %18,6'sının (n=8) deneme şeklinde esrar kullandığı görülmüştür. Esrar kullanım sıklığının gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun % 20,7'sinin (n=6) her gün, 41,4'ünün (n=12) haftada 2-5 defa, %3,4'ünün (n=1) haftada 1 defa, %6,9'unun (n=2) ayda 1 defa, %3,4'ünün (n=1) ayda 1 den az esrar kullandığı, %24,1'inin (n=7) deneme şeklinde esrar kullandığı görülmüştür. Kontrol grubunun % 35,7'sinin (n=5) her gün, %21,4'ünün (n=3) haftada 2-5 defa, %14,3'ünün (n=2) haftada 1 defa, %14,3'ünün (n=2) iki haftada 1 defa, %7,1'inin (n=1) ayda 1 den az esrar kullandığı, %7,1'inin (n=1) deneme şeklinde esrar kullandığı görülmüştür. Esrar kullanım sıklıkları açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,111$).

Alkol, esrar ve diğer maddelerin kullanım sıklıkları ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo- 13 de verilmiştir.

Tablo13: SÇT ve kontrol grubunun madde kullanım sıklıkları yönünden karşılaştırılması

	Her gün				2-5/hf				1/hf				1/2hf				1/ay				<1/ay				Deneme				X ²	P
	O		K		O		K		O		K		O		K		O		K		O		K		O		K			
Sıklık	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Alkol	1	3,6	1	6,7	4	14,3	5	33,3	2	7,1	2	13,3	2	7,1	0	0	7	25	3	20	0	0	0	0	6	21,4	3	20	4,79 ^a	0,571
Esrar	6	20,7	5	35,7	12	41,4	3	21,4	1	3,4	2	14,3	0	0	2	14,3	2	6,9	0	0	1	3,4	1	7,1	7	24,1	1	7,1	10,3 ^a	0,111
Ektazi	1	5,3	2	15,4	2	10,5	3	23,1	3	15,8	0	0	1	5,3	4	30,8	2	10,5	1	7,7	2	10,5	1	7,7	8	42,1	2	15,4	8,78 ^a	0,186
Sentetik	3	13,6	4	40	7	31,8	0	0	1	4,5	1	10,0	2	9,1	1	10	2	9,1	1	10	0	0	0	0	7	31,8	3	30	5,71 ^a	0,335
BDZ	1	14,3	0	0	0	0	2	50	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25	1	14,3	0	0	5	71,4	1	25,0	7,39 ^a	0,116
Uçucu	0	0	2	20	0	0	1	10	1	9,1	2	20	0	0	0	0	1	9,1	1	10	0	0	0	0	9	81,8	4	40	5,22 ^a	0,265

Ki-kare testi, p<0,05

O:Olgu, K:Kontrol

4.3.SÇT ve Kontrol Grubunun Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar, Psikotrop İlaç kullanımı ve Zeka Düzeyleri Yönünden Açısından Karşılaştırılması

4.3.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Örneklem grubuna eşlik eden psikiyatrik tanılardan DEHB açısından bakıldığında, % 82,6'sının (n=38) bu tanıyı karşıladığı, %17,4'ünün (n=8) ise karşılamadığı görülmüştür. DEHB tanısının gruplar arasındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %76,7'sinin (n=23) bu tanıyı karşıladığı, %23,3'ünün (n=7) ise karşılamadığı görülmüştür. Kontrol grubunun %93,8'inin (n=15) bu tanıyı karşıladığı, %6,2'sinin (n=1) ise karşılamadığı görülmüştür. DEHB komorbiditesi açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,230$).

4.3.2. Davranım Bozukluğu (DB)

Örneklem grubuna eşlik eden psikiyatrik tanılardan DB açısından bakıldığında, % 30,4'ünün (n=14) bu tanıyı karşıladığı, %69,6'sının (n=32) ise karşılamadığı görülmüştür. DB tanısının gruplar arasındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %40'ının (n=12) bu tanıyı karşıladığı, %60'ının (n=18) ise karşılamadığı görülmüştür. Kontrol grubunun %12,5'inin (n=2) bu tanıyı karşıladığı, %87,5'inin (n=14) ise karşılamadığı görülmüştür. DB komorbiditesi açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,092$).

4.3.3.Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKB)

Örneklem grubuna eşlik eden psikiyatrik tanılardan KOKB açısından bakıldığında, % 63'ünün (n=29) bu tanıyı karşıladığı, %37'sinin (n=17) ise karşılamadığı görülmüştür. KOKB tanısının gruplar arasındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %70'nin (n=21) bu tanıyı karşıladığı, %30'unun (n=9) ise karşılamadığı görülmüştür. Kontrol grubunun %50'sinin (n=8) bu tanıyı karşıladığı, %50'sinin (n=8) ise karşılamadığı görülmüştür. KOKB komorbiditesi açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,181$).

4.3.4. Depresif Bozukluk

Örneklem grubuna eşlik eden psikiyatrik tanılardan Depresif Bozukluk açısından bakıldığında, % 41,3'ünün (n=19) bu tanıyı karşıladığı, %58,7'sinin (n=27) ise karşılamadığı görülmüştür. Depresif Bozukluk tanısının gruplar arasındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %40'ının (n=12) bu tanıyı karşıladığı, %60'ının (n=18) ise karşılamadığı görülmüştür. Kontrol grubunun %43,8'inin (n=7) bu tanıyı karşıladığı, %56,2'sinin (n=9) ise karşılamadığı görülmüştür. Depresif Bozukluk komorbiditesi açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,806).

4.3.5. Anksiyete Bozukluğu

Örneklem grubuna eşlik eden psikiyatrik tanılardan Anksiyete Bozukluğu açısından bakıldığında, % 28,3'ünün (n=13) bu tanıyı karşıladığı, %71,7'sinin (n=33) ise karşılamadığı görülmüştür. Anksiyete Bozukluğu tanısının gruplar arasındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %26,7'sinin (n=8) bu tanıyı karşıladığı, %73,3'ünün (n=22) ise karşılamadığı görülmüştür. Kontrol grubunun %31,2'sinin (n=5) bu tanıyı karşıladığı, %68,8'inin (n=11) ise karşılamadığı görülmüştür. Anksiyete Bozukluğu komorbiditesi açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,744).

4.3.6. Tanı Almayan Grup

Örneklem grubuna AMKB' ye ek olarak herhangi bir psikiyatrik tanı almayanlar açısından bakıldığında % 6,5'inin (n=3) tanı almadığı, %93,5'inin (n=43) ise en az bir psikiyatrik komorbiditeye sahip olduğu görülmüştür. Tanı almayan olguların gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %6,7'sinin (n=2) tanı almadığı, %93,3'ünün (n=28) ise en az bir psikiyatrik komorbiditeye sahip olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun %6,2'sinin (n=1) tanı almadığı, % 93,8'inin (n=15) ise en az bir psikiyatrik komorbiditeye sahip olduğu görülmüştür. Tanı almayan olguların sıklığı açısından gruplar birbirine benzerdir (p=1,000).

Tablo14: SÇT ve kontrol grubunun psikiyatrik komorbiditeler açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
Psikiyatrik Komorbidite	f	%	f	%		
DEHB	23	76,7	15	93,8	2,12 ^a	0,230
DB	12	40	2	12,5	3,72 ^a	0,092
KOKB	21	70	8	50	1,79 ^a	0,181
Depresif Bozukluk	12	40	7	43,8	0,061 ^a	0,806
Anksiyete Bozukluğu	8	26,7	5	31,2	0,108 ^a	0,744
Tam Yok	2	6,7	1	6,2	0,003 ^a	1,000

Ki-kare testi, p<0,05

4.3.7. Zeka Düzeyleri

Örneklem grubuna zeka düzeyleri açısından bakıldığında, %2,2'sinin (n=1) sınır, %10,9'unun (n=5) donuk normal, % 78,3'ünün (n=36) normal, % 8,7'sinin (n=4) ise parlak zeka düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Zeka düzeylerinin gruplar arasındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun % 13,3'ünün (n=4) donuk normal, %80'inin (n=24) normal, %6.7'sinin (n=2) parlak zeka düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun % 6,3'ünün (n=1) sınır, %6,3'ünün (n=1) donuk normal, %75'inin (n=12) normal, %12,5'inin (n=2) parlak zeka düzeyine sahip olduğu görülmüştür. Zeka düzeylerinin dağılımı açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,424).

Tablo15: SÇT ve kontrol grubunun zeka düzeyleri açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
Zeka Düzeyi	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	2,798 ^a	0,424
Sınır	0	0	1	6,3		
Donuk Normal	4	13,3	1	6,3		
Normal	24	80	12	75		
Parlak	2	6,7	2	12,5		

Ki-kare testi, p<0,05

4.3.8. Psikotrop İlaç Kullanımı

SÇT ve kontrol grubuna psikotrop ilaç kullanımı açısından bakıldığında, SÇT grubunun %40'ının (n=18) ilaç kullandığı, %60'ının (n=12) ilaç kullanmadığı görülmektedir. Kontrol grubunun %87,5'inin (n=14) ilaç kullandığı, %12,5'inin ise ilaç kullanmadığı görülmektedir. Psikiyatrik ilaç kullanımı açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,054).

Tablo16:SÇT ve kontrol grubunun psikotrop ilaç kullanımı açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
Psikotrop İlaç	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	3,727 ^a	0,054
var	12	40	14	87,5		
yok	18	60	2	12,5		

Ki-kare testi, p<0,05

4.4. SÇT ve Kontrol Grubunun Aile Özellikleri Açısından Karşılaştırılması

4.4.1. Anne-Baba Yaşı

Örneklem grubunun (n=46) anne yaşı ortalaması $42,2 \pm 6,02$, baba yaşı (n=41) ortalaması $48,1 \pm 6,63$ bulunmuştur. Anne ve baba yaşı ortalamalarının gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun (n=30) anne yaşı ortalaması $42,5 \pm 6,2$, baba yaşı (n=25) ortalaması $48,3 \pm 7,6$ bulunmuştur. Kontrol grubunun (n=16) anne yaşı ortalaması $41,5 \pm 5,7$, baba yaşı (n=16) ortalaması $47,7 \pm 4,7$ olarak bulunmuştur. Anne ve baba yaşı ortalamaları açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,596$), ($p=0,756$).

Tablo17:SÇT ve kontrol grubunun anne-baba yaşları açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		t	P
Yaş	Mean	SD	Mean	SD		
Anne	42,5	6,2	41,5	5,7	0,534	0,596
Baba	48,3	7,6	47,7	4,7	0,313	0,756

Bağımsız örneklem T- testi, $p<0,05$

4.4.2. Anne ve Baba Mesleği

Örneklem grubuna anne mesleği açısından bakıldığında % 4,3'ünün (n=2) memur, %10,9'unun (n=5) emekli olduğu, %32,6'sının (n=15) özel sektörde çalıştığı, %52,2'sinin (n=24) ise çalışmadığı görülmüştür. Anne mesleğinin gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun % 3,3'ünün (n=1) memur, %10'unun (n=3) emekli olduğu, %40'ının (n=12) özel sektörde çalıştığı, %46,7'sinin (n=14) ise çalışmadığı görülmüştür. Kontrol grubunun % 6,2'sinin (n=1) memur, %12,5'inin (n=2) emekli olduğu, %18,8'inin (n=3) özel sektörde çalıştığı, %62,5'inin (n=10) ise çalışmadığı görülmüştür. Anne mesleği açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,530)

Örneklem grubuna baba mesleği açısından bakıldığında % 7,3'ünün (n=3) memur, %19,5'inin (n=8) emekli olduğu, %70,7'sinin (n=29) özel sektörde çalıştığı, %2,4'ünün (n=1) ise çalışmadığı görülmüştür. Baba mesleğinin gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun % 8'inin (n=2) memur, %12'sinin (n=3) emekli olduğu, %76'sının (n=19) özel sektörde çalıştığı, %4,'ünün (n=1) ise çalışmadığı görülmüştür. Kontrol grubunun % 6,2'sinin (n=1) memur, %31,2'sinin (n=5) emekli olduğu, %62,5'inin (n=10) özel sektörde çalıştığı görülmüştür. Baba mesleği açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,426)

Tablo18:SÇT ve kontrol grubunun anne baba meslekleri açısından karşılaştırılması

	Memur				Özel Sektör				Emekli				Çalışmıyor				X ²	P
	SÇT		Kontrol		SÇT		Kontrol		SÇT		Kontrol		SÇT		Kontrol			
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Meslek	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%		
Anne	1	3,3	1	6,2	12	40	3	18,8	3	10	2	12,5	14	46,7	10	62,5	2,21 ^a	0,530
Baba	2	8	1	6,2	19	76	10	62,5	3	12	5	31,2	1	4	0	0	2,78 ^a	0,426

4.4.3. Anne-Baba Eğitim Düzeyi

Örneklem grubuna anne eğitim düzeyi açısından bakıldığında, % 8,7'sinin (n=4) okula gitmediği, %67,4'ünün (n=31) ilköğretim, % 15,2'sinin (n=7) lise, %8,7'sinin (n=4) ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Anne eğitim düzeyinin gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %13,3'ünün (n=4) okula gitmediği, % 63,3'ünün (n=19) ilköğretim, %16,7'sinin (n=5) lise, %6,7'sinin (n=2) ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun %75'inin (n=12) ilköğretim, %12,5'inin (n=2) lise, %8,7'sinin (n=2) ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Anne eğitim düzeyi açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,213)

Örneklem grubuna baba eğitim düzeyi açısından bakıldığında, %4,9'unun (n=2) okula gitmediği, %73,1'inin (n=30) ilköğretim, %19,5'inin (n=8) lise, %2,4'ünün (n=1) ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Baba eğitim düzeyinin gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun %8'inin (n=2) okula gitmediği, % 68'inin (n=17) ilköğretim, %20'sinin (n=5) lise, %4'ünün (n=1) ise üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun %81,2'inin (n=13) ilköğretim, %18,8'inin (n=3) lise mezunu olduğu görülmüştür. Baba eğitim düzeyi açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,642)

Tablo19:SÇT ve kontrol grubunun anne baba eğitim düzeyleri açısından karşılaştırılması

	Okula gitmemiş				İlköğretim				Lise				Üniversite				X ²	P
	SÇT		Kontrol		SÇT		Kontrol		SÇT		Kontrol		SÇT		Kontrol			
Eğitim	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	5,82 ^a	0,213
Anne	4	13,3	0	0	19	63,3	12	75	5	16,7	2	12,5	2	6,7	2	12,5		
Baba	2	8	0	0	17	68	13	81,2	5	20	3	18,8	1	4	0	0		

4.4.4. Anne-Babada Psikiyatri Başvuru

Örneklem grubuna annede psikiyatri başvuru açısından bakıldığında, %26,1'inin (n=12) en az bir defa psikiyatriye başvurduğu, %73,9'unun (n=34) böyle bir başvurusunun olmadığı görülmüştür. Annede psikiyatri başvuru açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun %30'unun (n=9) en az bir defa psikiyatriye başvurduğu, %70'inin (n=21) böyle bir başvurusunun olmadığı görülmüştür. Kontrol grubunun %18,8'inin (n=3) en az bir defa psikiyatriye başvurduğu, %81,2'sinin (n=13) böyle bir başvurularının olmadığı görülmüştür. Annede psikiyatri başvuru açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,498).

Örneklem grubuna babada psikiyatri başvuru açısından bakıldığında, %22'sinin (n=9) en az bir defa psikiyatriye başvurduğu, %78'inin (n=32) böyle bir başvurusunun olmadığı görülmüştür. Babada psikiyatri başvuru açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun %28'inin (n=7) en az bir defa psikiyatriye başvurduğu, %72'sinin (n=18) böyle bir başvurusunun olmadığı görülmüştür. Kontrol grubunun %12,5'inin (n=2) en az bir defa psikiyatriye başvurduğu, %87,5'inin (n=14) böyle bir başvurularının olmadığı görülmüştür. Babada psikiyatri başvuru açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,441).

Tablo20:SÇT ve kontrol grubunun anne-babada psikiyatri başvurusu açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
Psikiyatri Başvurusu	f	%	f	%		
Anne	9	30	3	18,8	0,685 ^a	0,498
Baba	7	28	2	12,5	1,368 ^a	0,441.

Ki-kare testi, p<0,05

4.4.5. Anne-Babada Sigara Kullanımı

Örneklem grubuna annede sigara kullanımı açısından bakıldığında, %47,8'inin (n=22) sigara kullandığı, %52,2'sinin (n=24) ise kullanmadığı görülmüştür. Annede sigara kullanımı açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun %53,3'ünün (n=16) sigara kullandığı, %46,7'sinin (n=14) ise kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubunun % 37,5'inin (n=6) sigara kullandığı, %62,5'inin (n=10) ise kullanmadığı görülmüştür. Annede sigara kullanım durumu açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,306).

Örneklem grubuna babada sigara kullanımı açısından bakıldığında, %75,6'sının (n=31) sigara kullandığı, %24,4'ünün (n=10) ise kullanmadığı görülmüştür. Babada sigara kullanımı açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun %80'inin (n=20) sigara kullandığı, %20'sinin (n=5) ise kullanmadığı görülmüştür. Kontrol grubunun % 68,8'inin (n=11) sigara kullandığı, %31,2'sinin (n=5) ise kullanmadığı görülmüştür. Babada sigara kullanım durumu açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,472).

Tablo21:SÇT ve kontrol grubunun anne-babada sigara kullanımı açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
Sigara kullanımı	f	%	f	%		
Anne	16	53,3	6	37,5	1,048 ^a	0,306
Baba	20	80	11	68,8	0,670 ^a	0,472

Ki-kare testi, p<0,05

4.4.6. Anne-Babada Alkol Kullanımı

Örneklem grubuna annede alkol kullanımı açısından bakıldığında, %87'sinin (n=40) alkol kullanmadığı, %13'ünün (n=6) ise sosyal içici olduğu görülmüştür. Annede alkol kullanımı açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun %86,7'sinin (n=26) alkol kullanmadığı, %13'ünün (n=4) ise sosyal içici olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun % 87,5'inin (n=14) alkol kullanmadığı, %12,5'inin (n=2) ise sosyal içici olduğu görülmüştür. Annede alkol kullanımı açısından gruplar birbirine benzerdir (p=1,000).

Örneklem grubuna babada alkol kullanımı açısında bakıldığında, %39'unun (n=16) alkol kullanmadığı, %39'unun (n=16) sosyal içici olduğu, %22'sinin (n=9) ise düzenli olarak alkol kullandığı görülmüştür. Babada alkol kullanımı açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun %36'sının (n=9) alkol kullanmadığı, %32'sinin (n=8) sosyal içici olduğu, %32'sinin (n=8) ise düzenli olarak alkol kullandığı görülmüştür. Kontrol grubunun % 43,8'inin (n=7) alkol kullanmadığı, %50'sinin (n=8) ise sosyal içici olduğu, %6,2'sinin (n=1) ise düzenli olarak alkol kullandığı görülmüştür. Babada alkol kullanımı açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,142).

Tablo22 :SÇT ve kontrol grubunun anne-babada alkol kullanımı açısından karşılaştırılması

	Düzenli içiyor				Kullanmıyor				Sosyal içici				X ²	P
	SÇT		Kontrol		SÇT		Kontrol		SÇT		Kontrol			
Alkol kullanımı	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Anne	0	0	0	0	26	86,7	14	87,5	4	13,3	2	12,5	0,006 ^a	1,000
Baba	8	32	1	6,2	9	36	7	43,8	8	32	8	50	3,907 ^a	0,142

Ki-kare testi, p<0,05

4.4.7. Aile Özellikleri

Örneklem grubuna aile özelliği açısından bakıldığında, % 73,9'unun (n=34) çekirdek, %4,3'ünün (n=2) geniş, %21,7'sinin (n=10) ise parçalanmış aile özelliklerine sahip olduğu görülmüştür. Aile özelliklerinin gruplar arası dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun % 66,7'sinin (n=20) çekirdek, %6,7'sinin (n=2) geniş, %26,7'sinin (n=8) ise parçalanmış aile özelliklerine sahip olduğu görülmüştür. Kontrol grubunun % 87,5'inin (n=14) çekirdek, %12,5'inin (n=2) ise parçalanmış aile özelliklerine sahip olduğu görülmüştür. Aile özellikleri açısından gruplar birbirine benzerdir (p=0,267).

Tablo23: SÇT ve kontrol grubunun aile özellikleri açısından karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		X ²	P
Aile Özellikleri	F	%	f	%		
Çekirdek	20	66,7	14	87,5	2,643 ^a	0,267
Geniş	2	6,7	0	0		
Parçalanmış	8	26,7	2	12,5		

Ki-kare testi, p<0,05

4.5.SÇT ve Kontrol Grubunun Ölçekler Açısından Karşılaştırılması

4.5.1.Beck Depresyon Envanteri (BDE)

BDE'nin başlangıçtaki ortalama skoru açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun terapi öncesi BDE ortalama skoru $20,5 \pm 11,3$, kontrol grubunun birinci BDE ortalama skoru ise $19,1 \pm 10,3$ bulunmuştur. BDE'nin 1. ölçüm ortalamaları açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,702$). (Tablo 24)

Tablo24: SÇT ve kontrol grubunun başlangıç BDE ortalama skorları açısından karşılaştırılması

	SÇT			Kontrol			t	P
BDE	Ort	$\pm SS$	N	Ort	$\pm SS$	N		
1.ölçüm	20,5	11,3	30	19,1	10,3	16	0,385	0,702

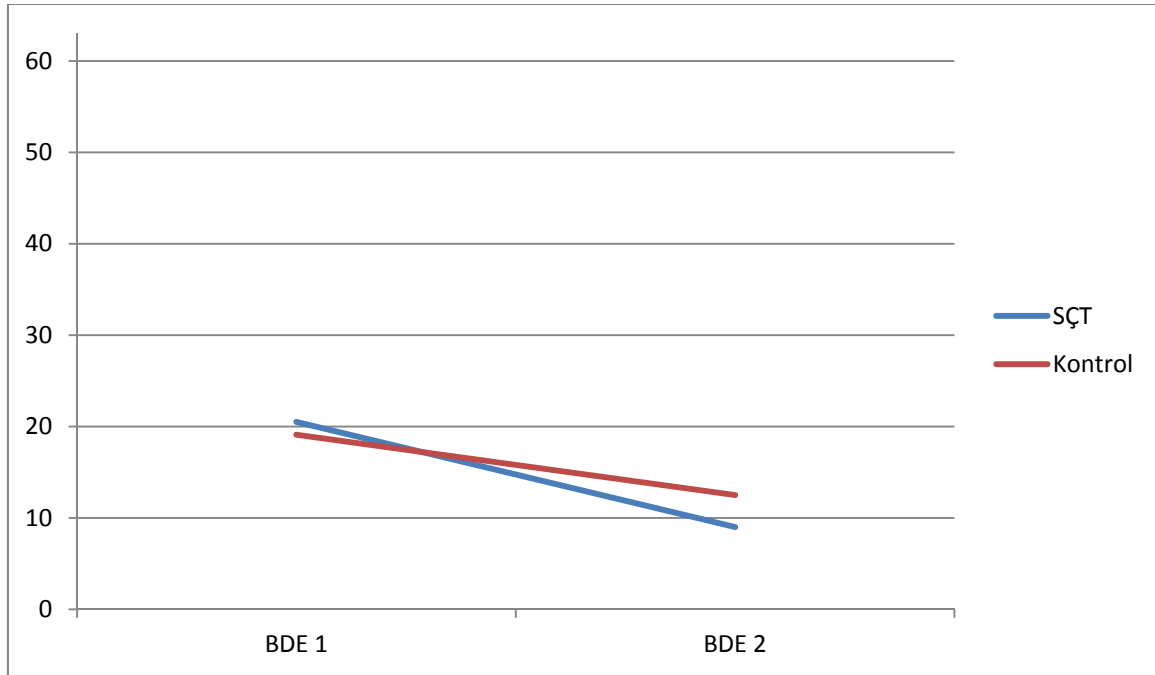
Bağımsız örneklem T-testi, $p<0,05$

Terapi sonrası SÇT grubunun BDE ortalama skorunun $9 \pm 8,4$ 'a düştüğü, terapi almayan ancak poliklinik izlemelerine devam eden kontrol grubunun ikinci BDE ortalama skorunun $12,8' \pm 8,6$ 'e düştüğü görülmüştür (Tablo25).

BDE ortalama skorları açısından grup içi değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,001$). (Tablo 26)

SÇT ve kontrol grubuna BDE ortalama skorlarındaki düşüş açısından bakıldığında, SÇT grubunda bu değişimin daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak grupların zaman içinde BDE ortalama skorları açısından tedaviye verdikleri yanıt (grup zaman etkileşimi) benzerdir ($p=0,108$). Bununla birlikte grupların genel yapısının birbirine paralel olduğu görülmüştür. ($p=0,645$) (Tablo 26)

Şekil 1: SÇT ve kontrol grubunun BDE değişimleri



Tablo25 :SÇT ve kontrol gruplarının BDE ortalama skorlarındaki değişimi

	SÇT			Kontrol			F	P
BDE	Ort	±SS	N	Ort	±SS	N	33,326	0,001
1. ölçüm	20,5	11,3	30	19,1	10,3	16		
2. ölçüm	9	8,4	30	12,8	8,6	16		

Two way ANOVA, $p < 0,05$

Tablo26:SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde BDE ortalama skoru açısından gösterdikleri değişimler

	Grup içi değişim		Grup-Zaman etkileşimi		Grupların genel yapısı	
	F	P	F	P	F	P
BDE	33,326	0,001	2,689	0,108	0,215	0,645

Two way ANOVA, $p < 0,05$

BDE’de ,0-9 puan aralığı “depresyon yok”, 10-16 puan aralığı “hafif şiddetli depresyon”, 17-29 puan aralığı “orta şiddetli depresyon”, 30-63 puan aralığı ise “şiddetli depresyon” olarak sınıflandırılmaktadır. Gruplara BDE’nin sınıflandırılmış şekliyle bakıldığında, SÇT grubunun %80’sinin (n=24) 1.ölçümde depresyon tanısını karşıladığı, 2. ölçümde bu oranın %30’a (n=6) düştüğü görülmüştür. Bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (p=0,001). Kontrol grubuna bakıldığında 1. ölçümde %81,2’sinin (n=13) depresyon tanısını karşıladığı, 2. ölçümde bu oranın %56,2’ye düştüğü (n=9) düştüğü görülmüştür. Bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,125). (Tablo 27)

Tablo27 :BDE’nin sınıflandırılmış şekliyle SÇT ve kontrol gruplarının grup içi değişimleri

BDE (9-63 puan)					
	1.ölçüm		2.ölçüm		P
	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	
SÇT	24	80	6	30	0,001
Kontrol	13	81	9	56,2	0,125

McNemar Test, p<0,05

4.5.2. Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (KAYBÖ)

KAYBÖ'nin başlangıçtaki ortalama skoru açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun terapi öncesi KAYBÖ ortalama skoru $27,4 \pm 15,6$, kontrol grubunun birinci KAYBÖ ortalama skoru ise $30,1 \pm 9,9$ bulunmuştur. KAYBÖ'nin 1. ölçüm ortalamaları açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,523$). (Tablo 28)

Tablo:28 :SÇT ve kontrol grubunun 1. KAYBÖ ortalama skorları açısından karşılaştırılması

	SÇT			Kontrol			t	P
KAYBÖ	Ort	$\pm SS$	N	Ort	$\pm SS$	N		
1.ölçüm	27,4	15,6	30	30,1	9,9	16	-0,645	0,523

Bağımsız örneklem T-testi, $p<0,05$

Terapi sonrası SÇT grubunun KAYBÖ ortalama skorunun $22,7 \pm 17,7$ 'ye düştüğü, terapi almayan ancak poliklinik izlemlerine devam eden kontrol grubunun ikinci KAYBÖ ortalama skorunun $23,9 \pm 13$ 'a düştüğü görülmüştür (Tablo 29).

KAYBÖ ortalama skorları açısından grup içi değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,001$). (Tablo 30)

SÇT ve kontrol grubuna KAYBÖ ortalama skorlarındaki düşüş açısından bakıldığında, grupların genel yapısının birbirine paralel olduğu görülmüştür. ($p=0,654$) görülmüştür. Bununla birlikte grupların zaman içinde KAYBÖ ortalama skorları açısından tedaviye verdikleri yanıt (grup zaman etkileşimi) benzerdir ($p=0,607$). (Tablo 30)

Tablo29: SÇT ve kontrol gruplarının KAYBÖ ortalama skorlarındaki değişimi

	SÇT			Kontrol			F	P
KAYBÖ	Ort	±SS	N	Ort	±SS	N	13,384	0,001
1. ölçüm	27,4	15,6	30	30,1	9,9	16		
2. ölçüm	22,7	17,7	30	23,9	13	16		

Two way ANOVA, $p<0,05$

Tablo30: SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde KAYBÖ ortalama skoru açısından gösterdikleri değişimler

	Grup içi değişim		Grup-Zaman etkileşimi		Grupların genel yapısı	
	F	P	F	P	F	P
KAYBÖ	13,384	0,001	12,535	0,607	0,204	0,654

Two way ANOVA, $p<0,05$ **Panik-Somatik Bozukluk (PSB)**

KAYBÖ alt ölçeklerinden, PSB alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi PSB ortalamasının $8,4\pm1,1$, kontrol grubunun birinci PSB ortalamasının 8 ± 1 olduğu görülmüştür. PSB alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,890$).

PSB alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası PSB ortalamasının $6,4\pm1,1$ ’ e düştüğü ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,018$). Kontrol grubunun ikinci PSB ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $5,9\pm1,1$ ’a düştüğü ve bu düşüşün de istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,018$).

KAYBÖ alt testlerinin normal dağılıma uygun olamaması nedeniyle grup içi değişimleri karşılaştırmak için alt ölçeklerin öncesi-sonrası farkları alınarak “Mann-Whitney U”

yapılmıştır. PSB ortalamalarındaki düşüş açısından gruplara bakıldığında, her iki grupta da iyileşme olduğu ve bu düzelme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p=0,963$).

Yaygın Anksiyete (YA)

KAYBÖ alt ölçeklerinden, YA alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi YA ortalamasının $6,9\pm0,8$, kontrol grubunun birinci YA ortalamasının $6,8\pm0,9$ olduğu görülmüştür. YA alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,899$).

YA alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası YA ortalamasının $4,9\pm0,8$ ’ e düştüğü ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,006$). Kontrol grubunun ikinci YA ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $6,5\pm1$ ’ e düştüğü ancak bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,655$).

KAYBÖ alt testlerinin normal dağılıma uygun olmaması nedeniyle grup içi değişimleri karşılaştırmak için alt ölçeklerin öncesi-sonrası farkları alınarak “Mann-Whitney U” yapılmıştır. YA ortalamalarındaki düşüş açısından gruplara bakıldığında, her iki grupta da iyileşme olduğu, özellikle SÇT grubunda bu düzelmenin daha fazla olduğu görülmüştür. Ancak ölçek skorlarındaki düşüş açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p=0,130$).

Ayrılık Anksiyetesi (AA)

KAYBÖ alt ölçeklerinden, AA alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi AA ortalamasının $4,9\pm0,6$, kontrol grubunun birinci AA ortalamasının $5,9\pm0,6$ olduğu görülmüştür. AA alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,179$).

AA alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası AA ortalamasının $4,3 \pm 0,6$ ’ e düştüğü ancak bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,178$). Kontrol grubunun ikinci AA ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $4 \pm 0,5$ ’e düştüğü ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,010$).

KAYBÖ alt testlerinin normal dağılıma uygun olamaması nedeniyle grup içi değişimleri karşılaştırmak için alt ölçeklerin öncesi-sonrası farkları alınarak “Mann-Whitney U” yapılmıştır. AA ortalamalarındaki düşüş açısından gruplara bakıldığında, her iki grupta da iyileşme olduğu ve bu düzelme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p=0,245$).

Sosyal Fobi (SF)

KAYBÖ alt ölçeklerinden, SF alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi SF ortalamasının $5,2 \pm 0,5$, kontrol grubunun birinci SF ortalamasının $7 \pm 0,7$ olduğu görülmüştür. SF alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,041$).

SF alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası SF ortalamasının $4,9 \pm 0,7$ ’ a düştüğü ancak bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,888$). Kontrol grubunun ikinci SF ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $5,5 \pm 0,8$ düştüğü ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,024$).

KAYBÖ alt testlerinin normal dağılıma uygun olamaması nedeniyle grup içi değişimleri karşılaştırmak için alt ölçeklerin öncesi sonrası farkları alınarak “Mann-Whitney U” yapılmıştır. SF ortalamalarındaki düşüş açısından gruplara bakıldığında, her iki grupta da iyileşme olduğu ve bu düzelme açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p=0,184$).

Okul Fobisi (OF)

KAYBÖ alt ölçeklerinden, OF alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi OF ortalamasının $1,8 \pm 0,3$, kontrol grubunun birinci OF ortalamasının $2,3 \pm 0,4$ olduğu görülmüştür. OF alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,190$).

OF alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası OF ortalamasının $2,1 \pm 0,4$ e çıktığı ancak bu yükselmenin istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,277$). Kontrol grubunun ikinci OF ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $1,8 \pm 0,5$ düştüğü ve bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,260$).

KAYBÖ alt testlerinin normal dağılıma uygun olamaması nedeniyle grup içi değişimleri karşılaştırmak için alt ölçeklerin öncesi sonrası farkları alınarak “Mann-Whitney U” yapılmıştır. OF ortalamalarındaki değişim açısından gruplara bakıldığında, azalma ya da atma yönündeki değişimler açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür ($p=0,087$).

Tablo31: SÇT ve kontrol grubunun 1. KAYBÖ ortalama skorları açısından karşılaştırılması

	KAYBÖ alt ölçekler 1.ölçüm					
	SÇT		Kontrol			
	Median	Min-Max	Median	Min-Max	Z	P
PSB	8,5	0-24	7,5	1-15	-0,139	0,890
YA	7	0-16	7	1-16	-0,127	0,899
AA	4,5	0-14	6	2-10	-1,345	0,179
SF	5	1-12	8	2-14	-2,043	0,041
OF	1	0-6	2	0-6	-1,311	0,190

Mann-Whitney U Test, p<0,05

Tablo32: KAYBÖ alt testlerinin grup içi değişimleri

	SÇT						Kontrol					
	1.ölçüm		2.ölçüm		Z	P	1.ölçüm		2.ölçüm		Z	P
	Median	Min Max	Median	Min Max			Median	Min Max	Median	Min Max		
PSB	8,5	0-24	5,5	0-26	-2,3	0,018	7,5	1-15	5	0-14	-2,3	0,018
YA	7	0-16	4	0-18	-2,7	0,006	7	1-16	6,5	0-15	-0,4	0,655
AA	4,5	0-14	4	0-16	-1,3	0,178	6	2-10	4,5	0-8	-2,5	0,010
SF	5	1-12	5	0-14	-0,1	0,888	8	2-14	5,5	0-12	-2,2	0,024
OF	1	0-6	1,5	0-8	-1	0,277	2	0-6	2	0-8	-1,1	0,260

Wilcoxon Signed Ranks Test, p<0,05

Tablo33: KAYBÖ alt testlerinin grup içi değişimlerinin karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		Z	P
	FARK		FARK			
	Median	Min/Max	Median	Min/Max		
PB	2	-8/11	2	-4/9	-0,046	0,963
YA	1	-4/10	0	-7/9	-1,515	0,130
AA	1	-4/5	1	-3/8	-1,163	0,245
SF	0,5	-5/11	1	-4/6	-1,329	0,184
OF	0	-3/2	0,5	-4/6	-1,709	0,087

Mann-Whitney U Test, p<0,05

4.5.3.Tedavi Motivasyon Anketi (TMA)

TMA'nın başlangıçtaki skorları açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun terapi öncesi TMA ortalama skoru $81,2 \pm 22,1$, kontrol grubunun birinci TMA ortalama skoru ise $87,6 \pm 16,1$ bulunmuştur. TMA'nın 1. ölçüm ortalamaları açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,318$). (Tablo 34)

Tablo34: SÇT ve kontrol grubunun 1. TMA ortalama skorları açısından karşılaştırılması

	SÇT			Kontrol			t	P
TMA	Ort	±SS	N	Ort	±SS	N		
1.ölçüm	81,2	22,1	30	87,6	16,1	16	-1,011	0,318

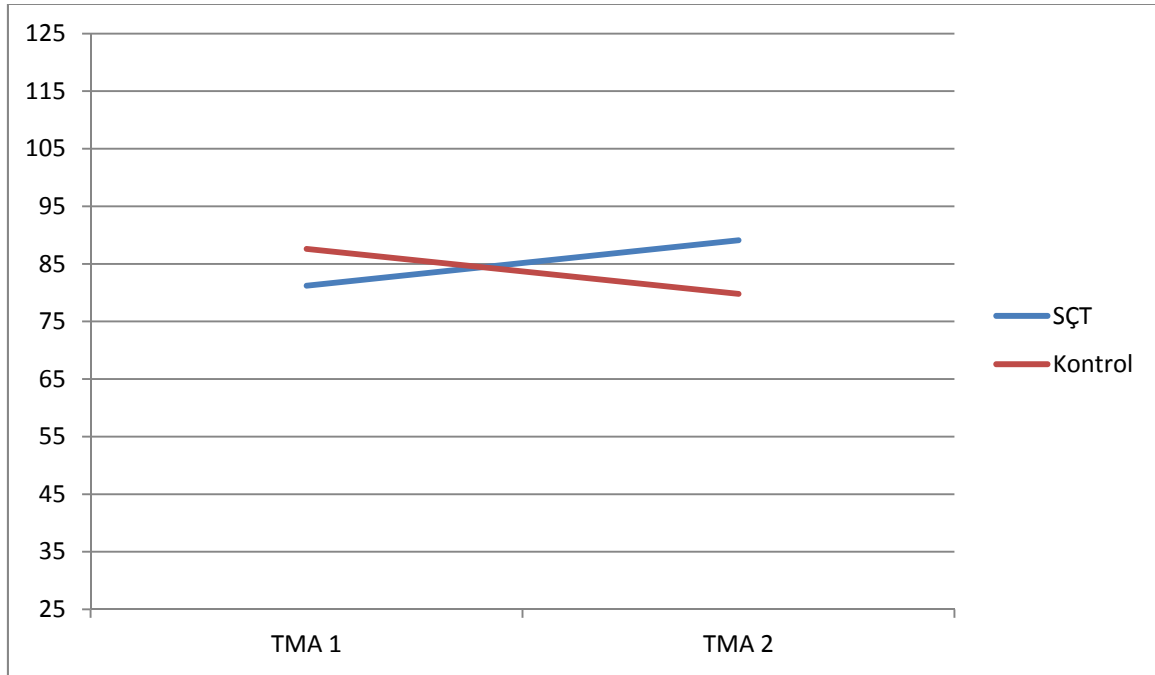
Bağımsız örneklem T- testi, $p<0,05$

Terapi sonrası SÇT grubunun TMA ortalama skorunun $89,1 \pm 19,9$ 'e yükseldiği, terapi almayan ancak poliklinik izlemelerine devam eden kontrol grubunun ikinci TMA ortalama skorunun $79,8 \pm 20$ 'e düştüğü görülmüştür (Tablo 35).

TMA ortalama skorları açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun tedavi motivasyonun zaman içinde arttığı, kontrol grubunun ise azaldığı görülmektedir. Ancak sözü edilen grup içi değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir. ($p=0,998$). (Tablo 36)

Grup içi değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, SÇT grubunda bu değişimin yukarı yönde, kontrol grubunda ise aşağı yönde olması, grupların zaman içerisinde farklı davrandıklarını, diğer bir deyişle grup zaman etkileşiminin bulunduğunu bize göstermektedir ($p=0,025$). SÇT ve kontrol grubunun TMA ortalama skorlarındaki bu farklı yöndeki değişimler karşılaştırıldığında iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,045$). (Tablo 36)

Şekil 2: TMA ortalama skorunun grup içi değişimleri



Tablo35: SÇT ve kontrol grubunun TMA ortalama skorundaki değişim açısından karşılaştırılması

	SÇT			Kontrol			F	P
TMA	Ort	±SS	N	Ort	±SS	N	0,001	0,998
1. ölçüm	81,2	22,1	30	87,6	16,1	16		
2. ölçüm	89,1	19,9	30	79,8	20	16		

Two way ANOVA, $p < 0,05$

Tablo36: SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde TMA ortalama skoru açısından gösterdikleri değişimler

	Grup içi değişim		Grup-Zaman etkileşimi		Grupların genel yapısı	
	F	P	F	P	F	P
TMA	0,001	0,998	5,389	0,025	4,272	0,045

Two way ANOVA, $p < 0,05$

İçsel Motivasyon (İM)

TMA alt ölçeklerinden, İM alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi İM ortalamasının $34,5 \pm 12,7$, kontrol grubunun birinci İM ortalamasının $41,3 \pm 10,2$ olduğu görülmüştür. İM alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,075$).

İM alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası İM ortalamasının $38,3 \pm 13$ e çıktığı görülmüştür. Kontrol grubunun ikinci İM ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $37,2 \pm 10,9$ 'ye düştüğü görülmüştür. Grup içi azalma ya da artma yönündeki bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,945$).

İM ortalamalarındaki değişim açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun zaman içerisinde içsel motivasyonun arttığı, kontrol grubunda ise azaldığı görülmektedir. Grupların zaman içerisinde tedaviye verdikleri yanıtın (grup zaman etkileşimi) farklı olmasına rağmen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,075$). Bununla birlikte grupların genel yapısı birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,366$).

Dışsal Motivasyon (DM)

TMA alt ölçeklerinden, DM alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi DM ortalamasının $9,4 \pm 3,9$, kontrol grubunun birinci DM ortalamasının $11,5 \pm 3,3$ olduğu görülmüştür. DM alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,072$).

DM alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası DM ortalamasının $10,3 \pm 3,6$ 'e çıktığı görülmüştür. Kontrol grubunun ikinci DM

ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $9,8\pm3,5$ 'ye düştüğü görülmüştür. Grup içi azalma ya da artma yönündeki bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,661$).

DM ortalamalarındaki değişim açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun zaman içerisinde dışsal motivasyonun arttığı, kontrol grubunun ise azaldığı görülmektedir. Grupların zaman içerisinde tedaviye verdikleri yanıtın (grup zaman etkileşimi) farklı olmasına rağmen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,132$). Bununla birlikte grupların genel yapısı birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,285$).

Kişiler Arası Yardım Arayışı (KYA)

TMA alt ölçeklerinden, KYA alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi KYA ortalamasının $18,3\pm6,6$, kontrol grubunun birinci KYA ortalamasının $16,8\pm4,8$ olduğu görülmüştür. KYA alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,443$).

KYA alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası KYA ortalamasının $20,5\pm6,4$ 'e çıktığı görülmüştür. Kontrol grubunun ikinci KYA ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $15,8\pm5,8$ 'e düştüğü görülmüştür. Grup içi azalma ya da artma yönündeki bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,583$).

KYA ortalamalarındaki değişim açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun zaman içerisinde yardım arayışlarının arttığı, kontrol grubunun ise azaldığı görülmektedir. Grupların zaman içerisinde tedaviye verdikleri yanıtın farklı olmasına rağmen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,147$). Bununla birlikte grupların genel yapısı birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,058$).

Tedaviye Güven (TG)

TMA alt ölçeklerinden, TG alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi TG ortalamasının $18,9 \pm 3,7$, kontrol grubunun birinci TG ortalamasının $17,8 \pm 5$ olduğu görülmüştür. TG alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,425$).

TG alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası TG ortalamasının $19,8 \pm 4$ 'e çıktığı görülmüştür. Kontrol grubunun ikinci TG ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $16,8 \pm 4,1$ 'e düştüğü görülmüştür. Grup içi azalma ya da artma yönündeki bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,929$).

TG ortalamalarındaki değişim açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun zaman içerisinde tedaviye olan güvenlerinin arttığı, kontrol grubunun ise azaldığı görülmektedir. Grupların zaman içerisinde tedaviye verdikleri yanıtın (grup zaman etkileşimi) farklı olmasına rağmen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,170$). Bununla birlikte grupların genel yapısı birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,063$).

Tablo37:TMA birinci ölçüm ortalama skorları açısından SÇT ve kontrol grubunun karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		t	P
TMA alt ölçekler	Ort	±SS	Ort	±SS		
İM	34,5	12,7	41,3	10,2	-1,821	0,075
DM	9,4	3,9	11,5	3,3	-1,845	0,072
KYA	18,3	6,6	16,8	4,8	0,774	0,443
TG	18,9	3,7	17,8	5	0,805	0,425

Bağımsız örneklem T-testi, $p<0,05$

Tablo38:SÇT ve kontrol grubunun TMA alt ölçek ortalama skorlarındaki değişim açısından karşılaştırılması

	SÇT				Kontrol					
TMA	1.ölçüm		2.ölçüm		1.ölçüm		2.ölçüm			
Alt ölçekler	Ort	±SS	Ort	±SS	Ort	±SS	Ort	±SS	F	P
İM	34,5	12,7	38,3	13	41,3	10,2	37,2	10,9	0,005	0,945
DM	9,4	3,9	10,3	3,6	11,5	3,3	9,8	3,5	0,195	0,661
KYA	18,3	6,6	20,5	6,4	16,8	4,8	15,8	5,8	0,306	0,583
TG	18,9	12,7	19,8	4	17,8	5	16,8	4,1	0,008	0,929

Two way ANOVA, p<0,05

Tablo39:SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde TMA alt ölçekleri açısından gösterdikleri değişimler

	Grup içi değişim		Grup-Zaman etkileşimi		Grupların genel yapısı	
	F	P	F	P	F	P
İM	0,005	0,945	3,334	0,075	0,835	0,366
DM	0,195	0,661	2,351	0,132	1,172	0,285
KYA	0,306	0,583	2,178	0,147	0,058	3,783
TG	0,008	0,929	1,994	0,170	3,652	0,063

Two way ANOVA, p<0,05

4.5.4. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

BAPİ ortalama skoru açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunda oturum öncesi BAPİ ortalama skorunun $8,5 \pm 3,8$, kontrol grubunda ise birinci BAPİ ortalama skorunun $9,6 \pm 3,7$ olduğu görülmüştür. Birinci ölçülen BAPİ ortalama skorları açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,344$). (Tablo 40)

40: SÇT ve kontrol grubunun 1. BAPİ skorları açısından karşılaştırılması

	SÇT			Kontrol			t	P
BAPİ	Ort	$\pm SS$	N	Ort	$\pm SS$	N		
1.ölçüm	8,5	3,8	30	9,6	3,7	16	-0,957	0,344

Bağımsız örneklem T-testi, $p<0,05$

BAPİ'nin ikinci ölçülen ortalama skoru açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası ölçülen BAPİ ortalama skorunun $8,2 \pm 3,3$ 'ye düştüğü, kontrol grubunun ikinci ölçülen ortalama BAPİ skorunun ise $9,9 \pm 3,3$ 'a çıktığı görülmüştür. Grup içi azalma ya da artma yönündeki bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,977$). (Tablo 41)

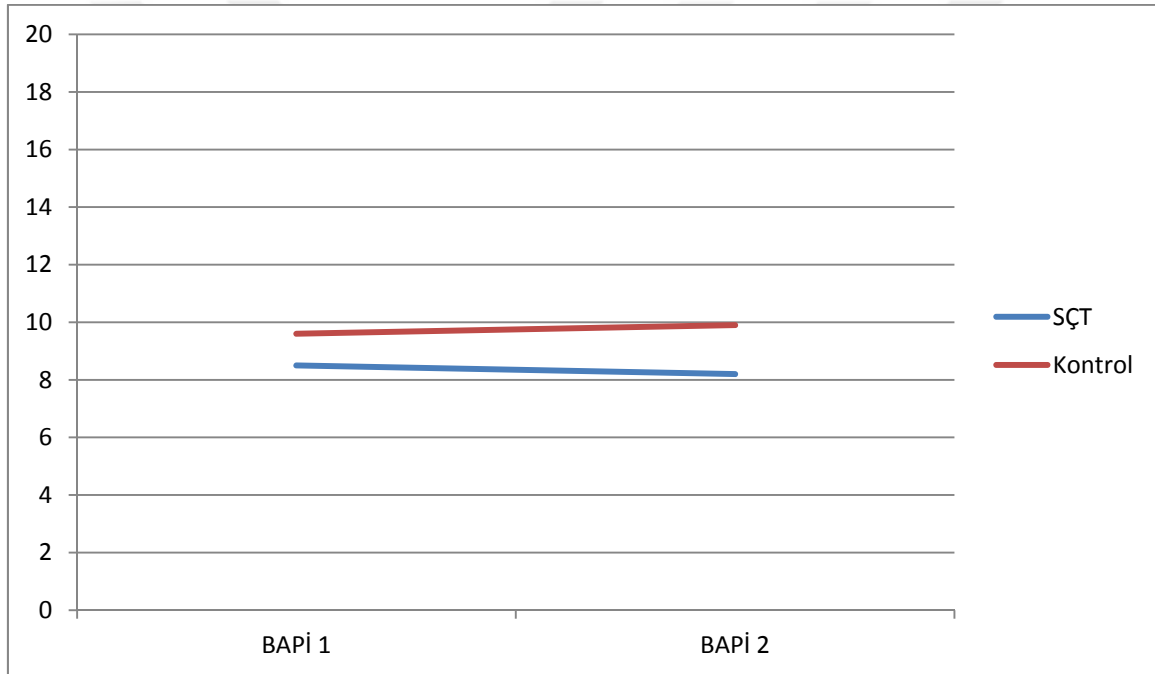
BAPİ ortalama skorlarındaki değişim açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun zaman içerisinde bağımlılık şiddetinin azaldığı, kontrol grubunun ise bağımlılık şiddetinin arttığı görülmektedir. Grupların zaman içerisinde tedaviye verdikleri yanıtın (grup zaman etkileşimi) farklı olmasına rağmen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,406$). Bununla birlikte grupların genel yapısı birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,206$). (Tablo 42)

Tablo41: SÇT ve kontrol grubunun BAPİ ortalama skorundaki değişim açısından karşılaştırılması

	SÇT			Kontrol			F	P
BAPİ	Ort	±SS	N	Ort	±SS	N	0,001	0,977
1. ölçüm	8,5	3,8	30	9,6	3,7	16		
2. ölçüm	8,2	3,3	30	9,9	3,3	16		

Two way ANOVA p<0,05

Şekil 3:BAPİ ortalama skorunun grup içi değişimleri



Tablo42: SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde BAPİ ortalama skoru açısından gösterdikleri değişimler

	Grup içi değişim		Grup-Zaman etkileşimi		Grupların genel yapısı	
	F	P	F	P	F	P
BAPİ	0,001	0,977	0,704	0,406	1,647	0,206

Two way ANOVA, p<0,05

4.5.5. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (GSSÇE)

GSSÇE ‘nin başlangıçtaki ortalama skoru açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun terapi öncesi GSSÇE ortalama skoru $12,5 \pm 2,5$, kontrol grubunun birinci GSSÇE ortalama skoru ise $11,2 \pm 1,7$ bulunmuştur. GSSÇE’nin 1. ölçüm ortalamaları açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,091$). (Tablo 43)

Tablo43: SÇT ve kontrol grubunun 1. GSSÇE ortalama skorları açısından karşılaştırılması

	SÇT			Kontrol			t	P
GSSÇE	Ort	$\pm SS$	N	Ort	$\pm SS$	N		
1.ölçüm	12,5	2,5	30	11,2	1,7	16	1,728	0,091

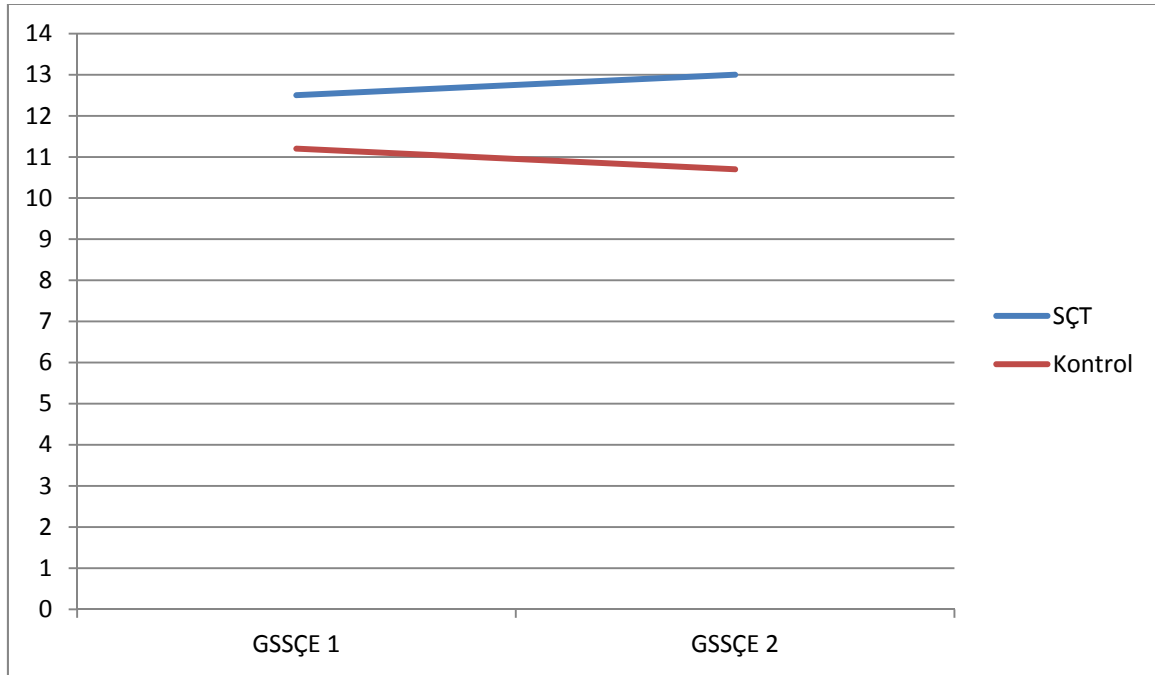
Bağımsız örneklem T-testi, $p<0,05$

Terapi sonrası SÇT grubunun GSSÇE ortalama skorunun $13 \pm 2,8$ ’e yükseldiği, terapi almayan ancak poliklinik izlemlerine devam eden kontrol grubunun ikinci GSSÇE ortalama skorunun ise $10,7 \pm 1,7$ ’e düştüğü görülmüştür (Tablo 44).

GSSÇE ortalama skorları açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun tedavi sorun çözme becerilerinin zaman içinde arttığı, kontrol grubunun ise azaldığı görülmektedir. Ancak sözü edilen grup içi değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,961$). (Tablo 45)

Grup içi değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, SÇT grubunda bu değişimin yukarı yönde, kontrol grubunda ise aşağı yönde olması, grupların zaman içerisinde farklı davrandıklarını, diğer bir deyişle grup zaman etkileşiminin bulunduğunu bize göstermektedir ($p=0,106$). SÇT ve kontrol grubunun GSSÇE ortalama skorlarındaki bu farklı yöndeki değişimler karşılaştırıldığında iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,037$). (Tablo 45)

Şekil 4: GSSÇE ortalama skorunun grup içi değişimleri



Tablo44: SÇT ve kontrol grubunun GSSÇE ortalama skorundaki değişim açısından karşılaştırılması

	SÇT			Kontrol			F	P
GSSÇE	Ort	±SS	N	Ort	±SS	N	0,002	0,961
1. ölçüm	12,5	2,5	30	11,2	1,7	16		
2. ölçüm	13	2,8	30	10,7	1,7	16		

Two way ANOVA, $p < 0,05$

Tablo45:SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde GSSÇE ortalama skoru açısından gösterdikleri değişimler

	Grup içi değişim		Grup-Zaman etkileşimi		Grupların genel yapısı	
	F	P	F	P	F	P
GSSÇE	0,002	0,961	2,730	0,106	4,657	0,037

Two way ANOVA, $p < 0,05$

Olumlu Sorun Yönelimi (OSY)

GSSÇE alt ölçeklerinden, OSY alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi OSY ortalamasının $13,2 \pm 4,5$, kontrol grubunun birinci OSY ortalamasının $10 \pm 4,4$ olduğu görülmüştür. OSY alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirinden farklı bulunmuştur ($p=0,028$).

OSY alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası OSY ortalamasının $12,6 \pm 5$ 'ya düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunun ikinci OSY ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın 9 ± 3 'a düştüğü görülmüştür. Grup içi azalma yönündeki bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,371$).

OSY ortalamalarındaki değişim açısından gruplara bakıldığında, her iki grubun da zaman içerisinde olumlu sorun yönelimlerinin azaldığı görülmektedir. Grupların zaman içerisinde tedaviye verdikleri yanıt (grup zaman etkileşimi) açısından gruplar birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,825$). SÇT grubunun birinci ölçüm OSY ortalamasının yüksek bulunması nedeniyle grupların genel yapısı birbirinden farklı bulunmuştur ($p=0,004$).

Negatif Sorun Yönelimi (NSY)

GSSÇE alt ölçeklerinden, NSY alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi NSY ortalamasının $15,5 \pm 8,8$, kontrol grubunun birinci NSY ortalamasının $15,4 \pm 7,1$ olduğu görülmüştür. NSY alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirine benzerdir ($p=0,960$).

NSY alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası NSY ortalamasının $12,4 \pm 8,5$ 'e düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunun ikinci NSY ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $14,4 \pm 6,6$ 'e düştüğü görülmüştür. Grup içi azalma yönündeki bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,101$).

NSY ortalamalarındaki değişim açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunda daha fazla olmakla birlikte, her iki grubun da zaman içerisinde negatif sorun yönelimlerinin azaldığı görülmektedir. Grupların zaman içerisinde tedaviye verdikleri yanıt (grup zaman etkileşimi) açısından gruplar birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,391$). Bununla birlikte grupların genel yapısı birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,671$).

Akılcı Sorun Çözme Tarzı (ASÇT)

GSSÇE alt ölçeklerinden, ASÇT alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi ASÇT ortalamasının $44,6\pm17,6$, kontrol grubunun birinci ASÇT ortalamasının $34,8\pm13$ olduğu görülmüştür. ASÇT alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirinden farklı bulunmuştur ($p=0,038$).

ASÇT alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası ASÇT ortalamasının $42,4\pm19$ 'e düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunun ikinci ASÇT ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $34,3\pm9,8$ 'e düştüğü görülmüştür. Grup içi azalma yönündeki bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,611$).

ASÇT ortalamalarındaki değişim açısından gruplara bakıldığında, her iki grubun da zaman içerisinde akılcı sorun çözme tarzlarının azaldığı görülmektedir. Grupların zaman içerisinde tedaviye verdikleri yanıt (grup zaman etkileşimi) açısından gruplar birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,734$). SÇT grubunun birinci ölçüm ASÇT ortalamasının yüksek bulunması nedeniyle grupların genel yapısı birbirinden farklı bulunmuştur ($p=0,048$).

Dürtüsel-Dikkatsiz Sorun Çözme Tarzı (DDSÇT)

GSSÇE alt ölçeklerinden, DDSÇT alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi DDSÇT ortalamasının $15,7 \pm 7,1$, kontrol grubunun birinci DDSÇT ortalamasının $16,8 \pm 8,2$ olduğu görülmüştür. DDSÇT alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,637$).

DDSÇT alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası DDSÇT ortalamasının $12,3 \pm 6,2$ 'e düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunun ikinci DDSÇT ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $18,4 \pm 6,5$ 'e çıktığı görülmüştür. Grup içi azalma ya artma yönündeki bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,411$).

Grup içi değişimlerin istatistiksel olarak anlamlı olmamasına rağmen, SÇT grubunda bu değişimin aşağı yönde, kontrol grubunda ise yukarı yönde olması, grupların zaman içerisinde farklı davrandıklarını, diğer bir deyişle grup zaman etkileşiminin bulunduğunu bize göstermektedir ($p=0,032$). SÇT ve kontrol grubunun DDSÇT ortalama skorlarındaki bu farklı yöndeki değişimler karşılaştırıldığında iki grup arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,002$).

Kaçınan Sorun Çözme Tarzı (KSÇT)

GSSÇE alt ölçeklerinden, KSÇT alt ölçeğinin gruplar arası ortalama skorlarındaki dağılımına bakıldığında, SÇT grubunun oturum öncesi KSÇT ortalamasının $8,6 \pm 5,5$, kontrol grubunun birinci KSÇT ortalamasının $8,6 \pm 5$ olduğu görülmüştür. KSÇT alt ölçeğinin ilk ölçümleri açısından gruplar birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,990$).

KSÇT alt ölçeğinin ikinci ölçümleri açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun oturum sonrası KSÇT ortalamasının 8 ± 5 'e düştüğü görülmüştür. Kontrol grubunun ikinci KSÇT

ortalamasına bakıldığında, bu ortalamanın $10,2 \pm 5$ 'ye çıktığı görülmüştür. Grup içi azalma ya da artma yönündeki bu değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,536$).

KSÇT ortalamalarındaki değişim açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun zaman içerisinde kaçınan sorun çözme tarzlarının azaldığı, kontrol grubunun ise arttığı görülmektedir. Grupların zaman içerisinde tedaviye verdikleri yanıtın (grup zaman etkileşimi) farklı olmasına rağmen bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür ($p=0,168$). Bununla birlikte grupların genel yapısı birbirine benzer bulunmuştur ($p=0,429$).

Tablo46:GSSÇE alt ölçeklerinin birinci ölçüm ortalama skorları açısından SÇT ve kontrol grubunun karşılaştırılması

	SÇT		Kontrol		t	P
GSSÇE alt ölçekler	Ort	±SS	Ort	±SS		
OSY	13,2	4,5	10	4,4	2,277	0,028
NSY	15,5	8,8	15,4	7,1	0,050	0,960
ASÇT	44,6	17,6	34,8	13	1,957	0,038
DDSÇT	15,7	7,1	16,8	8,2	-0,474	0,637
KÇST	8,6	5,5	8,6	4,3	-0,013	0,990

Bağımsız örneklem T-testi, $p<0,05$

Tablo47:SÇT ve kontrol grubunun GSSÇE alt ölçek ortalama skorlarındaki değişim açısından karşılaştırılması

	SÇT				Kontrol					
GSSÇE	1.ölçüm		2.ölçüm		1.ölçüm		2.ölçüm			
Alt ölçekler	Ort	±SS	Ort	±SS	Ort	±SS	Ort	±SS	F	P
OSY	13,2	4,5	12,6	5	10	4,4	9	3	0,818	0,371
NSY	15,5	8,8	12,4	8,5	15,4	7,1	14,4	6,6	2,814	0,101
ASÇT	44,6	17,6	42,4	19,2	34,8	13	34,3	9,8	0,262	0,611
DDSÇT	15,7	7,1	12,3	6,2	16,8	8,2	18,4	6,5	0,688	0,411
KÇST	8,6	5,5	8	5	8,6	4,3	10,2	5	0,390	0,536

Two way ANOVA, p<0,05

Tablo48:SÇT ve kontrol grubunun zaman içerisinde GSSÇE alt ölçekleri açısından gösterdikleri değişimler

	Grup içi değişim		Grup-Zaman etkileşimi		Grupların genel yapısı	
	F	P	F	P	F	P
OSY	0,818	0,371	0,050	0,825	9,187	0,004
NSY	2,814	0,101	0,750	0,391	0,183	0,671
ASÇT	0,262	0,611	0,117	0,734	4,145	0,048
DDSÇT	0,688	0,411	4,907	0,032	10,328	0,002
KÇST	0,390	0,536	1,968	0,168	0,636	0,429

Two way ANOVA, p<0,05

5. TARTIŞMA

5.1. Çalışmamızın Sosyo-Demografik Verilerinin Tartışılması

Çalışmamızda örneklem grubunun %45,7'sinin (n=21) kız, %54,3'ünün (n=25) erkek gönüllüden oluştuğu görülmektedir. Çalışmamızın yapıldığı EGEBAAM'ın 2003-2005 yıllarına ait kayıtlarının incelendiği bir çalışmada, olguların %88.5'ni erkek, %11.5'ni kız olguların oluşturduğu bildirilmiştir (Yüncü ve ark.2006). AMKB olan ergenlerin mizaç özelliklerinin incelendiği bir çalışmada olguların %77'sinin erkek %23'ünün kızlardan oluştuğu bildirilmiştir (Başay ve Yüncü 2010). Ülkemizde yapılan bir çocuk ve ergen madde bağımlılığı araştırma ve tedavi merkezine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve kullandıkları madde türlerinin incelediği bir çalışmada olguların %95'inin erkek, %5'inin kız olgudan oluştuğu bildirilmiştir (Şeref ve ark 2014). ABD'de yapılan epidemiyolojik bir çalışmada hem ergen hem de yetişkinler için, erkeklerde alkol dışı madde kullanım bozukluğunun kadınlara göre 2 kat daha fazla olduğunu belirlenmiştir (Cheng K. 2005). Faslı ergenlerde akademik başarı ve madde kullanımı arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, kız olgularda madde kullanımının %16, erkek olgularda ise % 40 olarak bildirilmiştir (Omari ve ark. 2015). Aynı çalışmada son bir yıl ve bir ay içerisinde alkol madde kullanımının erkeklerde kızlara oranla anlamlı bir şekilde fazla olduğu belirtilmiştir. Erkeklerde AMKB sıklığının kızlara oranla daha fazla olması yönüyle bulgularımız çalışma merkezimizin önceki verileriyle ve yazınla uyumludur.

Çalışmamıza alınan olguların yaş ortalaması $16,3 \pm 0,8$ olarak bulunmuştur. 2005 yılında aynı merkezde yapılan çalışmada yaş ortalaması $16,2 \pm 1,7$ bulunmuştur (Yüncü ve ark.2006). Yukarıda sözü edilen mizaç özellikleri ile ilgili çalışmada yaş ortalaması benzer bulunmuştur (Başay ve Yüncü 2010). AMKB ile ilgili yapılan epidemiyolojik bir çalışmada alkol madde kullanan ergenlerin yaş ortalaması $17,5 \pm 1,5$ olarak bulunmuştur (Omari ve ark. 2015).

Örneklemin eğitim durumu değerlendirildiğinde, %47,8'inin (n=22) örgün eğitime devam ettiği, %17,4'ünün (n=8) açık liseye gittiği, %34,8'i (n=16) eğitime devam etmediği

görülmektedir. AMKB'li ergenlerin mizaç özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, madde kullanan ergenlerin sağlıklı kontrollere göre daha az okula devam ettikleri, bununla beraber okula devam edenlerin, okul başarılarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirtilmiştir (Başay ve Yüncü 2010). Okula devam etmenin madde kullanım riskini azalttığı düşünüldüğünde, aynı çalışmada 8 yıl eğitim alanlarda, 11 yıl ve üstü eğitim alanlara göre AMKB riskinin 7,7 kat arttığı belirtilmiştir. Fransa'da yapılan ve 17 yaşındaki ergenlerin dahil edildiği geniş örneklemli bir çalışmada 16 yaş öncesi esrar kullanımı olan olguların %5,3'ünün okula devam etmedikleri belirtilmiştir (Legleye ve ark 2010). Lynskey ve arkadaşlarının adolesanlarda madde kullanımının eğitim durumuna etkisini inceledikleri bir gözden geçirme çalışmasında, madde kullananların sağlıklı kontrollere göre daha düşük akademik performans gösterdikleri ve okula devam durumlarının daha az olduğu belirtilmiştir (Lynskey 2000). 2016 yılında Kore'de 72.060 adolesan üzerinde yapılan bir araştırmada, madde kullanan adolesanların kullanmayanlara göre eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu vurgulanmıştır (Park 2016). Çalışmamızda kontrol grubunun da AMKB tanısı alan olgulardan oluşması sağlıklı kontrollerle karşılaştırma imkanı vermemektedir. Ancak örneklem grubunun yaklaşık olarak yarısının örgün eğitime devam etmediğine bakılırsa, çalışmamız bu açıdan yazın ile uyumludur.

Sosyoekonomik düzey (SED) dağılımı açısından örneklem grubu değerlendirildiğinde, %37'sinin (n=17) düşük, %41,3'ünün (n=19) orta, %21,7'sinin (n=10) yüksek sosyoekonomik düzeye sahip olduğu görülmüştür. Görüldüğü gibi düşük-orta SED örneklemin çoğunluğunu oluşturmaktadır. Ülkemizde yapılan AMKB tanılı ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada, AMKB olan ergenlerin ailelerinin aylık gelirlerinin ortalamasının, sağlıklı kontrollerin ortalamasından daha düşük olduğu belirtilmiştir (Yüncü ve ark 2009). Bu çalışmaya paralel olarak 10-15 yaş aralığındaki adolesanlarda alkol madde kullanımı ve sosyoekonomik düzeyin ilişkilendirildiği bir metaanaliz çalışmasında,

düşük SED'e sahip kişilerde AMKB'nin %22 oranda daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (Lemstra 2008). Park tarafından 2016'da yapılan bir çalışmada madde kullanım bozukluğu olan adolesanların SED'leri madde kullanmayanlara oranla daha düşük bulunmuştur. Bizim çalışmamızda örneklemin çoğunluğunu oluşturmaya da düşük SED'nin fazlalığı literatürü destekler niteliktedir.

Anne eğitim düzeyi açısından bakıldığında, örneklemin % 8,7'sinde (n=4) okula gitmediği, %67,4'ünde (n=31) ilköğretim, % 15,2'sinde (n=7) lise, %8,7'sinde (n=4) ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Baba eğitim düzeyi açısından bakıldığında, örneklemin %4,9'unda (n=2) okula gitmediği, %73,1'inde (n=30) ilköğretim, %19,5'inde (n=8) lise, %2,4'ünde (n=1) ise üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Çalışmamızla benzer yaş grubunda 2000'den fazla öğrencinin dahil edildiği, madde kullanan ergenlerin bağlanma stillerinin incelendiği bir çalışmada anne-babaların büyük çoğunluğunun ilköğretim mezunu oldukları bunu sırasıyla lise, üniversite ve okur-yazar olmamanın izlediği bildirilmiştir (Tari Cömert 2014). AMKB tanılı ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç özelliklerinin araştırıldığı bir çalışmada AMKB olan ergenlerin ebeveynlerinin eğitim düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuştur (Yüncü ve ark 2009). Ergenlerde AMKB'nin araştırıldığı epidemiyolojik bir çalışmada, örneklem ortalamasının üzerinde madde kullanan ergenlerin anne-baba eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir. Yine bu çalışmada son 1 ayda madde kullanan ergenlerin anne-baba eğitim düzeylerinin son bir yılda madde kullanan ergenlerin anne-baba eğitim düzeylerinden daha düşük olduğu vurgulanmıştır (Omari ve ark. 2015). Kore'de yapılan geniş örneklemlili bir çalışmada, madde kullanan adolesanların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri, madde kullanmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük olduğu bildirilmiştir (Park 2016). Buradan hareketle anne-baba eğitim düzeyinin koruyuculuğundan söz etmek mümkündür. Çalışmamız anne-baba eğitim düzeyindeki düşüklük açısından yazınla uyumlu bulunmuştur.

Örneklem grubuna anne ve babanın psikiyatrik bir destek alması açısından değerlendirildiğinde, annelerin %26,1'inin (n=12), babaların %22'sinin (n=9) en az bir defa psikiyatri polikliniğine başvurdıkları görülmüştür. Yüncü ve arkadaşlarının madde kullanan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç özelliklerini incelediği bir çalışmada, AMKB olan ergenlerin ebeveynlerinin %51,1'inde, kontrol grubu ebeveynlerinin ise %12.5'inde şu an ya da geçmişte en az bir psikiyatrik hastalık yaşadıkları belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda oranın düşük olması, bu bilginin ergenlerin öz bildirimleri sonucu alınması ile açıklanabilir.

Örneklem grubunda annede sigara kullanımının %47,8 (n=22), babada ise bu oranın %75,6 (n=31) olduğu görülmektedir. Alkol kullanımı açısından bakıldığında, annelerin %87'sinin (n=40) alkol kullanmadığı, %13'ünün (n=6) ise sosyal içici olduğu görülmektedir. Babaların ise %39'unun (n=16) alkol kullanmadığı, %39'unun (n=16) sosyal içici olduğu, %22'sinin (n=9) ise düzenli olarak alkol kullandığı görülmektedir. Ebeveynlerin sigara kullanımının çocukların sigara kullanımına olan etkisinin incelendiği 11 yıllık bir kohort çalışmasında, sigara içmeyen ebeveynlerin çocuklarında sigara kullanımının %8, sigara içen ebeveynlerin çocuklarında ise ebeveynin sigara kullanım şiddetine göre %23-%29 oranında sigara kullanım oranının olduğu bildirilmiştir (Vuolo 2013). 2003 yılında yapılan bir toplum tarama, çalışmasına göre hiç alkol almayanların oranı %83.5 bulunmuştur. Bu oran erkekler için %70.4, kadınlar için %91.1'dir (Üstün ve ark, 2003). Bu bilgiye göre bizim çalışmamızda ebeveynlerde alkol kullanımı toplum örnekleminden fazladır. İzlanda'da yapılan AMKB tanısı almış 19.000 kişi üzerinde yapılan bir çalışmada, AMKB tanılı bireylerin akrabalarında alkol ve madde kullanım sıklığının 2,3-7,3 kat arttığı bildirilmiştir (Tyrfingsson 2010). Amerika'da yapılan bir çalışmada ise ebeveynlerde alkolizm tanısının varlığının, adolesanlarda madde kullanım sıklığını artırdığı gösterilmiştir (Hussong 2012). Ebeveynlerin alkol ve sigara kullanım sıklıkları açısından çalışmamız yazın ile uyumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda örneklem grubunun %21,7'sinin (n=10) parçalanmış aileye sahip olduğu görülmektedir. 2010 yılında Başay ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada AMKB olgularının, %25'inin, sağlıklı kontrollerin ise %8'inin parçalanmış aileye sahip oldukları, parçalanmış ailede yaşayan ergenlerin, ebeveynleriyle yaşayanlara göre AMKB riskinin 13 kat arttığı belirtilmiştir (Başay ve Yüncü 2010). Ülkemizde yapılan bir çalışmada parçalanmış aile çocuklarının normal aile çocuklarına göre; daha fazla adli kurumlara yansıyan olaylar içinde yer aldıkları, daha fazla kendine zarar verici davranışta bulundukları, alkol madde kullanım oranlarının yüksek olduğu, daha az psikolojik destek alabildikleri saptanmıştır (Ulusoy ve ark 2005). Kore'de adolesanlarda madde kullanım sıklığının araştırıldığı geniş örneklemli bir çalışmada, madde kullanan adolesanların madde kullanmayanlara oranlara parçalanmış aileden gelme oranlarının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Park 2016) Parçalanmış aile oranı açısından çalışmamız yazınla uyumlu bulunmuştur.

AMKB ile diğer ciddi psikiyatrik bozuklukların bir arada görülmesi %50-90 gibi oranlardadır ve aralarında çift yönlü bir ilişki vardır (Yargıç ve Vardar 2014). Bizim çalışmamızda da bu duruma paralel olguların %93,8'inin en az bir psikiyatrik eş tanıyı karşıladığı görülmektedir. Çalışmamızda DEHB, olguların %82,6'sında AMKB'ye komorbid olarak bulunmaktadır. Son yıllarda yapılan iki meta-analiz çalışmasında DEHB'nin tüm dünyadaki birleştirilmiş sıklığı (pooled prevalance) %5,29 (Polanczyk ve ark 2007) ve %5,9-7,1 (Wilcutt 2012) olduğu öne sürülmüştür. Çalışmalar arasındaki farklı sonuçların, sıklıkla metodolojik farklılıklardan kaynaklandığı söylenmektedir. Ülkemizde ilköğretim öğrencileri üzerinde yapılan ve DSM-IV kriterlerine göre yarı yapılandırılmış K-SADS görüşmesinin uygulandığı 4 yıllık bir prevelans çalışmasında DEHB'nin sıklığının %12,22 ile %13,38 arasında olduğu gösterilmiştir (Ercan ve ark 2013). Görüldüğü gibi çalışmamızın ortalaması toplum ortalamasından belirgin biçimde yüksek bulunmuştur. Çalışmamızla paralel, 10 yıllık bir izlem çalışmasının sonucunda, DEHB'nin madde kullanım bozuklukları ve sigara kullanımı için risk faktörü olduğu

gösterilmiştir (Wilens 2011). Yukarıda sözü edilen AMKB tanılı ergenlerin mizaç özelliklerinin incelendiği çalışmada, DEHB komobiditesi %66 bulunmuştur (Başay ve Yüncü 2010). DEHB'lilerin yaşlıtlarına oranla 6.2 kat daha fazla alkol madde kötüye kullanma riskleri vardır (Levy 2014). Yapılan bir meta-analiz çalışması, çocuklukta DEHB'nin ergenlikte nikotin ve yetişkinlikte alkol ve madde kullanım bozukluğu için risk faktörü olduğu belirtilmiştir (Charach 2011). 4936 AMKB tanılı ergeni kapsayan bir çalışma, bu grup için DEHB oranını %61-64, davranım bozukluğunu %72-74 ve major depresif bozukluğu %53 olarak bildirmiştir (Chan 2008). Ayrıca 10 ülkede yapılan çok merkezli ve geniş kapsamlı bir çalışmada, 3558 AMKB tanısı olan erişkin bireyde %40,9 oranında DEHB eş tanısı olduğu gösterilmiştir (Van de Glind 2013).

Çalışmamızda yapılan klinik görüşme sonucu olguların %41,3'ünde majör depresif bozukluk saptanmıştır. 2010 yılında EGEBAM'da yürütülen bir çalışmada, AMKB olan olguların %38'inde majör depresyon saptanmıştır (Başay ve Yüncü 2010). Klinik çalışmalarda AMKB olan olguların %20 ile %50'unda depresyon eşlik eden tanı olarak yer almaktadır (Cheng 2005). 1500 ergenin izlediği bir çalışmada AMKB olan olguların % 80'nin yaşam boyu ek bir tanıya sahip olduğu ve %48'inde depresyonun eşlik eden tanı olduğunu bildirilmiştir (Rohde 1996). İran'da yapılan ve AMKB tanılı adolesanların ve sağlıklı kontrollerin dahil edildiği bir çalışmada bağımlı grubun anlamlı olarak Beck Depresyon Envanteri ortalama skorunun yüksek bulunduğu gösterilmiştir (Sajjadi 2015). 4936 AMKB tanılı ergeni kapsayan bir çalışma, bu grup için DEHB oranını %61-64, davranım bozukluğunu %72-74 ve major depresif bozukluğu %53 olarak bildirmiştir (Chan 2008).

Çalışmamızda Davranım Bozukluğu (DB) %30,4 oranında eş psikiyatrik hastalık olarak tespit edilmiştir. Yazındaki çalışmalara bakıldığında AMKB olan ergenlerde davranım bozukluğu görülme sıklığı %25 ile %80 arasında değişmektedir (Cheng 2005). Çocuk ve ergenlik dönemindeki davranım bozukluğu, erken yetişkinlik dönemindeki AMKB'ye ve diğer

psikiyatrik bozukluklara yakalanma riskini artırmaktadır (Cohen 2003). Davranım bozukluğunun ileri erişkin dönem sonuçlarının araştırıldığı bir çalışmada, DB olan bireylerin ilerisi için duygudurum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve AMKB açısından yüksek risk taşıdıkları bildirilmiştir (Sylvana 2002). AMKB tanılı ergenlerin mizaç özelliklerinin incelendiği çalışmada, DB komorbiditesi %35 bulunmuştur (Başay ve Yüncü 2010). 4936 AMKB tanılı ergeni kapsayan bir çalışma, bu grup için davranım bozukluğunu %72-74 olarak bildirmiştir (Chan 2008). Brezilya'da suça karışmış 69 ergen ile yapılan bir kohort çalışmasında, eş tanı olarak DB %59,4 olarak bulunmuştur (Doria 2015).

Karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKB), çocuğun otorite figürleriyle ilişkisinin ve kurallara uyumunun bozuk olması durumudur. KOKB'nin ortalama sıklığının %3-10 arasında değiştiği bildirilmiştir (August 1996, Bird ve ark 2006, Lahey ve ark. 1994). Bizim çalışmamızda örneklemin %63'ünün bu tanıyı karşıladığı görülmektedir. KOKB tanısı sıklıkla DEHB tanısıyla birlikte görülmektedir. KOKB olgularının küçük bir kısmında antisosyal davranışların görülmesi ve sonrasında davranım bozukluğu tanısının konması oldukça kötü bir klinik gidiştir. KOKB tanı kriterlerinin çoğunu karşılayan ve şiddetli bir klinik tabloya sahip olan olgular ileriki yıllarda davranım bozukluğu gelişmesi için risk taşırlar. KOKB belirtilerinin çok erken yaşta başlaması, ailede antisosyal kişilik bozukluğu olması ve alkol-madde kullanım bozukluğunun olması davranım bozukluğu tanısını alması için risk faktörüdür (Satterfield 1997, Sylvana 2002). Yıkıcı davranış bozukluklarının ergenlik dönemindeki madde kullanım bozukluğuna olan etkisinin incelendiği bir çalışmada, çocukluk çağı KOKB bulgularının geç ergenlikte madde kullanımı açısından önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada DEHB'ye komorbid KOKB'nin yalnız başına DEHB tanılı olgulara göre 3 kat daha fazla madde kullandıkları vurgulanmıştır (TPD Yayınları, AMKB tanı tedavi el kitabı 2012).

Örnekleminizde olguların % 28,3'ünün anksiyete bozukluğu (AB) tanısı aldığı görülmektedir. Anksiyete bozuklukları ile AMKB arasında güçlü bir ilişki vardır (Kushner MG 2000). Klinik

ve genel toplum örneklemlerinde AB ile AMKB birlikteliğinin sık olduğu ve her bir bozukluğun tek başına bulunmasına göre daha olumsuz sonuçlara neden olduğu bilinmektedir (Swendsen 2000, Conway 2006). Klinik çalışmalarda AMKB olan olgularda anksiyete bozukluğu % 16 ile %35 arasında değişmektedir (Cheng 2005). Adölesanlarda sosyal anksiyete ve madde kullanımı arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bir çalışmada, sosyal anksiyetenin yasa dışı madde kullanım yaşını aşağıya çektiği vurgulanmıştır (Maria 2015).

Yukarıda sözü edilen komorbid durumlar açısından çalışmamız yazın ile uyumlu bulunmuştur. Ancak yazında AMKB ve KOKB eş tanı oranları ile ilgili bir bilgiye rastlanmamıştır.

Erken yaşta sigara kullanımı, sonraki dönemde madde kullanımı için bir risk faktörüdür (Grant 1998, Hayatbakhsh 2013). Örneklem grubuna sigara kullanımı açısından bakıldığında, olguların % 91,3'ünün sigara kullandığı ve sigaraya başlama yaşının ortalama $12,3 \pm 1,81$ olduğu görölmektedir. Yüncü ve arkadaşlarının 2006 yılında yayınladıkları çalışmada olguların %94,4'ünün sigara kullandığı, sigara başlama yaşının ise $12,3 \pm 2,72$ olduğu bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan ve bir çocuk ve ergen alkol madde araştırma ve tedavi merkezine başvuran olguların incelendiği bir çalışmada olguların %94,6'sının sigara kullandığı bildirilmiştir (Şeref ve ark 2014). ABD'de yapılan ortaokul ve lise öğrencilerinin sigara kullanım durumunun bildirildiği raporda, 4,6 milyon öğrenciden 2,2 milyonun en az bir tütün ürünü kullandığı bildirilmiştir (Linda 2015). Çalışmamızda madde kullanan olguların sigara kullanma oranları ve başlama yaşları yazınla uyumlu bulunmuştur.

Örneklem grubuna alkol ve kullandıkları maddeler açısından bakıldığında, olguların, %93,5'inde alkol, %93,5'inde esrar, %69,6'sında ekstazi, %69,6'sında sentetik esrar, %45,7'sinde uçucu madde, %23,9'unda ise benzodiazepin, %8,7'sinde ise eroin kullanım öyküsünün olduğu görölmektedir. Olguların sözü edilen bu maddelere başlama yaşı

ortalamları ise; alkolde $13,4 \pm 1,2$, esrarda $13,9 \pm 1,3$, ekstazide $14,4 \pm 1,1$, sentetik esrarda $15 \pm 1,3$, uçucu maddede $14,8 \pm 1,1$, benzodiazepinde ise 15 ± 1 olduğu görülmektedir.

Esrar kullanımı tıpkı sigara kullanımı gibi diğer maddelerin kullanımından önce başlar ve diğer maddelerin kullanımı için bir risk faktörüdür (Lynskey 2003, Agrawal 2004). Bu bilgiyle paralel; çalışmamızın yapıldığı EGEBAM'ın 2003-2005 verileri incelendiğinde, en sık kullanılan maddenin sigaradan sonra %75,2 ile esrar olduğu ardından sırasıyla, inhalan %53,8, eksazi %43,6, alkol %43,2, benzodiazepin %31,4, opioid kullanımın %0,3 olduğu bildirilmiştir aynı çalışmada maddeye başlama yaşı $13,7 \pm 2,16$ olarak bulunmuştur. (Yüncü ve ark 2006). Ülkemizde yapılan bir çocuk ve ergen madde bağımlılığı araştırma ve tedavi merkezine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve kullandıkları madde türlerinin incelediği bir çalışmada olguların %94,6'sının sigara %43'ünün ise alkol kullandığı bildirilmiştir. Çalışmaya alınan olguların madde kullanım oranlarına bakıldığında, %85,3 esrar, %43 uçucu madde, %22 ekstazi, %8,5 benzodiazepin olduğu vurgulanmıştır (Şeref ve ark 2014). İlk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığını araştıran bir çalışmada esrar deneme yaşı ortalaması; ilköğretimde ve orta öğretim öğrencileri arasında sırasıyla $12,8 \pm 1$, $13,8 \pm 1,9$ yaş olarak saptanmıştır. Uçucu madde kullanım yaşı ilkokul ve ortaöğretim öğrencilerinde sırasıyla $12,0 \pm 2,2$, $13,4 \pm 1,8$ olarak bildirilmiştir (Ögel 2003). Esrar kullanımın yaygınlığını araştıran bir başka çalışmada ilköğretim ve ortaöğretim öğrencileri için sırasıyla $12,2 \pm 2$, $13,8 \pm 1,93$ olarak bulunmuştur. İlk olarak ekstazi deneme yaşı ortalaması ise $13,4 \pm 1,9$ olarak bulunmuştur (Ögel 2003). Çalışmamız madde kullanım oranları ve maddeye başlama yaşları açısından çalışma merkezimizin verileri ve ülkemiz diziniyle büyük oranda uyumlu bulunmuştur. Yurt dışı verilerine bakıldığında, Kore'de 14-18 yaş arası 72.060 adolesanin dahil edildiği internet tabanlı bir anket çalışmasında, sigara alkol ve yasa dışı madde kullanım oranlarının sırasıyla, %19,9, 40,3 ve 0,4 olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada madde kullanan adolesanlar arasında sigara kullanım oranının %85,1 olduğu, alkol kullanım oranının %78,6

olduğu, yasa dışı maddelere bakıldığında, en sık kullanılan maddenin inhalan madde olduğu bunu sırasıyla esrar, stimölan ve diğer maddelerin izlediği bildirilmiştir (Park 2016). Bu çalışmada bulunan madde sıklıklarının çalışmamızla ve ölkemizdeki yazınla uyumlu olmaması, madde tercihlerinin ölkeden öлкеye farklılık gösterebileceği ile açıklanabilir. Ayrıca alışmamızda alkol kullanım oranlarının yazına oranla daha fazla bulunması, yöntem bilimsel farklılıklardan ve zamanla alkole ulaşılabilirliğin daha kolay olması ile açıklanabilir.

Çalışmamızda dikkati çekilmesi gereken bir başka konu sentetik esrar kullanım sıklığıdır. Bu oran çalışmamızda %69,6, başlama yaşı ise $15\pm1,3$ olarak bulunmuştur. Türkiye’de özellikle son birkaç yılda popüler olan ve “yeni nesil” sentetik kannabinoid olarak adlandırılan “bonzai” kullanımının artması toplum sağlığına karşı bir tehdit yaratmaktadır (Seely 2012) alışmamızda bu maddeye başlama yaşının yüksek olması bu durumu destekler niteliktedir. Amerika Birleşik Devletleri’nde acil servis ve adli kliniklere sentetik esrar kullanımının olumsuz sonuçları nedeniyle başvuruların arttığı, Almanya’da ise 15-18 yaş grubundaki kişilerin yüzde 6’sının bu maddeyi denemiş olduğu bildirilmiştir (Brent 2013, Kalyoncu ve ark. 2014). Ölkemizde sentetik esrar kullanım sıklığının araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

5.2. Ölçeklerdeki Değişim Yönünden Grupların Karşılaştırılması

5.2.1. Beck Depresyon Envanteri (BDE)

SÇT terapisi daha öncede değinildiği gibi bir bilişsel davranışçı terapi (BDT) yöntemidir. BDT yöntemleri depresyonun tedavisinde tek başına veya farmakoterapi ile kombine edilerek etkili bir biçimde kullanılmaktadır. Günümüzde yan etkilerinin az oluşu, aşırı dozda öldürücü olmamaları ve plaseboya göre üstünlüklerinin kanıtlanmış olması nedeniyle seçici seratonin geri alım inhibitörleri (SSGİ) orta-ciddi majör depresif bozukluk (MDB) tanılı çocuk ve ergenlerin tedavisinde birinci seçenek olarak kullanılmaktadır. Hafif-orta şiddette MDB tanılı çocuk ve ergenlerin tedavisinde birinci seçenek olarak BDT uygulanması önerilmektedir (Melvin ve ark. 2006). Depresyon tanılı ergenlerin tedavisi (Treatment of Adolescent with Depression (TADS), 1998'den bu yana çok merkezli yürütülen bir çalışmadır. Bu çalışma kapsamındaki araştırmalar 4 ayrı tedavi metodunun (yalnızca ilaçla tedavi, ilaç+BDT, yalnız BDT ve plasebo) etkilerini ve aralarındaki ilişkileri incelemektedir. TADS içerisinde sunulan veriler; 2004'te 12 hafta süreli tedavi gruplarında, kombine tedavinin, tek başına fluoksetin veya tek başına BDT'ye göre depresyonu daha hızlı iyileştirdiği bildirilmiştir. 2009 yılı TADS verilerine göre 12.haftada yanıt oranları BDT, fluoksetin+BDT ve fluoksetin grupları grupları için sırasıyla %44,%71 ve %61 olarak bildirilmiştir. Ancak 36.haftada gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır (AACAP 2007, TADS Team 2009). Ergenlerde SSGİ dirençli depresyon tedavisi (Treatment of SSRI-Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) araştırmasında ise 12.haftada ilaç+BDT alan hastalar tek başına ilaç değişimi yapılanlara göre daha yüksek oranda değişim göstermiştir (AACAP 2007).

BDE'nin ortalama skorunun değişimi açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunun terapi ile BDE ortalama skorunun $20,5 \pm 11,3$ 'ten $9 \pm 8,4$ 'a, kontrol grubunun BDE ortalama skorunun ise zaman içerisinde $19,1 \pm 10,3$ 'den $12,8 \pm 8,6$ 'e düştüğü görülmektedir. Zaman içerisinde

grupların gösterdikleri bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p=0,001$). BDE ortalama skorlarındaki düşüş, SÇT grubunda kontrol grubundan daha fazla olmasına rağmen aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,645$).

Gruplara BDE'nin sınıflandırılmış şekliyle bakıldığında, SÇT grubunun %80'sinin ($n=24$) 1.ölçümde depresyon tanısını karşıladığı, 2. ölçümde bu oranın %30'a ($n=6$) düştüğü görülmüştür. Bu değişimin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ($p=0,001$). Kontrol grubuna bakıldığında 1. ölçümde %81,2'sinin ($n=13$) depresyon tanısını karşıladığı, 2. ölçümde bu oranın %56,2'ye düştüğü ($n=9$) düştüğü görülmüştür. Bu değişim istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,125$).

Çalışmamızda bir BDT tekniği olarak SÇT'nin ilaç tedavisiyle kombine edildiğinde, tedavi etkinliğinin artması yazınla uyumlu bir bulgu olarak verilebilir.

Madde kullanım bozukluğu ile başka bir psikiyatrik bozukluğun binişikliği oldukça sıktır. Etkin tedavi için tüm eş tanılarının bilinmesi önemlidir. Majör depresif bozukluk (MDB), alkolizmi olan ergenlerde sık görülen psikiyatrik bir komorbiditedir. Bu komorbidite erişkinlere oranla daha yüksektir (Kaplan&Sadock 2012). 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 (Deborah 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 vardır (Kaplan&Sadock 2012). MDB'nin kişinin psikososyal uyumunu bozan bir bozukluk olduğu düşünöldüğünde, 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 2012). Çalışmamız depresyon skorlarının değerlendirildiği iki çalışma ile uyumlu de bulunmuştur. Ayrıca sadece adolesan yaş grubunun dahil edilesi nedeniyle de diğer çalışmalardan farklılaşmaktadır.

5.2.2. Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (KAYBÖ)

Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluklarının (AB) tedavisi BDT temellidir. AB tanılı çocuk ve ergenlerde BDT'nin etkinliği kanıtlanmıştır. Tedavide amaç kaçınma davranışını azalmaya yöneliktir (Diler 2003). BDT'nin anksiyete bozukluğu 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 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 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 J

2010). SÇT'nin MDB ve anksiyete bozukluğu tedavisindeki etkinliğinin araştırıldığı internet aracılığıyla yapılan bir çalışmada, SÇT'nin depresyon üzerinde etkili bulunduğu ancak anksiyete bozukluğunda, depresif bozukluktaki değişim güçlü kanıtların bulunmadığı vurgulanmıştır (Annet K. 2015).

KAYBÖ'nün ortalama skorunun değişimi açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunda terapi ile KAYBÖ ortalama skorunun $27,4 \pm 15,6$ 'ten $22,7 \pm 17,7$ 'ye, kontrol grubunda KAYBÖ ortalama skorunun ise zaman içerisinde $30,1 \pm 9,9$ 'ten $23,9 \pm 13$ 'e düştüğü görülmektedir. Zaman içerisinde grupların gösterdikleri değişimler istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,001$). KAYBÖ ortalama skorlarındaki düşüş açısından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,654$). KAYBÖ'nün alt testleri açısından değişim Tablo 31 ve Tablo32'de verilmiştir.

Çalışmamızda SÇT grubunda KAYBÖ ortalama skorundaki azalmanın istatistiksel olarak anlamlı bulunması, yazında belirtildiği gibi ilaç+BDT yaklaşımlarının anksiyete bozukluğunun tedavisindeki etkinliği ile uyumludur. Ancak KAYBÖ ortalama skorlarındaki düşüş açısından gruplar arasında fark olmaması SÇT grubunun kontrol grubuna oranla daha az ilaç kullanıyor olması ile açıklanabilir. Bununla birlikte yazında çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğunun tedavisinde sorun çözme terapisinin uygulandığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Anksiyete bozuklukları ile AMKB arasında güçlü bir ilişki olduğuna (Kushner MG 2000) ve klinik ve genel toplum örneklemelerinde AB ile AMKB birlikteliğinin sık olduğuna daha önce değinilmişti (Swendsen JD 2000, Conway KP 2006). Madde kullanım bozukluğu ve anksiyete bozukluğu arasındaki ilişki incelendiğinde; sosyal anksiyete ve ayrılık anksiyetesi daha az bağlantılı bulunmuşken, yaygın anksiyete bozukluğu ve panik bozukluk ile daha çok bağlantılı bulunmuş, aralarında daha güçlü bir ilişki saptanmıştır (McCauley 2014).

Bizim çalışmamızda da yapılan klinik görüşme sonucunda örneklem grubunun %28,3'ünde AMKB'ye komorbid anksiyete bozukluğunun bulunduğu görülmektedir. 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 BF 2005, Burns L. 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 SE. 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.

KAYBÖ'nün alt testleri açısından değişim Tablo 31 ve Tablo 32'de verilmiştir. PSB alt ölçek skorunun her iki grupta da anlamlı bir şekilde düştüğü görülmektedir ($p=0,018, p=0,018$). Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,963$). Yazında adolesan ve erişkin yaş grubunda panik veya somatik bozukluğun tedavisi amacıyla SÇT'nin kullanıldığı bir çalışmaya rastlanmamıştır.

YA alt ölçek skorunun SÇT grubunda anlamlı bir şekilde düştüğü ($p=0,006$), kontrol grubunda ise bir değişim olmadığı görülmektedir ($0,655$). Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığı görülmektedir. ($p=0,130$). Strok (inme) sonrası gelişen yaygın anksiyete bozukluğunda, SÇT, essitalopram ve plasebonun karşılaştırıldığı randomize kontrollü bir çalışmada, plasebo alan grupta, ilaç alan gruba göre 4,9 kat, SÇT alan gruba göre ise 4 kat daha fazla YAB geliştiği belirtilmiştir. Aynı çalışmada SÇT ve essitalopramın her ikisinin de strok (inme) sonrası gelişen YAB'de etkili olduğu vurgulanmıştır (Mikami K 2014). Yazında YAB'de SÇT'nin etkinliğinin araştırıldığı adolesan yaş grubunda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

AA alt ölçek skorunun SÇT grubunda anlamlı bir şekilde düşmediği ($p=0,178$), kontrol grubunda ise anlamlı şekilde düştüğü görülmektedir ($0,010$). Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,245$). Kontrol grubunda bu düşüşün daha fazla olması, birinci ölçüm AA skorunun kontrol grubunda daha yüksek olmasıyla ve SÇT grubundaki olguların daha az ilaç kullanıyor olmasıyla açıklanabilir. Yazında AA'da SÇT'nin etkinliğinin araştırıldığı adolesan ve erişkin yaş grubunda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

SF alt ölçek skorunun SÇT grubunda anlamlı bir şekilde düşmediği ($p=0,888$), kontrol grubunda ise anlamlı şekilde düştüğü görülmektedir ($0,024$). Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p=0,184$). Kontrol grubunda bu düşüşün daha fazla olması, birinci ölçüm SF skorunun kontrol grubunda daha yüksek olmasıyla ve SÇT grubundaki olguların daha az ilaç kullanıyor olmasıyla açıklanabilir. Burada dikkat edilmesi gereken başka bir konu yöntemde de belirtildiği gibi kontrol grubuna alınan olguların, oturumlara gelmek istemeyen veya vakti olmayan olgulardan oluşmasıdır. Ancak SF alt ölçek puanı gösteriyor ki kontrol grubunun birinci ölçülen SF ortalamaları SÇT grubundan istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir. Yani olguların oturumları kabul etmemelerinin temelinde SF skorlarının yüksek bulunması olabilir.

Örneklemin büyük çoğunluğunun örgün eğitime devam etmeyen olgulardan oluştuğu daha önceki bölümde belirtilmişti. Bu yüzden OF alt ölçeği bulgular kısmında verilmiş ancak değerlendirme dışı bırakılmıştır.

5.2.3. Tedavi Motivasyon Anketi (TMA)

Tedavi için motivasyon, kendine özgü aşamaları olan bir süreçtir (Prochaska JO. 1982,1992). Uygun olmayan motivasyon hastaların tedaviyi yarım bırakması, hastalığın tekrarı ve olumsuz tedavi seyri için bildirilen en sık nedenlerdendir (Ryan RM. 1995). Tedavide kalma süresi ve tedaviye katılım, tedavi süresince oluşan motivasyonel değişikliklerle güçlü bir şekilde ilişkilidir (Joe GW, 1998, DiClemente CC 1999). Değişim Modelinin Transteorik Aşamaları Modeli (The Transtheoretical Stages of Change Model) davranışsal değişim süreci için yaygın olarak kullanılan bir kavramdır. Değişimin beş aşaması vardır. Bunlar; niyet öncesi (değişimi henüz düşünmüyor), niyet (değişimi düşünüyor ancak harekete geçmiyor), hazırlık (değişimi planlıyor), eylem (kişinin davranışlarında değişiklik yapması) ve sürdürme (kişi yeni davranışı koruyabilmek için yaşam şeklini değiştiriyor) şeklinde kategorize edilmiştir. Değişim için hiç niyet olmamasından (niet öncesi) yeni davranışı sürdürmek için belirgin davranışsal değişikliğe ulaşmaya (sürdürme) değişen değişik motivasyon düzeyleri ile ilişkilidir (Prochaska JO. 1982). Motivasyon ve değişime hazır olma kişiden kişiye farklılık gösterir. Bu düşünceden hareketle motivasyonu artırmak çeşitli görüşme teknikleri ve tedaviler geliştirilmiştir. (DiClemente 1992, Higgins 1993, Miller 1991, Stitzer 1993). AMKB tedavisi için motivasyonun çok boyutlu olduğunu ve kişinin içsel baskıyı, dışsal baskıyı, tedaviye hazır olmayı ve tedavi programının uygunluğunu algılayış şekli ile ilgili olduğu bildirilmiştir (DeLeon ve ark. 1986). İçsel düşünce ve duygular olduğu kadar dışsal etki ve baskılar da kişinin davranışını değerlendirmesi ve değişimi sağlamasına katkıda bulunmaktadır (Cunningham JA. 1994). Değişim için motivasyon kaynağını değerlendiren çalışmalar motivasyonun içsel kaynaklarını (başarma duygusu) dışsal kaynaklarla (finansal dürtü) karşılaştırmıştır (Deci EL 1985). Genel olarak içsel motivasyon dışsal motivasyona göre daha uzun süreli değişim ile ilişkilidir (Deci EL 1987). Her ne kadar içsel motivasyon uzun süreli başarıda daha etkili görünse de dışsal motivasyonun alkol ve maddelerden kısa süreli uzak kalmayı (ayıklığı)

sağladığı düşünülmektedir. (Higgins ST. 1993, Stitzer ML, 1993). Yatarak tedavi gören alkol bağımlıları arasında, tedaviye katılmaları şimdiki dışsal baskılara bağlı olanlar (iş, eş ya da ehliyet kaybı), bu motivasyonel etkenleri olmayanlara göre daha iyi tedavi seyri göstermişlerdir. Bununla beraber, bu kayıpları daha önceden var olanların tedavi seyri daha kötü olmuştur. Dışsal motivasyonların etkinliği sınırlı olduğundan klinisyenler dışsal motivasyonu içsel motivasyona değiştirmek için çaba harcarlar. (Krampen 1989)

Motivasyonel müdahalelerin tamamının değerlendirildiği bir gözden geçirme çalışmasında, motivasyonel tekniklerin kullanımıyla madde ile ilişkin problemlerin azaldığı belirtilmiştir (Tevyaw TO 2004). 13-18 yaş arası 170 AMKB tanılı adolesan değerlendirildiği bir çalışmada, olgulara 10 hafta boyunca CBT uygulanmış ve tedavi motivasyonlarının arttığı belirtilmiştir. Aynı çalışmada tedavi motivasyonunun artmasıyla madde kullanım miktarının azaldığı vurgulanmıştır (Kaminer Y 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 RA. 2011). DSM-5'e göre AMKB tanısı almış 48 adolesan alındığı bir çalışmada, olgular iki gruba ayrılmış, bir gruba yalnızca motivasyonel görüşme (MG) diğer gruba ise motivasyonel görüşmeye ek olarak normal geri bildirimlerden oluşan poliklinik görüşmesi uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda MG+poliklinik görüşmesi alan grubun alkol madde kullanım sıklıklarının, diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı belirtilmiştir (Davis JP ve ark. 2015). 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 (PawlinaMM ve ark. 2015).

Çalışmamızda SÇT grubunun TMA ortalama skorunun yükseldiği, kontrol grubunun ise azaldığı ve bu değişimlerin farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($p=0,045$). Alt ölçekler açısından bakıldığında, TMA'nın alt ölçeklerine bakıldığında, SÇT grubunda bütün alt ölçek ortalama skorları yükselirken, kontrol grubunda bu ortalama skorların düştüğü görülmektedir. Alt ölçeklerin değişimi Tablo 37 ve Tablo 38'de ayrıntılı olarak verilmiştir.

Çalışmamız kombine tedavinin ve SÇT'nin tedavi motivasyonunu artırması yönünden yazın ile uyumlu bulunmuştur. Ayrıca bir sonraki bölümde ayrıntılı olarak ele alınacak olan, tedavi motivasyonunun artması ile bağımlılık şiddetinin azalması arasındaki ilişkin yönünden de yazın ile uyumludur.

5.2.4. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Bağımlılıkta bilişsel davranışçı terapi (BDT), tedavi sonrası nüks sıklığı göz önüne alınarak, bilişsel-sosyal öğrenme modeli temelinde geliştirilmiştir (Marlatt ve Gordon 1985, Bandura 1986). 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 2016). AMKB tanılı 194 siyahi erişkinin dahil edildiği bir çalışmada, bireyler seçkisiz olarak 2 gruba ayrılmış, bir gruba motivasyonel terapi (MT) diğer gruba ise standart görüşme uygulanmış. Çalışmanın sonucunda MT uygulanan grubun bağımlılık şiddetinin standart görüşme yapılan gruba göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düştüğü belirtilmiştir (Montgomery LT ark. 2011). 2014'te yayınlanan bir çalışmada 16-63 yaş aralığındaki 279 esrar bağımlısı bireyin 149'u CBT, motivasyonel terapi ve problem çözme eğitiminin bir arada verildiği kombine bir tedavi alırken, diğer bireyler bekleme listesine alınmış. Terapi alan grupta tedavinin sonunda esrar kullanımı, terapi almayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak azaldığı bildirilmiştir (Kendi beyanları ve idrar testleri ile). 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 Motivasyonel terapi+BDT ve acil sorun yönetimi tedavisi 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 psikoeğitim 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 alınmış. Gençler için memnuniyet ölçeği, aile memnuniyet ölçeği ve idrar testi sonuçlarına göre her iki çalışma 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). Yine DSM-IV'e göre alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı tanısı almış 250 erişkin olgunun değerlendirildiği bir çalışmada, etkileşimli grup terapisinin (EGT) problem çözme eğitimini de içeren BDGT'ye üstün bulunduğu bildirilmiştir (Kadden ve ark. 2001). Aynı yaş grubunda aynı tedavilerin etkinliklerinin karşılaştırıldığı bir başka çalışmada ise, EGT ile problem çözme eğitimini de içeren BDGT'nin eşit etkinlikte oldukları vurgulanmıştır (Litt ve ark. 2003). 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). Benzer hasta grubunda psikodinamik grup terapisi(PGT) ile problem çözme eğitimini de içeren BDGT'nin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise PGT'nin daha üstün olduğu belirtilmiştir (Sandalh ve ark. 2004). Ülkemizde yapılan ve DSM-IV'e göre alkol bağımlılığı tanısı almış 90 hastanın dahil edildiği bir çalışmada standart tedaviye problem çözme eğitimini de içeren BDGT eklenmiş ancak kontrol grubu alınmamış. İzlemde olguların %72,3'ünün remisyonda kaldıkları vurgulanmıştır (Türkcan ve ark. 2001).

BAPİ'nin ortalama skorunun değişimi açısından gruplara bakıldığında, SÇT grubunda terapi ile BAPİ ortalama skorunun $8,5 \pm 3,8$ 'ten $8,2 \pm 3,3$ 'ye düştüğü, kontrol grubunda BAPİ ortalama skorunun ise zaman içerisinde $9,6 \pm 3,7$ 'dan $9,9 \pm 3,3$ 'a çıktığı görülmektedir. Zaman içerisinde grupların gösterdikleri değişimler istatistiksel olarak anlamlı değildir.($p=0,977$).

Bağımlılık şiddetinin SÇT grubunda azaldığı, kontrol grubunda arttığı görülmektedir. Ancak gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,206$).

Çalışmamız kombine tedavinin bağımlılık şiddetini daha fazla düşürmesi açısından ve BDT yaklaşımlarının bağımlılık şiddetini azaltması açısından yazınla uyumlu bulunmuştur. Bu azalmanın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmaması örneklem büyüklüğü ile açıklanabilir.

5.2.5. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (GSSÇE)

Yazında GSSÇE'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. 2000).

Çalışmamızda SÇT grubunda GSSÇE 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 farkın bulunmadığı görülmektedir.

Örneklemin alt ölçek ortalama skorları, Eskin'in 2009 yılında GSSÇE'nin geçerlik güvenirliğini yaptığı ve sağlıklı genç erişkinlerin dahil edildiği çalışmadaki ortalama skorlar ile karşılaştırıldığında, AMKB grubunun OSY, ASÇT ortalama skorlarının daha düşük olduğu bununla birlikte DDSÇT, NST, KÇST ortalama skorlarının daha yüksek bulunduğu görülmektedir. Bu da bize AMKB olan olguların sorun çözme becerilerinin düşük olduğu ve sağlıklı bireylere göre daha çok işlevsiz sorun çözme yöntemlerini kullandıklarını göstermektedir.

Bizim çalışmamızda, SÇT grubunun OSY ve ASÇT alt ölçek ortalama skorlarının terapi sonrası düşmesi beklentimizden farklı olmuştur. NSY, DDSÇT ve KÇST alt ölçek ortalama skorlarının terapi ile düşmesi hipotezimizle uyumludur. Ancak bu düşüşün istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmaması örneklem büyüklüğünün az olması ile açıklanabilir.

6. KISITLILIKLAR

1. Çalışmamızda süre kısıtlılığı nedeniyle grupların 5 hafta sonraki durumları değerlendirilmiştir. Ancak literatüre bakıldığında terapilerin daha uzun dönem etkilerine bakıldığı görülmektedir.
2. Çalışmamızın örneklem grubunun az olması bazı ölçeklerde gruplar arasında fark olmasına rağmen, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamasına yol açmıştır.
3. AMKB tanılı bireylerin sorun çözme becerilerindeki yetersizliği göstermek için sağlıklı kontrollerin alınmaması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.
4. Grupların madde kullanıp kullanmadıklarını karşılaştırmada ölçeklere ek olarak laboratuvar yöntemlerinin kullanıldığı çalışmalar literatürde bulunmaktadır.
5. Olguların ilaç kullanmaları terapi etkinliğini daha doğru değerlendirmemizi etkilemiştir. Ancak olguları ilaçsız değerlendirmenin etik açıdan sakıncalı olacağı düşünülmüştür.

7. SONUÇLAR

1. Beck Depresyon Envanteri(BDE) ortalama skorlarında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüş saptanmıştır. SÇT grubunda bu düşüşün daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak fark istatistiksel olarak anlamlı düzeyde değildir. BDE'ye gruplandırılmış haliyle bakıldığında SÇT grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzelme olduğu, kontrol grubunda ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düzelme olmadığı görülmektedir.
2. Çocukluk Çağı Kaygı Bozuklukları Özbildirim Ölçeği (KAYBÖ) ortalama skorlarında her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüş saptanmıştır. Alt ölçekler açısından bakıldığında, PSB ve YA alt ölçeklerinde SÇT grubunda istatistiksel olarak anlamlı düzelme saptanmıştır.
3. Tedavi Motivasyon Anketi (TMA) ve tüm alt ölçeklerinde SÇT grubunda artış olduğu, diğer bir deyişle tedavi motivasyonlarının arttığı, kontrol grubunun ise azaldığı ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir.
4. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) ortalama skorunun SÇT grubunda azaldığı yani bağımlılık şiddetlerinin azaldığı, kontrol grubunda ise arttığı görülmektedir.
5. Gözden Geçirilmiş Sosyal Sorun Çözme Envanteri (GSSÇE) ortalama skorunun SÇT grubunda arttığı, diğer bir deyişle sorun çözme becerilerinin arttığı, kontrol grubunda ise azaldığı görülmektedir. Bununla birlikte gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır.

Özetle; çalışmamızda hedeflenen amaçlara ulaşılmış, öne sürdüğümüz hipotezler büyük ölçüde doğrulanmıştır. Örneklem sayıları artırılarak, daha fazla sayıda çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

8. ÖZET

Giriş: Alkol-madde kullanım bozuklukları (AMKB), çok sayıda kişiyi etkileyen, pahalı sonuçları olan ve tekrarlayan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır. Sorun Çözme Terapisi (SÇT), insanın günlük yaşamda karşılaştığı problemler veya sorun durumlar karşısında zorlanmasından ve bu zorlanmanın sonucu gelişen bir takım ruhsal durumların çözülmesinde kullanılabilen bir sağaltım yöntemidir.

Amaç: Çalışmamızda, ergen yaş grubunda alkol-madde kullanım bozukluğu tanısı almış hastalarda bir bilişsel davranışçı terapi (BDT) yöntemi olan, sorun çözme terapisinin etkinliğinin araştırılması amaçlanmaktadır.

Yöntem: Tüm olgulara K-SADS ve WISC-R/WAIS-R uygulanarak tedaviye uyumu engelleyecek düzeyde ek psikopatolojileri olan ve/veya mental retardasyonu olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. 30 olgu SÇT, 16 olgu kontrol grubunda alınmıştır. BDE, KAYBÖ, TMA, GSSÇE, BAPİ her iki gruba ilk görüşmede uygulanmıştır. Her iki grubunda rutin poliklinik görüşmeleri devam etmekle beraber SÇT grubuna ek olarak 5 hafta süreyle SÇT uygulanmıştır. 5 haftanın sonunda ölçekler her iki gruba da ikinci kez uygulanmıştır.

Bulgular: Örneklemenin %45.7'si (n=21) kız, %54.3'ü (n=25) erkek, yaş ortalaması $16,3 \pm 0,84$ olarak belirlenmiştir. Tüm sosyo-demografik veriler, olguların madde kullanım özellikleri, komorbid psikopatolojileri ve ölçeklerin birinci ölçülen ortalama skorları sonuçlarına göre gruplar birbirine benzer bulunmuştur. BDE ve KAYBÖ her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüş göstermiştir. SÇT grubunda BDE'nin düşüşü daha fazla olmuştur. SÇT grubunun TMA ve GSSÇE ortalama skoru yükselirken, kontrol grubunda bu iki ölçekte azalma gözlenmiştir. BAPİ ortalama skoru SÇT grubunda düşerken, kontrol grubunda yükselmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda BDT + ilaç kombinasyonunun depresyon skorlarını daha fazla azaltması açısından yazınla uyumlu bulunmuştur. Terapi alan grubun tedavi motivasyonunun artması ve

bununla paralel bağımlılık şiddetinin azalması da yazın ile uyumludur. AMKB tanılı bireylerde komorbid tanıların tedavi seyrini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bununla birlikte düşük tedavi motivasyonu olan hastaların daha fazla kayma yaşadıkları da bilinmektedir. Bir BDT tekniği olan SÇT hem ek psikopatolojilerin sağaltımında hem de tedavi motivasyonunun artırılmasında etkili bulunmuştur. Ancak örneklem sayılarının artırılmasına ve başka çalışmalara ihtiyaç vardır.



9. ABSTRACT

Introduction: Alcohol and substance abuse disorder is a recurrent psychopathology that influences great number of individuals and accounts for expensive consequences. Problem Solving Therapy (PST) is an amelioration method which is widely used to solve the consequences of daily problems that individuals encountered.

Objective: It was aimed to assess the effect of Problem Solving Therapy, a type of Cognitive Behavioral Therapy, on the patients diagnosed with alcohol and/or substance abuse disorder.

Method: KSADS-PL and WISC-R/WAIS-R was introduced to the patients in order to exclude the ones having mental retardation and/or different psychopathology that might hamper conformity to the treatment. 30 patients were enrolled in PST, 16 patients were enrolled in control subgroups. BDI, SCARED, addiction profile index, TMQ, SPSI were applied to the both subgroups. Along with the routine outpatient follow-up for both subgroups PST was additionally administered to the PST subgroup for 5 weeks. All the scales were applied again at the end of 5 weeks.

Results: Sample was comprised of 21 females (45.7%) and 25 males (54.3%), mean age was $16,3 \pm 0,84$. The both subgroup was found statistically similar according to results of all sociodemographic data, patients' substance use features, comorbid psychopathology and primary mean scores of the scales. BDI and SCARED was shown as statistically decreased in either subgroups. Attenuation of BDI was greater in the PST subgroup. While mean scores of TMQ and SPSI of PST subgroup were increased, attenuation in the both scales was observed in the control group. Whilst mean "addiction profile index" score was decreased in PST subgroup it was increased in the control group.

Conclusion: Our study was found consistent with literature findings regarding attenuation of depression scores by CBT+pharmacotherapy. Increase in the motivation for treatment and in parallel with this alleviation of the severity of dependence were also compatible with literature. It was known that comorbidity in the alcohol and substance abuse patients adversely influences the progress of the treatment. However it was also known that recurrence was higher in patients possessing low motivation for treatment. PST which is a CBT technique was considered significant in either treatment of comorbid psychopathologies and enhancement of motivation for treatment. But large number sample size and additional studies are needed.



10. KAYNAKLAR

Agrawal A, Neale MC, Prescott CA, et al. A twin study of early cannabis use and subsequent use and abuse/dependence of other illicit drugs. *Psychol Med*. 2004; 34:1227–1237

American academy of child and adolescent psychiatry Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.2007;46(11):1503-26.

Andrea M. Hussong ve ark, Testing Whether and When Parent Alcoholism Uniquely Affects Various Forms of Adolescent Substance Use, *J Abnorm Child Psychol*. 2012 November; 40(8): 1265–1276.

August GJ, Realmuto GM, MacDonald AW, Nugent SM, Crosby R, Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior.*J Abnorm Child Psychol*. 1996; Oct;24(5):571-95.

Azrin, N. H., Donohue, B., Teichner, G. A., Crum, T., Howell, J., & DeCato, L. A. A controlled evaluation and description of individual-cognitive problem solving and family-behavior therapies in dually-diagnosed conduct-disorder and substance-dependant youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*.2001; 11, 1–46.

Bandura A. *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall. 1986.

Başay Ö, Yüncü Z, Alkol-Madde Kullanım Bozuklukları Olan Ergenlerde Mizaç Ve Kişilik Özellikleri Uzmanlık Tezi, 2010.

Beck AT, An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 1969; cilt:4;561-571

Bedell J, Lennox S. S, Smith, A. D. ve Rabinowicz E. F, Evaluation of Problem Solving and Communication Skills of Persons With Schizophrenia. *Psychiatric Research* 1998; cilt:78, 197-206.

Bird HR, Canino GJ, Davies M, Duarte CS, Febo V, Ramírez R, Hoven C, Wicks J, Musa G, Loeber R. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: I. Background, design, and survey methods. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Sep;45(9):1032-41.

Bird HR, Davies M, Duarte CS, Shen S, Loeber R, Canino GJ. A study of disruptive behavior disorders in Puerto Rican youth: II. Baseline prevalence, comorbidity, and correlates in two sites. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Sep;45(9):1042-53.

Birmaher B, Brent DA, Chiappetta L ve ark. Psychometric properties of the screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1999; 38:1230-1236.

Blanchard J. J, Sayers S. L, Collins L. M, Bellack A. S, Affectivity in the problem solving interactions of schizophrenia patients and their family members. *Schizophrenia Research*, 2004; cilt:69. 105-117.

Borkovec T.D, What is the scientific meaning of empirically supported therapy ? Castonguay, L.G, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1998; s. 136-142.

Bray S, Barrowclough C, ve Lobban F, The social Problem-solving abilities of people with borderline personality disorder. *Behaviour Research nd Therapy*. 2007; cilt:45, 1409-1417

Brents LK, Prather PL, The K2/ spice phenomenon: emergence, identification, legislation and metabolic characterization of synthetic cannabinoids in herbal incense products. *Drug Metab Review*. 2013; 1-14.

Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M, Shea MT, Keller MB., 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*. 2005;162(6):1179-87.

Burns L, Teesson M, O'Neill K, The impact of comorbid anxiety and depression on alcohol treatment outcomes. *Addiction*. 2005;100(6):787-96.

Bustini M, Stratta P, Daneluzzo E. ve Pollice R, Tower of Hanoi and WCST, Performance in Schizophrenia: Problem Solving Capacity and Clinical Corralates. *Journal of Psychiatric Research*. 1999; Cilt:33, 285-290.

Cadore RJ, Cain CA, Grove WM, Development of alcoholism in adopters raised apart from alcoholic, biologic relatives. *Arch Gene Psychiatry*, 1980; cilt: 37,561-563

Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L, , Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Med*.2010; 25:8-38

Chan YF, Dennis ML, Funk RR, Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment., *J Subst Abuse Treat*. 2008 Jan;34(1):14-24

Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention- deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(1):9-21.

Chen S. Y, Thompson S, The effect of cognitive behavioral therapy (CBT) on depression: The role of problem-solving appraisal. *Research on Social Work Practice*, 2006; cilt:16.

Cheng, K, Child and Adolescent Psychiatry The Essentials, 2005; Chapter 6 page:102.

Coche E, Flick A, Problem solving training groups for hospitalized psychiatric patients. The Journal of Psychology, 1975, Cilt 91. 19-29

Conway KP, Compton W, Stinson FS, Grant BF. Lifetime comorbidity of DSM-IV mood and anxiety disorders and specific drug use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2006;67(2):247-260.

Coşkunol H, Altıntoprak E. Alkol Kullanımının Genetik Yönleri. Klinik Psikiyatri. 1999;2:222-229.

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği, 2008;s:554-568.

Cunningham JA, Sobell LC, Sobell MB, Gaskin J. Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment, Addict Behav 1994; 19: 691-696.

Çakmakçı FK, Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2004;11(2).

Davis JP, Houck JM, Rowell LN, Benson JG, Smith DC., Brief Motivational Interviewing and Normative Feedback for Adolescents: Change Language and Alcohol Use Outcomes., J Subst Abuse Treat. 2015 Nov 19. pii: S0740-5472(15)00281-0

Deborah ve ark, majör depression in 6050 former drinkers association with past alcohol dependence, Arch gen psychiatry 2002;59:794-800.

Deci EL, Ryan RM. Intrinsic Motivation and SelfDetermination in Human Behavior. New York: Plenum Press, 1985.

Deci EL, Ryan RM. The support of autonomy and the control of behavior. J Pers Soc Psychol 1987; 53: 1024- 1037.

De Leon G, Jainchill N. Circumstance, motivation, readiness and suitability as correlates of treatment tenure. J Psychoactive Drugs 1986; 18: 203-208.

Demirbaş H, İlhan İÖ, Doğan YB. Alkol Bağımlısı Hastalarda Bağımlılık Sürecinin Problem Çözme Yolları İle İlişkisi Bağımlılık Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 2, 2004 / Journal of Dependence, Vol: 5, N.: 2, 2004

Diler RS, Panic disorder in children and adolescents.yonsej medj.2003;44:174-179

DiClemente CC, Bellino LE, Neavins TM, Motivation for change and alcoholism treatment. Alcohol Res Health1999.; 23: 86-92.

Diclemente CC, Carbonari JP, Velasquez MM. Alcoholism treatment mismatching from a process of change perspective. In: Watson, R.R, ed. Alcohol Abuse Treatment. Totowa, NJ: Humana Press, 1992. pp. 115-142.

Dória GM, Antoniuk SA, Assumpção Junior FB, Fajardo DN, Ehlke MN.Delinquency and association with behavioral disorders and substance abuse., Rev Assoc Med Bras. 2015;61(1):51-7

Dukarm CP, Byrd RS, Auinger P, Weitzman M, , Illicit Substance Use, Gender, And The Risk Of Violent Behavior Among Adolescents, Arch Pediatr Adolescent Med 1996;cilt:150, 797-801

D’Zurilla TJ, Goldfried MR. Problem solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology 1971;71(1):107-126

D' Zurilla, TJ, Chang, E.C, The relations between social problem solving and coping. Cognitive Therapy and Research. 1995;19(5), 547-562

D' Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy-general, Freeman A, Felgoise SH, Nezu CM, Nezu AM, Reinecke MA (Eds). Encyclopedia of cognitive behavior therapy. New York: Springer Science+Business Media, Inc.2005.

D' Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares, A. Social Problem Solving: Theory and assessment. Social Problem Solving: Theory Research and Training, EC. Washington DC: American Psychological Association, 2004;p3-27.

D' Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu Olivares. Manual for the Social Problem Solving Inventory-revised.. North Tonawanda: Multi Health Systems.2002.

Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardiç UA,, Yazıcı KU, Başay BK ve ark,2013, Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study, Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2013 Aug 7;7(1):30

Eskin M. Cross-cultural tests of of the gender-role consistency and stigma hypotheses of suicidal behaviour, Journal of Gender, Culture and Health, 1997;cilt;2,245-262

Eskin M. Sorun çözme terapisi. 2. Baskı. Ankara: HYB Basım Yayın; 2011;. p.2

Eskin M, Ertekin K, Harlak H, Dereboy Ç. Lise öğrencisi ergenlerde depresyonun yaygınlığı ve ilişkili etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi. 2008; cilt:19, 382-389.

Eskin M, İntiharda bilişsel davranışçı sağıltım yaklaşımları. Kriz Dergisi, 2007;cilt:15. 15-35

Eskin M, Ertekin K, Demir H. Efficacy of a problem-solving therapy for depression and suicide potential in adolescents and young adults. Cognitive Therapy Research.2008;32,227-245

Eskin M, Aycan Z. Gözden geçirilmiş sorun çözme envanterinin Türkçe'ye uyarlanması Güvenirlilik geçerlik analizi. Türk Psikoloji Yazıları,2009;12(23),1-10.

Easton CJ, Mandel D, Babuscio T, Rounsaville BJ, Carroll KM. Differences in treatment outcome between male alcohol dependent offenders of domestic violence with and without positive drug screens. Addict Behav, 2007; 32:2151-2163.

Epir S, İskit Ü. Wechsler Yetişkinler Zeka Ölçeği Türkçe Çevirisinin Ön Analizi ve Üniversite Danışmanlık Merkezlerindeki Uygulama Potansiyeli. Hacettepe Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi.1972;4(2):198-205

Evren C, Saatçioğlu Ö, Dalbudak E ve ark, Tedavi motivasyonu anketi (TMA) Türkçe versiyonunun alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenirliliği. Bağımlılık Dergisi.2006;7:117-122.

Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. Washington DC:AP Press, 1990;255-266

Gökler ve ark, Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T).. Turk J Child Adolesc Ment Health.2004; 11(3): 109-116

Grant BF. Age at smoking onset and its association with alcohol consumption and DSM-IV alcohol abuse and dependence: Results from the national longitudinal alcohol epidemiologic survey. J Subst Abuse.1998; 10:59–73

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, June Ruan W, Goldstein RB, Smith SM, Saha TD, Huang B. Prevalence, correlates, co-morbidity, 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. 2005;35(12):1747-59

Hayatbakhsh R, Mamun AA, Williams GM, et al. Early childhood predictors of early onset of smoking: a birth prospective study. *Addict Behav.*2013; 38:2513–2519

Hibell B, A.B., Bjarnason T, et al. Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European countries. The Swedish Council For Information on Alcohol And Other Drugs, CAN. Council of Europe., Co-Operation Group To Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking In Drug (Pompidou Group).1995.

Higgins ST, Budney AJ. Treatment of cocaine dependence through the principles of behavior analysis and behavioral pharmacology. In: Onken LS; Blaine JD; and Boren JJ, eds. *Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence*. NIDA Research Monograph No. 137. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1993. pp. 97-121.

Hisli N, Beck Depresyon Envanterinin üniversite için geçerliliği, güvenirliği. *Psikoloji Dergisi*. 1989;cilt:7

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

Hoch E, Bühringer G, Pixa A, Dittmer K, Henker J, Seifert A, Wittchen HUCANDIS treatment program for cannabis use disorders: findings from a randomized multi-site translational trial *Drug Alcohol Depend* 1, 2014;134:185-93.

Huband N, Mcmurrin M, Evans C , Duggan C. Social problem solving plus psychoeducation for adults with personality disorder: pragmatic randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 2007;190,307-313.

Hyman SE, Addiction a disease of learning and memory., , *Am J. Psychiatry*. 2005; Cilt: 162, 1414-1422

Jaffe, J.M., Substance-related disorders. In: Sadock V (eds). Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry, Seventh Edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000.: 934-941,

Joe GW, Simpson DD, Broome KM. Effects of readiness for drug abuse treatment on client retention and assessment of process. *Addiction*.1998; 93: 1177- 1190.

Johnson V, Pandina RJ. A longitudinal examination of the relationships among stress, coping strategies and problems associated with alcohol use. *Alcohol Clin Exp Res*.1993; 17(3):696-702.

Johnston L, O Malley P, Bachman J. National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1998. U.S Department of health and human services; Public Health Service National Institutes of Health. 1999.

Kadden RM, Litt MD, Kabela-Cormier E, Petry NM. Abstinence rates following behavioral treatments for marijuana dependence, *Addict Behav*. 2007;32(6):1220-36

Kadden RM, Litt MD, Cooney NL, Kabela E, Getter H Prospective matching of alcoholic clients to cognitive-behavioral or interactional group therapy. *J Stud Alcohol*, 2001; 62:359-369.

Kalivas WP, Volkow ND, The neural basis of eduction: A Pathology of Motivation and Choice, , *Am J. Psychiatry*.2005; cilt:162., 1403-1413

Kalyoncu ÖA, Ünlü B, Taştan U. Gençlerin Tehlikeli Oyunu: Sentetik Kannabinoidler (Bonzai) Üzerine Bir Gözden Geçirme, *Bağımlılık Dergisi*, 2014, Cilt:15, Sayı:3, s:150-155 / *Journal of Dependence*, 2014, Vol:15, N.:3, pp.150-155

Kaplan&Sadock. Çocuk Ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış Temel Kitabı, Güneş Tıp Kitabevleri.2012

Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Güneş Kitapevi Ltd.Şti Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe, 8. Baskı, 2007: s.1137-1167.

Kaufman ve ark, July,,Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data.. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1997;Volume 36, Issue 7Pages 980–988.

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

Kendall PC, Peterman JS, CBT for Adolescents With Anxiety: Mature Yet Still Developing., Am J Psychiatry. 2015 Jun;172(6):519-30

Kendall PC, Cummings CM, Villabø MA, Narayanan MK, Treadwell K, Birmaher B, Compton S, Piacentini J, Sherrill J, Walkup J, Gosch E, Keeton C, Ginsburg G, Suveg C, Albano AM, Mediators of change in the Child/Adolescent Anxiety Multimodal Treatment Study. J Consult Clin Psychol. 2016 Jan;84(1):1-14.

Keltigangas-Jarvinen L. Aggressive problem-solving strategies, aggressive behaviour, and social acceptance in early and late adolescence, Journal of Youth and Adolescence, 2002; cilt:31. 279-287.

Kim-Cohenn J, et al. Prior Juvenile Diagnoses in Adults With Mental Disorder: Developmental Follow-Back of a Prospective-Longitudinal Cohort. Arch Gen Psychiatry, 2003. 60(7): p. 709-717.

Kleiboer A, Donker T, Seekles W, van Straten A, Riper H, Cuijpers P. A randomized controlled trial on the role of support in Internet-based problem solving therapy for depression and anxiety. *Behav Res Ther.* 2015 Sep;72:63-71.

Korcha RA, Polcin DL, Bond JC, Lapp WM, Galloway G., Substance use and motivation: a longitudinal perspective. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2011 Jan;37(1):48-53.

Köroğlu E. Amerikan Psikiyatri Birliği Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı2014 ‘den çeviri), Hekimler Yayın Birliği ,Ankara. 2014.

Krampen G. Motivation in the treatment of alcoholism. *Addict Behav* 1989;14:197-200.

Kushner MG, Abrams K, Borchardt C. The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clin Psychol Rev.* 2000;20(2):149-71.

Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW, Barkley RA, Newcorn J, Jensen P, Richters J, et al.,1994, DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents., *Am J Psychiatry.* 1994 Nov;151(11):1673-85.

Legleye S, Obradovic I, Janssen E, Spilka S, Le N O & Beck F. Influence of cannabis use trajectories, grade repetition and family background on the school-dropout rate at the age of 17 years in France. *Eur J Public Health.*2010;20 (2), 157–163.

Levenson M ve Neuringer C , Problem-solving behaviour in suicidal adolescents., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1971;cilt 37. 403-436

- Levy S, Katusic SK, Colligan RC, Weaver AL, Killian JM, Voigt RG, Barbaresi WJ, Childhood ADHD and risk for substance dependence in adulthood: a longitudinal, population-based study. *PLoS One*. 2014 Aug 27;9(8):e105640
- Lemstra MP, et al. A Meta-analysis of Marijuana and Alcohol Use by Socio-economic Status in Adolescents Aged 10-15 Years. *Canadian Journal of Public Health* 2008;99(3): p.172.
- Linda J. Ve ark. Frequency of Tobacco Use Among Middle and High School Students — United States, 2014
- Litt MD, Kadden RM, Cooney NL, Kabela E. Coping skills and treatment outcomes in cognitive-behavioral and interactional group therapy for alcoholism. *J Consult Clinic Psychol*, 2003;71:118-128.
- Lynskey MT, Heath AC, Bucholz KK, et al. Escalation of drug use in early-onset cannabis users vs co-twin controls. *JAMA*. 2003; 289:427–433
- Lynskey M, Hall W. The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: a review. *Addiction*. 2000;95 (11), 1621–1630.
- Madden C, Hinton E, Holman CP, et al. Factors associated with coping in persons undergoing alcohol and drug detoxification. *Drug Alcohol Depend*, 1995; 38:229-235.
- Maria E. Pagano, Alexandra R. Wang, Brieana M. Rowles, Matthew T. Lee, and Byron R. Johnson. Social Anxiety and Peer Helping in Adolescent Addiction Treatment, *Alcohol Clin Exp Res*. 2015;39(5): 887–895.
- Marlatt GA, Gordon JR. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York, Guilford Press. 1985.

McAuliff C, Keeley H.S. ve Corcoran. Problem-solving and repetition of parasuicide. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 2002;cilt 30.s:385-397.

McCauley Ohannessian C. Anxiety and substance use during adolescence. Subst Abus.2014;35(4):418-25

McGuire, J. What is the problem solving? A review of theory, research and applications., s.l. : Criminal Behaviour and Mental Health, 2001, Cilt 11,210-235

Medelia A. , Revheim N. ve Casey M. Remediation of problem solving skills in schizophrenia: evidence of persistent effect. Schizophrenia Research,cilt2002;57. 165-171

Melvin GA, Tonge BJ, King NJ, Heyne D, Gordon MS, Klimkeit EA. Comparison of cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for adolescent depression., J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.2006;45(10):1151-61.

Mikami K, Jorge RE, Moser DJ, Arndt S, Jang M, Solodkin A, Small SL, Fonzetti P, Hegel MT, Robinson RG, , Prevention of post-stroke generalized anxiety disorder, using escitalopram or problem-solving therapy. J Neuropsychiatry Clin Neurosci.Fall.2014;26(4):323-8.

Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: Guilford Press, 1991.

Millerman RB. General principles of diagnosis and treatment. IN:Frances AJ, Hales RE(eds.) APA's Annual Review of Psychiatry 1986;Vol.5. Washington DC: APA Press, 122-136

Montgomery LT,Burlew KA, Kosinski AS, Forcehimes AA., Motivational Enhancement Therapy for African American Substance Users: A Randomized Clinical Trial, Cultur Divers Ethnic Minor Psychol. 2011 Oct; 17(4): 357–365.

NLAES 1992. Comorbidity Between DSM-4 Alcohol and Drug Use Disorders. Alcohol Health & Research World 1996; p.20:67,

Nezu A. M, Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression... Journal of consulting and Clinical Psychology 1986; cilt:54. 196-202

Nezu A. M. ve Peri M.G. social problem-solving therapy for unipolar depression.: An initial dismantling investigation. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989;57,408-413

Nezu A.M., ve Carnevale G.J., İnterpersonel problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. Journal of Abnormal Psychology, 1987; cilt 96.

Nezu MN , A Problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model., Clinical Psychology Review, 1987;cilt 7. 121-144

Nezu A. Differences in psychological distress between effective and ineffective problem solvers., s.I. : Journal of Counseling Psychology, 1985; Cilt 32. 135-138

Oflaz F, Hatipoğlu S. ve Aydın H. Effectiveness of psychoeducation intervention on post-traumatic stress disorder and coping styles of earthquake survivors Journal of Clinical Nursing 2008;cilt: 17, 677-687.

O'Malley SS, Sinha R, Grilo CM, Capone C, Farren CK, McKee SA et al. 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, 2007;31:625-634.

Omari F, Salomonsen-Sautel S, Hoffenberg A, Anderson T, Hopfer C, Toufiq J. Prevalence of substance use among moroccan adolescents and association with academic achievement, World J Psychiatr 2015 December 22; 5(4): 425-431

Ögel K , Çorapçıoğlu A , Tot Ş , ve ark. Türkiye 'de ortaöğretim gençliği arasında ecstasy kullanımı. Bağımlılık Dergisi.2003;4: 67-71.

Ögel K, Uguz Ş, Sır A, ve ark. Türkiye'de ilköğretim ve ortaöğretim gençliği arasında esrar kullanım yaygınlığı. Bağımlılık Dergisi.2003; 4: 15–19.

Ögel K, Evren C, Karadağ F, Gurol T. Defne, Bağımlılık Profil İndeksinin(BAPİ) Geliştirilmesi, Geçerlik ve güvenilirliği.. Türk Psikiyatri Dergisi 2012;cilt: 23(4), s:263-273

Ögel, K. Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi Psikiyatri 2005; 1(47):61-64

Ögel, K, Tamar D, Evren C, Çakmak D. Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2001;12: : 47- 52.

Ögel, K., Tamar D. Uyuşturucu maddeler ve bağımlılık okul eğitim paketi, öğrenci anketi bulguları. İstanbul: AMATEM- Özel Okullar Derneği Yayını. 1996; 12-23.

Özer ÖA. Ortaöğretimde Öğrencilerin Psikoaktif Madde Kullanımına Yaklaşımı ve Demografik Özellikler. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi. 1991

Park S., Kim Y, Prevalence, correlates, and associated psychological problems of substance use in Korean adolescents, BMC Public Health.2016;16:79

Pawlina MM, Rondina Rde C, Espinosa MM, Botelho C. Depression, anxiety, stress, and motivation over the course of smoking cessation treatment. J Bras Pneumol. 2015 Oct;41(5):433-9.

Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA, The Worldwide Prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*, 2007; 164, 942-948

Printz B.L. Stress-buffering factors related to adolescent coping: A path analysis., *Adolescence*, 1999; cilt 34, 715-734

Prochaska JO, DiClemente CC, transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychother Theory Res Pract* 1982; 276-288

Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 1992; 47: 1102-1114

Pumarega AJ, Kilgus MD, Rodriguez L, *Adolescent Substance Abuse*, Lipincott Williams & Wilkins, 2005; 4. ed, 1021-1037

Robichaud M., ve Dugas M. J. Negative problem orientation (part 2) : construct validity and specificity to worry., *Behaviour Research and Therapy*, 2005; cilt 43, 403-412

Rohde, P., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35, 101–109.

Rosenblum A, Foote J, Cleland C, Magura S, Mahmood D, Kosanke N. Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2005; 31: 35-58.

Rotheram-Borus MJ, Trautman PD, Dopkins SC. ve ark. Cognitive style and pleasant activities among female adolescent suicide attempters, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1990; cilt 58, 554-561

Ryan RM, Plant RW, O'Malley S. Initial motivations for alcohol treatment: relations with patient characteristics treatment involvement, and dropout. *Addict Behav* 1995; 20:279-297

Sajjadi H, Ghaedamini Harouni G, Sharifian Sani M. Personal, familial and environmental determinants of drug abuse: a causal-comparative study., *Glob J Health Sci*. 2015 Jan 26;7(4):367-74.

Sandahl C, Gerge A, Herlitz K . Does treatment focus on self-efficacy result in better coping? Paradoxical findings from psychodynamic and cognitive-behavioral group treatment of moderately alcohol-dependent patients. *Psychotherapy Research*, 2004;14:388-397.

Satterfield JH, Schell A. A prospective study of hyperactive boys with conduct problems and normal boys: adolescent and adult criminality., *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Dec;36(12):1726-35.

Savaşır, I. ve Şahin, N. Wechsler çocuklar için zekâ ölçeği uygulama kitapçığı, [çev. Savaşır, I.;Şahin, N.], Ankara: Türk Psikologlar Derneği,1995.

Seely KA, Lapoint J, Moran JH, Fattore L. Spice drugs are more than harmless herbal blends: a review of the pharmacology and toxicology of synthetic cannabinoids. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*.2012; 39: 234–243.

Schotte DE ve Clum GA , ,Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients., *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987; cilt 55

Stanger C, Budney AJ, Kamon JL, Thostensen J, , A randomized trial of contingency management for adolescent marijuana abuse and dependence, *Drug Alcohol Depend*. 2009;105(3):240-7.

Stitzer ML, Iguchi MY, Kidorf M, Bigelow GE. Contingency management in methadone treatment: The case for positive incentives, In: Onken LS; Blaine JD; and Boren JJ, eds. Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence. NIDA Research Monograph No. 137. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, 1993. pp. 19-36.

Sylvana C, Tremblay Nagin RE, Daniel S, , Childhood Behavioral Profiles Leading to Adolescent Conduct Disorder; risk Trajectories for boys and girls. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 2002; 41:1086-1094

Swendsen JD, Merikangas KR. The comorbidity of depression and substance use disorders. Clin Psychol Rev. 2000 Mar;20(2):173-89.

Şeref S, Dönmez S, Kakdaş E, Özen Ş. Diyarbakır Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Araştırma ve Tedavi Merkezine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Kullandıkları Madde Türleri, Bağımlılık Dergisi, 2014, Cilt:15, Sayı:1, s:23-27 / Journal of Dependence, 2014, Vol:15, N.:1, pp.23-27

The National Survey on Drug Use and Health Report, .Alcohol Dependence or Abuse and Age at First Use. . Retrieved October 22, 2004

Tarı Cömert I, Ögel K, Madde Kullanan Ergenlerin Bağlanma Stilleri, Addicta: The Turkish Journal on Addictions • Bahar 2014 • 1(1) • 9-40

Tevyaw TO, Monti PM.,2004, Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: foundations, applications and evaluations. Addiction. Nov;1999; Suppl 2:63-75.

Treatment for adolescent with depression study (TADS) team, Treatment for adolescent with depression study (TADS): Outcomes over 1 year of naturalistic follow-up. AM j Psychiatry,2009; 166:1141-1149

Tyrfingsson, T., et al. Addictions and their familiarity in Iceland. Annals of the New York Academy of Sciences. 2010;1187(1): p. 208-217.

Türkcan A, Coşkun B, İlem E, Çakmak D. Alkol bağımlılarında bir tedavi programının 3 aylık izlem sonuçları. Bağımlılık Dergisi, 2001;2(1): 30-33.

Türk Dil Kurumu, 2005. Türkçe sözlük 10.baskı. Ankara: 4. Akşam Sanat Okulu Matbaası

Tol C. Lise öğrencilerinin alkol kullanımını etkileyen bazı değişkenler. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: H.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü. 1990.

Yıldırım ZE, Sütcü ST. Madde ile ilişkili Bozuklukların Tedavisinde Bilişsel Davranışçı Grup Terapisi Etkililiği: Sistemik Bir Gözden Geçirme, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2016; 8(Suppl 1):108-128

Van de Glind G ve ark. The International ADHD in Substance Use Disorders Prevalence (IASP) study: background, methods and study population., Int J Methods Psychiatr Res. 2013 Sep;22(3):232-44.

Ulusoy, D., ve ark. Parçalanmış Aile ve Gençlerde Sapkın Davranışlar: Lise Son Sınıf Gençliği Örneği Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi 2005;Cilt 22/ sayı 2/ss61-

Üçok A. , Çakır S. , Duman Z. Ç. , Dişçigil A. , Kandemir P. ve Atlı H. Cognitive Predictors of skills acquisition on social problem solving in patients with schizophrenia.. European Archives of Clinical Neuroscience.2006; cilt:256, 383-394

Vuolo M, Staff J , Parent and Child Cigarette Use: A Longitudinal, Multigenerational Study, American Academy of Pediatrics.2013;volume 132, Issue 3

Webster-Stratton C, Reid J, Hammond M. Social skills and problem solving training for children with early onset conduct problems: Who benefits? Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2001;42, 943-952.

Wechsler, D. WISC-R Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised. New York. Psychological Corporation, 1974.

Weishaar M. E. , Cognitive risk fcators in suicide, Frontiers of Cognitive Therapy, P. M. Salkovskis (Ed.), New York: Guilford Press 1996; 226-249

Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics. 2012 Jul;9(3):490-9.

Wilens TE, Martelon M, Joshi G, Bateman C, Fried R, Petty C, Biederman J. Does ADHD predict substance-use disorders? A 10-year follow-up study of young adults with ADHD, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011 Jun;50(6):543-53

Yargıç İ, Vardar E, Alkol Madde Kullanım Bozukluklarında Komorbidite, Türkiye Psikiyatri Derneği Sürekli Eğitim/Sürekli Mesleki Gelişim Dergisi, 2014;Cilt:4, Sayı:2, s:140-141

Yıldız, U, 20. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Kitapçığı Sözel Bildiri Saati: İzmir İli Madde Kullanım Yaygınlığı,2010.

Yılmaz E. Lise 9. ve 10. sınıf öğrencilerinin internet bağımlılık düzeyleri ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi, Yüksek Lisans Tezi. 2013.

Yüncü, Z, Aydın C, Coşkunol H, Altıntoprak E, Bayram AT. Çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezinin 2 yıllık poliklinik kayıtlarının değerlendirilmesi. Bağımlılık Dergisi.2006; 7:31-37.

Yüncü Z, Kesebir S, Özbaran B, Çelik Y, Aydın C. Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma, Türk Psikiyatri Dergisi 2009; 20(1):5-13



Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkkı işaretleyin.

I Adın soyadın [.....]

II Doğum tarihin [.....]

III Cinsiyetin?

☐ Kadın ☐ Erkek

IV Eğitimin?

☐ Okur yazar ☐ İlkokulu bitirmiş ☐ Ortaokulu bitirmiş ☐ Liseyi bitirmiş ☐ Üniversiteyi bitirmiş

V Medeni durumun?

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Ayrı ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Diğer

VI Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördün mü?

☐ Evet ☐ Hayır

YAŞAMIN BOYUNCA aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

		Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1	Alkol	☐	☐	☐	☐	☐
2	Esrar (marihuana, joint, gubar vb)	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ecstasy (Ekstazi)	☐	☐	☐	☐	☐
4	Eroin	☐	☐	☐	☐	☐
5	Kokain	☐	☐	☐	☐	☐
6	Taş (krak kokain)	☐	☐	☐	☐	☐
7	Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar	☐	☐	☐	☐	☐
8	Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)	☐	☐	☐	☐	☐
9	Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb)	☐	☐	☐	☐	☐
10	Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb)	☐	☐	☐	☐	☐
11	Diğer (LSD, GHB vb)	☐	☐	☐	☐	☐

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” yerine alkol içiyorsanız “Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” veya esrar içiyorsanız “Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” biçiminde okuyun.

12 Ne sıklıkta [madde] etkisi altında problem yaşıyorsun? (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

13 Son bir yıl içinde kullandığın [Madde] miktarı giderek arttı mı?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

14 [Madde] kullanımını kestiğinde veya azalttığında bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

15 Planladığından daha fazla [Madde] kullandığın oldu mu? (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

16 [Madde] bulmak, kullanmak veya ayılmak için fazla zaman harcadığın oldu mu?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

17 [Madde] kullandığın için hayatındaki başka etkinliklerden vazgeçtiğin oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 18 [Madde] kullanmak aile ilişkilerini olumsuz yönde etkiledi mi?
☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman
- 19 [Madde] kullanmak eğitim hayatını olumsuz yönde etkiledi mi?
☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman
- 20 [Madde] kullanmak beden sağlığını olumsuz yönde etkiledi mi?
☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman
- 21 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığını olumsuz yönde etkiledi mi?
☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman
- 22 [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerini olumsuz yönde etkiledi mi?
☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman
- 23 Başkaları sana fazla [Madde] aldığını söylediler mi, bu konuda seni eleştirdiler mi?
☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- 24 [Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musun? Ne sıklıkta?
☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman
- 25 [Madde] kullanımını azaltmayı istiyor musun?
☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (KAY-BÖ)

ÇOCUK FORMU (8 yaş ve büyük)

SCARED(Self-report for Childhood Anxiety Related Disorders)

İsim ve soyad:

Yaş:

Tarih:

Dosya no:

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olana seçeneğe ("doğru değil ya da nadiren doğru", ya da "bazen ya da kısmen doğru" ya da "çok doğru ya da çoğu kez doğru" olduğuna) karar verin.

Şu anı ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın.

Bazı ifadeler seni ilgilendirmese de, mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez doğru
1. Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım.	☐	☐	☐
2. Okulda başım ağrır.	☐	☐	☐
3. Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	☐	☐	☐
4. Ev dışında bir yerde uyduğumda korkarım.	☐	☐	☐
5. Diğer insanların beni sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyarım.	☐	☐	☐
6. Korktuğumda bayılacak gibi hissederim.	☐	☐	☐
7. Gerginim (huzursuzum).	☐	☐	☐
8. Annem ya da babamı nereye gitseler izlerim.	☐	☐	☐
9. İnsanlar gergin (huzursuz) göründüğümü söyler.	☐	☐	☐
10. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim.	☐	☐	☐
11. Okulda iken karnım ağrır.	☐	☐	☐
12. Korktuğumda delirecekmiş gibi hissederim.	☐	☐	☐
13. Yalnız uyumaktan korkarım.	☐	☐	☐
14. Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığım beni endişelendirir (kaygılandırır).	☐	☐	☐
15. Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim.	☐	☐	☐
16. Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm.	☐	☐	☐
17. Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
18. Korktuğumda kalbim hızlı çarpar.	☐	☐	☐
19. Titremelerim olur.	☐	☐	☐
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.	☐	☐	☐
21. İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım.	☐	☐	☐
22. Korktuğumda çok terlerim.	☐	☐	☐
23. Endişeli (kaygılı) biriyim.	☐	☐	☐
24. Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.	☐	☐	☐
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım.	☐	☐	☐
26. Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım.	☐	☐	☐

27. Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissederim.	☐	☐	☐
28. İnsanlar çok fazla endişelendiğimi (kaygılandığımı) söyler.	☐	☐	☐
29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	☐	☐	☐
30. Sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım.	☐	☐	☐
31. Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.	☐	☐	☐
32. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.	☐	☐	☐
33. Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
34. Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim.	☐	☐	☐
35. İşleri ne kadar iyi yaptığımı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
36. Okula gitmekten korkarım.	☐	☐	☐
37. Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).	☐	☐	☐
38. Korktuğumda başım döner.	☐	☐	☐
39. Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum.	☐	☐	☐
40. Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.	☐	☐	☐
41. Çekingen (utangaç) biriyim.	☐	☐	☐

Düzenleyeb/ revised by: Dr.Rasim Somer Difer

BECK ENVANTERİ
SORU FORMU

İsim :

Cinsiyeti :

Doğum tarihi :

Eğitim Durumu :

YÖNERGE : Arkada, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Her madde, bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Her madde de o ruh durumunun derecesini belirleyen 4 seçenek vardır. Lütfen bu seçenekleri dikkatle okuyunuz. Son bir hafta içindeki (şu an dahil) kendi ruh durumunuzu göz önünde bulundurarak, size en uygun olan ifadeyi bulunuz. Daha sonra, cevap kağıdında, o madde numarasının karşısında, size uygun ifadeye tekabül eden seçeneği bulup SADECE CEVAP KAĞIDINA İŞARETLEYİNİZ.

ÖRNEK :

Soru formu :

- 1— (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(a) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm. Ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.

Cevap Formu

	a	b	c	d
1—	☐	☐	☐	☐

Eğer bizim için uygun ifade «a» seçeneği ise yukarıda görüldüğü gibi cevap kağıdında «a» seçeneğinin altındaki boşluğu karalayınız.

BECK ENVANTERİ

- 1— (a) Kendimi üzgün hissetmiyorum.
(b) Kendimi üzgün hissediyorum.
(c) Her zaman için üzgünüm ve kendimi bu duygudan kurtaramıyorum.
(d) Öylesine üzgün ve mutsuzum ki dayanamıyorum.
- 2— (a) Gelecekte umutsuz değilim.
(b) Gelecek konusunda umutsuzum.
(c) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(d) Benim için gelecek olmadığı gibi bu durum düzelmeyecek.
- 3— (a) Kendimi başarısız görüyorum.
(b) Heskestene daha fazla başarısızlıklarım oldu sayılır.
(c) Geriye dönüp baktığımda, pek çok başarısızlığım olduğunu görüyorum.
(d) Kendimi bir insan olarak tümüyle başarısız görüyorum.
- 4— (a) Her şeyden eskisi kadar doyum alabiliyorum (zevk alabiliyorum).
(b) Her şeyden eskisi kadar doyum alamıyorum.
(c) Artık hiçbir şeyden gerçek bir doyum alamıyorum.
(d) Beni doyuran hiçbir şey yok. Her şey çok sıkıcı.
- 5— (a) Kendimi suçlu hissetmiyorum.
(b) Arada bir kendimi suçlu hissettiğim oluyor.
(c) Kendimi çoğunlukla suçlu hissediyorum.
(d) Kendimi her an için suçlu hissediyorum.
- 6— (a) Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
(b) Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
(c) Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
(d) Bazı şeyler için cezalandırılıyorum.
- 7— (a) Kendimi hayal kırıklığına uğratmadım.
(b) Kendimi hayal kırıklığına uğrattım.
(c) Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
(d) Kendimden nefret ediyorum.
- 8— (a) Kendimi diğer insanlardan daha kötü durumda görüyorum.
(b) Kendimi zayıflıklarım ve hatalarım için eleştiriyorum.
(c) Kendimi hatalarım için her zaman suçluyorum.
(d) Her kötü olayda kendimi suçluyorum.
- 9— (a) Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
(b) Bazen, kendimi öldürmeyi düşünüyorum ama böyle bir şeyi yapamam.
(c) Kendimi öldürebilmeyi çok isterdim.
(d) Eğer bir fırsatını bulursam kendimi öldürürüm.
- 10— (a) Herkesten daha fazla ağladığımı sanmıyorum.
(b) Eskisine göre şimdilerde daha çok ağlıyorum.
(c) Şimdilerde her an ağlıyorum.
(d) Eskiden ağlayabiliirdim. Şimdilerde istesem de ağlayamıyorum.

- 11— (a) Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
(b) Her zamankinden biraz daha fazla tedirginim.
(c) Çogu zaman sinirli ve tedirginim.
(d) Şimdilerde her an için tedirgin ve sinirliyim.
- 12— (a) Diğer insanlara karşı ilgimi kaybetmedim.
(b) Eskisine göre insanlarla daha az ilgiliyim.
(c) Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
(d) Diğer insanlara karşı hiç ilgim kalmadı.
- 13— (a) Eskisi gibi rahat ve kolay kararlar verebiliyorum.
(b) Eskisine kıyasla, şimdilerde karar vermeyi daha çok erteliyorum.
(c) Eskisine göre, karar vermekte oldukça güçlük çekiyorum.
(d) Artık hiç karar veremiyorum.
- 14— (a) Eskisinden daha kötü bir dış görünüşüm olduğunu sanmıyorum.
(b) Sanki yaşlanmış ve çekiciliğimi kaybetmişim gibi düşünüyor ve üzülüyorum.
(c) Dış görünüşümde artık değiştirilmesi mümkün olmayan ve beni çirkinleştiren değişiklikler olduğunu hissediyorum.
(d) Çok çirkin olduğumu düşünüyorum.
- 15— (a) Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
(b) Bir işe başlayabilmek için eskisine göre daha fazla çaba harcıyorum.
(c) Ne iş olursa olsun, yapabilmek için kendimi çok zorluyorum.
(d) Hiç çalışmıyorum.
- 16— (a) Eskisi kadar kolay ve rahat uyuyabiliyorum.
(b) Şimdilerde eskisi kadar kolay ve rahat uyuyamıyorum.
(c) Eskisine göre 1 veya 2 saat erken uyanıyor ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
(d) Eskisine göre çok erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17— (a) Eskisine göre daha çabuk yorulduğumu sanmıyorum.
(b) Eskisinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
(c) Şimdilerde neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
(d) Artık hiçbirşey yapamıyacak kadar yoruluyorum.
- 18— (a) İştahım eskisinden pek farklı değil.
(b) İştahım eskisi kadar iyi değil.
(c) Şimdilerde iştahım epey kötü.
(d) Artık hiç iştahım yok.
- 19— (a) Son zamanlarda pek fazla kilo kaybettiğimi sanmıyorum.
(b) Son zamanlarda istemediğim halde iki buçuk kilodan fazla kaybettim.
(c) Son zamanlarda beş kilodan fazla kaybettim.
(d) Son zamanlarda yedi buçuk kilodan fazla kaybettim.
- 20— (a) Sağlığım beni pek endişelendirmiyor.
(b) Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntıları var.
(c) Ağrı, sızı gibi bu sıkıntıları beni epey endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zor geliyor.
(d) Bu tür sıkıntılar beni öylesine endişelendiriyor ki, artık başka bir şey düşünemiyorum.
- 21— (a) Son zamanlarda cinsel yaşantımda dikkatimi çeken bir şey yok.
(b) Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
(c) Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
(d) Artık, cinsellikle hiç bir ilgim kalmadı.

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI

Araştırmanın adı: SORUN ÇÖZME TERAPİSİNİN MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDEKİ ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

OLGU NO:

SOSYO-DEMOGRAFİK VERİ FORMU

TARİH: /..... /.....

SÇT KONTROL

YAŞI (Tetkik sırasında):

DOĞUM TARİHİ:

DOĞUM YERİ:

YAŞADIĞI YER:

OKUL:

KAÇINCI SINIF:

TİPİ:

SINIF TEKRARI:

NEDENİ :

ÇALIŞMA DURUMU:

ÖZGEÇMİŞİ:

KRONİK HASTALIK:

AMELİYAT:

KULLANDIĞI İLAÇ:

KULLANDIĞI MADDELER: ESRAR

EX

ALKOL

SİGARA

SENTETİK

EROİN

UÇUCU

ROJ

DİĞER

BAŞLAMA YAŞI:

MİKTARI:

EN SON NE ZAMAN KULLANDI:

KULLANDIĞI İLAÇLAR VE DOZLARI :

EK PSİKİYATRİK HASTALIKLAR: (K-SADS):

DENETİMLİ SERBESTLİK DURUMU:

POLİKLİNİK İZLEM SAYISI:

SOYGEÇMİŞ:

ANNE

BABA

KARDEŞ1

KARDEŞ2

KARDEŞ3

AKRABA

YAŞ:

EĞİTİM DÜZEYİ:

MESLEK:

PSİKİYATRİK TANI:

BEDENSEL HASTALIK:

SİGARA:

EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK PSİKIYATRİ ANABİLİM DALI

Araştırmanın adı: SORUN ÇÖZME TERAPİSİNİN MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİNDEKİ ETKİNLİĞİNİN ARAŞTIRILMASI

OLGU NO:

ALKOL:

MADDE:

AYLIK GELİR:

AİLE TİPİ:

KARDEŞ SAYISI:

WISC-R:

KLİNİK İQ:

