


# Erkek Eroin Bağımlılarında Çocukluk ve Erişkinlik Dönemi Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Araştırılması ve Klinik Etkileri

## Determination of Childhood and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms in Male Heroin Dependent Patients and Clinical Effects

Halil İbrahim Öztürk<sup>1</sup> , Hatice Yardım Özayhan<sup>2</sup> , Tahsin Etli<sup>3</sup> ,  
Başak Demirel<sup>2</sup> , İbrahim Eren<sup>4</sup> 

1. SANKO Üniversitesi, Gaziantep
2. Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Konya
3. Serbest Hekim, Antalya
4. Süleyman Demirel Üniversitesi, Isparta

### Abstract

**Objective:** We aimed to determine the frequency and clinical effects of childhood and adulthood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in male heroin-dependent patients, and to evaluate the clinical conditions that may affect the severity of addiction such as aggression, impulsivity, childhood traumas, anxiety sensitivity, anxiety and depression symptoms.

**Method:** The study was completed with 100 consecutive male volunteers with heroin dependence, who were in the buprenorphine/naloxone stabilization treatment period. Sociodemographic form, Addiction Severity Index (ASI), Wender-Utah Rating Scale (WURS), Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-11), Diagnostic Interview for ADHD in Adults-2.0 Turkish version (DIVA 2.0-Turkish), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ), Anxiety Sensitivity Index-3 (ASI-3), Medical Outcomes Study Short Form-36 (SF-36) Health Survey Questionnaire, Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) were administered to the participants.

**Results:** A history of childhood ADHD was found in 30% and a diagnosis of adult ADHD was found in 14% of the participants who were administered the DIVA 2.0-Turkish. While the non-ADHD group had higher scores in the SF-36 social function and mental health domains (48.21±24.56, 52.15±19.05, respectively), had lower scores in the ASI legal and psychiatric status domains (4.69±1.75, 3.11±1.16, respectively). In the regression analysis, total score of the BPAQ was found to be an important variable that affecting four of the six ASI dimensions (employment/support status, legal status, drug use and psychiatric status).

**Conclusion:** ADHD should be carefully evaluated in heroin-dependent patients. In the treatment of heroin addiction, which is a multidimensional disorder, it would be beneficial to specifically address aggression.

**Keywords:** Attention deficit hyperactivity disorder, heroin dependence, quality of life

### Öz

**Amaç:** Çalışmamızda erkek eroin bağımlılarında çocukluk ve erişkinlik dönemi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) sıklığını ve klinik etkilerini araştırmayı bununla birlikte agresyon, dürtüsellik, çocukluk çağı travmaları, anksiyete duyarlılığı, anksiyete ve depresyon belirtileri gibi bağımlılık şiddetini etkileyebilecek klinik durumları değerlendirmeyi amaçladık.

**Yöntem:** Çalışma, eroin bağımlılığı bulunan, buprenorfin/nalokson stabilizasyon tedavi dönemindeki, ardışık 100 erkek gönüllü ile tamamlanmıştır. Görüşmelerde katılımcılara sosyodemografik veri formu, Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞBÖ), Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11), Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme Aracı-2.0 Türkçe (DIVA

**Correspondence / Yazışma Adresi:** Halil İbrahim Öztürk, SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep, Türkiye E-mail: dr.h.i.ozturk@hotmail.com

Received /Gönderilme tarihi: 08.07.2022 Accepted /Kabul tarihi: 09.11.2022

2.0-Türkçe), Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Buss-Perry Agresyon Ölçeği (AÖ), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3), Kısa Form-36 (KF-36), Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ) uygulandı.

**Bulgular:** DIVA 2.0-Türkçe uygulanan katılımcıların, %30'unda çocukluk çağı DEHB öyküsü, %14'ünde ise erişkin DEHB tanısı saptandı. DEHB olmayan grup KF-36 sosyal fonksiyon ve mental sağlık alanlarında daha yüksek puanlara sahipken (48,21±24,56, 52,15±19,05, sırasıyla), BŞBÖ yasal ve psikiyatrik durum alanlarında daha düşük puanlara (4,69±1,75, 3,11±1,16, sırasıyla) sahipti. Regresyon analizinde Buss-Perry Agresyon Ölçeği toplam puanının, altı BŞBÖ boyutundan dördünü (yasal durum, iş/destek durumu, madde kullanımı, psikiyatrik durum) etkileyen önemli bir değişken olduğu bulundu.

**Sonuç:** Bulgularımız, eroin bağımlılığı olanlarda DEHB'nin dikkatle değerlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Çok boyutlu bir bozukluk olan eroin bağımlılığının tedavisinde agresyonun özellikle ele alınması yararlı olacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, eroin bağımlılığı, yaşam kalitesi

## Giriş

Madde kullanım bozuklukları (MKB), biyolojik, çevresel, genetik ve psikososyal faktörlerin etkileşimleriyle ortaya çıkan, kompleks biyopsikososyal bir bozukluk olarak ele alınmaktadır (1, 2). Kronik ve tekrarlayıcı bir bozukluk olan MKB'nin, diğer nöropsikiyatrik bozukluklara benzer şekilde davranışsal ve sosyal yönleri iç içedir (3). MKB olan bireylerin önemli bir bölümünün madde kullanmaya 18 yaşından önce başlaması, etiolojide çocukluk çağı psikopatolojilerine olan ilgiyi arttırmıştır. Çocukluklarda en sık görülen nörogelişimsel bozukluk olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve MKB birlikteliği birçok çalışmaya konu olmuştur (4-6). Genel popülasyonda erişkinlerde DEHB prevalansının %2,8 olduğu tahmin edilirken (7) MKB olanlarda %15-25 gibi çok daha yüksek oranlarda DEHB ek tanısının bulunduğu bildirilmiştir (8). Opiyat bağımlılığı bulunanların alındığı bir çalışmada ise erişkin DEHB oranının %13,5 olduğu bulunmuş ayrıca bu kişilerde aşermenin DEHB olmayanlara kıyasla daha yüksek düzeyde olduğu da bildirilmiştir (9).

DEHB, MKB gelişimi için risk faktörü sayılmasının yanı sıra madde kullanım süresi, şiddeti ve remisyon oranlarını etkileyen önemli bir klinik durum olduğu kabul görmektedir (10). Bazı çalışmalarda bu risk DEHB'ye sıklıkla eşlik eden davranım bozukluğuyla ilişkilendirilse de davranım bozukluğundan bağımsız olarak DEHB'nin doğrudan MKB için risk faktörü olduğuna kanıt sunan araştırmalar da mevcuttur (11). DEHB ve MKB arasındaki ilişki birbirleriyle ilintili farklı etmenlerle açıklanabilir. DEHB'den etkilenen bireylerde, ödül sisteminin düzenlenmesinde rol oynayan nöronal ağlar da dahil olmak üzere çoklu nöronal devrelerde işlev bozukluğu olduğu bildirilmiştir. Bu nörobiyolojik değişiklikler benzer şekilde MKB olan hastalarda da görülmektedir. DEHB olan bireylerde anksiyete bozukluğu, duygudurum bozukluğu gibi çeşitli psikiyatrik komorbiditelerin de sık görülmesi madde kullanım riskini arttırmaktadır. Ayrıca özellikle dürtüsellik olmak üzere DEHB çekirdek semptomları da MKB gelişimi için risk faktörü oluşturmaktadır (9).

MKB ve DEHB ilişkisini konu alan birçok çalışma olmasına rağmen eroin kullanım bozukluğunda DEHB'nin kliniğe etkisini ele alan özgül çalışmalar henüz yeterli sayıda bulunmamaktadır. Mevcut çalışmamızda eroin kullanım bozukluğu olan erişkinlerde, çocukluk dönemi DEHB öyküsü ve erişkin dönem DEHB tanısı araştırılarak bağımlılık şiddetine ve yaşam kalitesine etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Ek olarak çalışmada, sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, dürtüsellik, agresyon, anksiyete duyarlılığı, anksiyete ve depresyon belirtilerinin bağımlılık şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkilerinin değerlendirilmesi de amaçlanmıştır. Eroin kullanım bozukluğu olan bireylerde erişkin DEHB tanısının, genel topluma kıyasla daha yüksek olduğunu, bağımlılık şiddetini arttırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ön görmekteyiz. Bununla birlikte yetişkin dönemde DEHB tanısı almasa da çocukluk çağı DEHB öyküsü bulunanlarda, benzer şekilde bağımlılık şiddetinin daha yüksek, yaşam kalitesinin ise daha düşük olduğunu düşünmekteyiz.

## Yöntem

### Örneklem

Bu çalışma, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği Alkol ve Madde Araştırma Tedavi

ve Eğitim Merkezinde (AMATEM), Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR) tanı ölçütlerince “opiyat (eroin) bağımlılığı” tanısı konulan, rutin olarak alınan idrar tahlilleriyle opiyat kullanımını doğrulanmış, buprenorfin/nalokson stabilizasyon tedavi dönemindeki yatarak tedavisi devam eden, araştırma kriterlerine uygun ve araştırmayı kabul eden, ardışık 100 erkek hasta ile tamamlandı. Çalışmanın başında çalışmaya dahil edilen ancak çalışma devam ederken kendi istekleriyle ya da taburcu olmaları nedeniyle çalışmayı tamamlamayan 7 katılımcı çalışma dışında bırakılmıştır. Bilişsel işlevleri etkileyebilecek veya araştırmaya uyumu bozabilecek psikiyatrik bozukluğa sahip olanlar (zekâ geriliği, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, genel tıbbi duruma bağlı mental bozukluklar, remisyonda olmayan bipolar bozukluk, dissosiyatif bozukluklar, nörokognitif bozukluklar v.b.) çalışmaya alınmamıştır.

Örneklem büyüklüğü belirlenirken, Carpentier ve arkadaşlarınca (12) yapılan, uzun dönem metadon tedavisi altındaki 193 katılımcının dahil edildiği çalışma baz alınmış ve G\*Power 3 (13) yazılımı kullanılarak toplam örneklem büyüklüğü 36 (n:36) olarak hesaplanmıştır. Hesaplama parametreleri;  $\alpha$  hata olasılığı=0,05, güç (1- $\beta$  hata olasılığı)=0,95 ve çift yönlü hipotez olarak belirlenmiştir.

## İşlem

Araştırmanın yürütülebilmesi için Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan (19.12.2013-2013/339) etik onay alınmıştır. Katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Tüm görüşmeler, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği AMATEM birimi sorumlu psikiyatri uzmanı (B.D.) ve araştırma görevlisi (H.İ.Ö.) tarafından, klinik olarak yoksunluk bulgularının tamamen kaybolduğu buprenorfin/nalokson stabilizasyon tedavi dönemi içerisinde gerçekleştirildi.

Araştırma için katılımcılarla yatarak tedavi gördükleri süre içinde toplamda üç görüşme yapıldı. İlk görüşmede, sosyodemografik veri formu doldurulduktan sonra bağımlılık şiddetini belirlemek amacıyla Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞBÖ) uygulandı. Görüşmenin sonunda, katılımcılara bir sonraki görüşmede toplanmak üzere öz bildirim ölçekleri olan, Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11) verildi. İkinci görüşmede, katılımcıların çocukluk çağı ve erişkin dönem DEHB belirtilerini değerlendirmek amacıyla hem katılımcılarla hem de katılımcıların çocukluk ve erişkinlik dönemini bilen bir yakını ile Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme (DIVA 2.0-Türkçe) aracı uygulandı. İkinci görüşmenin sonunda, katılımcılara bir sonraki görüşmede toplanmak üzere doldurmaları için Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ), Buss-Perry Agresyon Ölçeği (AÖ), Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3) ve Kısa Form-36 (KF-36) öz bildirim ölçekleri verildi. Üçüncü görüşmede ise aynı araştırmacı (H.İ.Ö.) tarafından her bir katılımcıya Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) ve Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ) uygulandı.

## Veri Toplama Araçları

### Sosyodemografik Veri Formu

Çalışmaya katılanların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacılarca hazırlanmıştır. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim süresi, aylık gelir ve diğer sosyodemografik özelliklerinin yanı sıra eroin kullanım süresi, eroin kullanım miktarı, eroin kullanım yolu, tedavi arayışı ve diğer madde kullanım özelliklerinin sorgulandığı yarı yapılandırılmış bir formdur.

### Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (BŞBÖ)

Bağımlılık şiddetini belirlemek üzere orijinal ölçek, McLellan ve arkadaşlarınca geliştirilmiştir (14). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında tüm ölçek için Cronbach alfa katsayısı 0,85, alt ölçekler için Cronbach alfa değerleri ise 0,64 ile 0,77 arasında bildirilmiştir. Ölçek tıbbi durum, iş/destek durumu, alkol/madde durumu, yasal durum, aile/sosyal durum ve psikiyatrik durum olmak üzere toplam 6 alanda, 140 maddeden oluşmaktadır. Her alanının şiddeti, görüşmeci tarafından 0 ile 9 arasında 10’lu derecelendirme ile

puanlanmaktadır. Yüksek puanlar, kişinin tedavi veya danışma gereksiniminin fazla olduğunu göstermektedir (15).

### **Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)**

Wender ve arkadaşlarınca tanımlanmış, yetişkinlerde DEHB tanısı için geliştirilen Utah ölçütleri temel alınarak oluşturulmuştur (16). Beşli likert tipi skorlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Toplam puanı, tüm maddelerin aritmetik toplamıyla elde edilir. 25 maddelik formunda 0 ile 100 arasında puan alınabilmektedir. Ölçeğin 25 maddelik Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,93, kesme puanı ise 36 olarak belirlenmiştir (17).

### **Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)**

Erişkinlerde DEHB'nin taranması amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, DEHB tanısı için DSM-IV-TR'de yer alan belirtilerin sorgulandığı 18 maddeden oluşur (18). Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak belirlenmiştir. Katılımcılardan ölçeği doldururken son altı ayı dikkate alarak her ifade için kendilerine en uygun gelen seçeneği işaretlemeleri istenir ve her bir madde 0 ile 4 arasında puanlandırılır (18, 19).

### **Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme Türkçe (DIVA 2.0-Türkçe)**

DSM-IV tanı ölçütleri temelli yetişkinler için yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir. Türkçe versiyonu Motavalli, Öncü, Bron, van Bussel ve Kooij tarafından gözden geçirilmiştir. DEHB tanısı için DSM-IV-TR'de yer alan 18 maddenin her birinin değerlendirilmesi amacıyla, yetişkin ve çocukluk dönemiyle ilgili örnekler de sunulmuştur. Bilgilerin diğer kişilerden alınması için eş ve/veya aile bireyleriyle de görüşmenin yapılması önerilmiştir (20).

### **Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11)**

Barratt ve arkadaşlarınca (21), geliştirilen orijinal ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında iç tutarlılığın Cronbach alfa katsayıları hastalarda 0,81, öğrencilerde ise 0,78 olarak bulunmuştur (22). Ölçeğin kesme puanı belirlenmemiştir bu nedenle karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Üç alt faktör tanımlanmıştır bununla birlikte toplam puan olarak da kullanılabilir. Toplam 30 maddeden oluşan, dörtlü likert tipi skorlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin toplam puanı, maddelerin aritmetik toplamı ile elde edilir. Yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyine işaret etmektedir (22).

### **Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)**

20 yaş ve öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını, toplam 28 soru ve 5 alt boyutta (fiziksel istismar, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal) değerlendirmesini sağlayan, beşli likert tipi skorlanan, bir öz bildirim ölçeğidir (23, 24). Üç soru travmanın minimize edilmesiyle ilgili olup toplam puana dahil edilmemektedir. Alt puanlar 5-25 arasında, toplam puan ise 25-100 puan arasındadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa değeri bütün deneklerden oluşan grup için 0,93 olarak bildirilmiştir. Türkçe versiyonunda kesme puanı hesaplanmamış olmakla birlikte yazarlar çalışma sonuçlarından yola çıkarak kesme puanının toplam ölçek puanı için 35 dolayında olabileceğini ön görmüştür (24).

### **Buss-Perry Agresyon Ölçeği (AÖ)**

Buss ve Perry tarafından geliştirilen orijinal ölçek 29 maddeden oluşmaktadır (25). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ise 7. maddenin çalışmadığı görülerek Türkçe versiyonundan çıkarılmıştır ve 28 maddeden oluşmaktadır. 0 ile 4 arasında beşli likert tipi skorlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Fiziksel agresyon, sözel agresyon, öfke ve düşmanlık olmak üzere 4 alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutlar ve ölçeğin toplam puanı maddelerin toplamıyla elde edilir. Yüksek puanlar yüksek agresyon düzeylerine işaret eder. Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı toplam puan için 0,93 olarak bildirilmiştir (26).

### **Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3 (ADI-3)**

Fiziksel, toplumsal ve bilişsel olmak üzere anksiyete duyarlılığının 3 boyutta değerlendirilmesine olanak

sağlayan, beşli likert tipi skorlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Her bir alt boyutun 6 maddeyle değerlendirildiği ölçek, toplamda 18 maddeden oluşur. Alt boyutlar ve toplam puan, maddelerden alınan puanların aritmetik toplamı ile elde edilir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak bildirilmiştir, kesme puanı hesaplanmamıştır. Yüksek puanlar artmış anksiyete duyarlılığını göstermektedir (27, 28).

### **Kısa Form-36 (KF-36)**

Yaşam kalitesini değerlendirmek amacıyla Ware ve Sherbourne tarafından geliştirilmiştir (29). Bedensel hastalığı olanların yanı sıra sağlıklı deneklerde ve psikiyatrik hastalığı bulunanlarda da kullanılabilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış bir öz bildirim ölçeğidir. Fiziksel işlevsellik, fiziksel rol güçlüğü, ağrı, genel sağlık algısı, canlılık (vitalite), sosyal işlevsellik, emosyonel rol güçlüğü ve ruhsal sağlık olmak üzere toplam 8 boyuttan oluşan KF 36'nın puanlaması ayrıntılı bir yönerge ile yapılmaktadır. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Alt boyut puanları 0 ile 100 arasında değişebilmektedir ve yüksek puanlar iyi sağlık durumunu işaret etmektedir. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik çalışmasında alt boyutlar için Cronbach alfa katsayıları 0,7324-0,7612 arasında bildirilmiştir (30, 31).

### **Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)**

Hamilton ve onun gözetiminde Williams tarafından geliştirilmiş, klinisyence uygulanan, çalışmalarda ve klinik uygulamalarda yaygın biçimde kullanılan bir ölçektir (32). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında Cronbach alfa katsayısı 0,75 olarak belirlenmiştir. Depresyon belirti ve bulgularının değerlendirildiği 17 maddeden oluşan ölçeğin toplam puanı, 17 maddenin aritmetik toplamıyla elde edilir (33).

### **Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği (HADÖ)**

Klinisyen tarafından uygulanan, bireyin son 72 saat içerisindeki anksiyete düzeyini değerlendirmek amacıyla anksiyetenin ruhsal ve bedensel belirtilerinin değerlendirildiği bir ölçektir. Ölçek toplam 14 maddeden oluşur ve her madde 0 ile 4 arasında puanlanır. Her maddenin aritmetik toplamı ile toplam puan elde edilir. Toplam puan 0 ile 56 arasında olup Türkçe versiyonunda kesme puanı hesaplanmamıştır. Ölçeğin Türkçe güvenilirlik çalışmasında değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayısının, tek tek maddeler için 0,51 ile 0,97 arasında değiştiği, ortalama 0,72, toplam puan için ise 0,94 olarak bildirilmiştir (34, 35).

### **Veri Analizi**

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versiyon 20.0 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiklerde kategorik verilerde frekans ve yüzdeler, sayısal verilerde ise ortalama, standart sapma (ss) ve değer aralıkları verildi. Sayısal verilerin normal dağılıma uyup uymadıkları analitik (Kolmogorov-Smirnov testi) ve görsel (histogram ve olasılık grafikleri) yöntemler kullanılarak değerlendirildi. Çocukluk çağı DEHB öyküsü bulunan ancak erişkin dönemde DEHB tanısı almayan, erişkin dönemde DEHB tanısı alan ve DEHB öyküsü/tanısı bulunmayan üç grup arasında kesikli veriler karşılaştırılırken Pearson Ki-kare testi, sürekli veriler karşılaştırılırken ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) varsayımının sağlanmaması nedeniyle Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Gruplar arası farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc olarak gruplar ikiye bölünmüş şekilde Mann-Whitney U testi ile sınanarak Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirildi. Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirilen üçlü gruplarda anlamlılık düzeyi  $p < 0,017$  olarak kabul edildi. BŞBÖ alt boyutları ile çalışmada araştırılan bağımsız değişkenler arası ilişkilerin yönü ve düzeyi incelenirken Spearman korelasyon analizi kullanıldı. BŞBÖ alt boyutlarıyla korelasyon saptanan değişkenler, stepwise çok değişkenli lineer regresyon modeline alınarak BŞBÖ alt boyutları üzerindeki bağımsız etkileri araştırıldı. Regresyon model uyumu, gerekli rezidüel ve uyum istatistikleri kullanılarak incelendi. Analizlerde anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak belirlendi.

### **Bulgular**

Çalışmamız, eroin bağımlılığı tanısıyla Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği AMATEM biriminde yatarak tedavi gören, buprenorfin/nalokson stabilizasyon tedavi dönemindeki, ardışık,

100 erkek, gönüllü hastayla tamamlanmıştır. Çalışmaya alınan hastaların yaşları 18-33 arasında, yaş ortalaması ise 23,15 -3,46 yıl ortalaması ile katılmaları, 8,7 2,19 (0 %20'si evliydi ve %36'sı düzenli bir işe sahipti (Tablo 1)

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri**

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (yıl:Ort±SS)	23,15±3,86	
Medeni durum		
Evli	20	20
Bekar	76	76
Boşanmış	4	4
Eğitim süresi (yıl:Ort±SS)	8,7 ±2,19	
Çalışma durumu		
Düzenli çalışıyor	36	36
Son 1-12 aydır çalışmıyor	37	37
12 ay üzeri çalışmıyor	26	26
Öğrenci	1	1
Sigara kullanımı	100	100
Sigara başlangıç yaşı (yıl:Ort±SS)	14,09±2,38	
Sigara kullanım süresi (yıl:Ort±SS)	8,98±3,65	
İlk kullanılan yasa dışı madde		
Esrar	77	77
Uçucular	13	13
Eroin	7	7
Amfetamin & MDMA	3	3
İlk kullanılan yasa dışı madde yaşı (yıl:Ort±SS)	16,31±2,75	
Eroin başlangıç yaşı (yıl:Ort±SS)	18,76±3,64	
Eroin kullanım süresi (yıl:Ort±SS)	3,78±1,87	
Eroin kullanım yolu		
İnhalasyon	81	81
İntravenöz	10	10
İnhalasyon&intravenöz	9	9
Eroin kullanım miktarı (gr/gün:Ort±SS)	1,18±0,68	
Ek yasa dışı madde kullanımı		
Var	49	49
Yok	51	51
İntihar girişimi		
Var	26	26
Yok	74	74
Kendine zarar verme davranışı		
Var	57	57
Yok	43	43
Adli olay		
Var	65	65
Yok	35	35
Kronik tıbbi hastalık		
HCV	7	7
KOAH	5	5
Hipertansiyon	2	2
Yok	86	86

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, MDMA: 3,4-metilendioksümetamfetamin, HCV: Hepatit C virüsü enfeksiyonu, KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı

**Tablo 2. DEHB öyküsü ve tanısına göre oluşturulan grupların sosyodemografik ve klinik özellikleri**

	Erişkin DEHB(+) (n:14) Ort.±SS, n (%)	Çocukluk DEHB(+) Erişkin DEHB(-) (n:16) Ort.±SS, n (%)	DEHB(-) (n:70) Ort.±SS, n (%)	p
Yaş	24,38±4,42	22,18±4,02	23,14±3,71	0,310
Medeni durum				0,589
Evli	5 (%35,7)	3 (%18,8)	12 (%17,1)	
Bekar	9 (%64,3)	12 (%75,0)	55 (%78,6)	
Boşanmış	0 (%0,0)	1 (%6,2)	3 (%4,3)	
Eğitim süresi (yıl)	8,50±3,50	8,50±1,89	8,79±1,94	0,390
Çalışma durumu				0,720
Düzenli çalışıyor	4 (%28,6)	6 (%37,5)	26 (%37,2)	
1-12 aydır çalışmıyor	5 (%35,7)	7 (%43,7)	25 (%35,7)	
12 ay üzeri çalışmıyor	5 (%35,7)	3 (%18,8)	18 (%25,7)	
Öğrenci	0 (%0,0)	0 (%0,0)	1 (%1,4)	
Sigara kullanımı	14 (%100)	16 (%100)	70 (%100)	
Sigara başlangıç yaşı	13,21±2,45	13,31±2,72	14,44±2,23	0,138
Sigara kullanım süresi (yıl)	10,92±4,06	8,87±3,81	8,61±3,46	0,180
İlk kullanılan yasa dışı madde				0,332
Esrar	12 (%85,7)	12 (%75,0)	53 (%75,7)	
Uçucular	1 (%7,1)	4 (%25,0)	8 (%11,4)	
Eroin	1 (%7,1)	0 (%0,0)	6 (%8,6)	
Amfetamin & MDMA	0 (%0,0)	0 (%0,0)	3 (%4,3)	
İlk kullanılan yasa dışı madde yaşı	16,21±3,30	15,31±3,13	16,65±2,52	0,224
Eroin başlangıç yaşı	19,71±4,06	18,25±4,72	18,69±3,29	0,361
Eroin kullanım süresi (yıl)	4,00±2,00	3,75±1,65	3,74±1,91	0,921
Eroin kullanım yolu				0,403
İnhalasyon	12 (%85,7)	14 (%87,5)	55 (%78,6)	
İntravenöz	2 (%14,3)	1 (%6,2)	7 (%10,0)	
İnhalasyon&intravenöz	0 (%0,0)	1 (%6,2)	8 (%11,4)	
Eroin kullanım miktarı (gr/gün)	1,02±0,82	1,06±0,56	1,24±0,74	0,638
Ek yasa dışı madde kullanımı				0,082
Var	3 (%21,4)	8 (%50,0)	38 (%54,3)	
Yok	11 (%78,6)	8 (%50,0)	32 (%45,7)	
İntihar girişimi				0,452
Var	5 (%35,7)	6 (%37,5)	15 (%21,4)	
Yok	9 (%64,3)	10 (%62,5)	55 (%78,6)	
Kendine zarar verme davranışı				0,072
Var	11 (%78,6)	11 (%68,8)	35 (%50,0)	
Yok	3 (%21,4)	5 (%31,2)	35 (%50,0)	
Adli olay				0,513
Var	10 (%71,4)	12 (%75,0)	43 (%61,4)	
Yok	4 (%28,6)	4 (%25,0)	27 (%38,6)	

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, MDMA: 3,4-metilendioksümetamfetamin, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, p<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi

Katılımcıların ilk eroin kullanım yaşının 18,76 ± 3,04 (1-31) düzenli eroin kullanım süresinin ise 3,78 ± 1,87 (1-9) yıl olarak bulundu. Örneklemin demografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur. Katılımcıların WUDÖ ortalama puanı 31,94 ± 8,20 olarak bulundu ve %35'inin ölçeğin kesme puanı olan 36 ve üzerinde puan aldıkları belirlendi. ASRS ortalama toplam puanı ise 26,06 ± 5,07 olarak saptandı. Katılımcılarla ve katılımcıların çocukluk dönemini bilen bir yakını ile DIVA 2.0-Türkçe kullanılarak yapılan yüz yüze görüşmeler sonucu, katılımcıların %30'unda çocukluk çağı DEHB öyküsü olduğu, %14'ünde ise erişkin dönem DEHB tanısı saptandı. DIVA 2.0-Türkçe kullanılarak katılımcılar, erişkin DEHB grubu (n:14), çocukluk

çağı DEHB öyküsü bulunan ancak yetişkin DEHB tanısı olmayan grup (n:16) ve DEHB olmayan grup (n:70) olarak üçe ayrıldı. Gruplar arası demografik, madde kullanım ve diğer klinik özellikler arasında anlamlı düzeyde fark bulunmadı ( $p>0,05$ ), (Tablo 2).

**Tablo 3. DEHB öyküsü ve tanısına göre oluşturulan grupların ölçek puanları**

	Erişkin DEHB(+) (n:14) Ort.±SS	Çocukluk DEHB(+) Erişkin DEHB(-) (n:16) Ort.±SS	DEHB(-) (n:70) Ort.±SS	P
ADI-3				
Fiziksel	10,64±6,38	9,18±6,88	8,94±5,91	0,621
Toplumsal	10,57±5,43	11,81±5,98	9,77±5,74	0,374
Bilişsel	8,21±5,42	8,00±6,30	6,34±4,33	0,370
Toplam	29,42±15,49	28,06±16,79	24,77±13,44	0,492
ÇQTÖ				
Cinsel İstismar	5,31±0,57	5,12±0,34	5,11±0,36	0,859
Fiziksel İstismar	6,07±1,85	7,18±3,65	5,56±1,68	0,082
Fiziksel İhmal	6,14±2,90	8,12±3,03	6,59±1,83	0,010*
Duygusal İstismar	9,64±5,58	8,62±4,57	6,512±,37	0,035**
Duygusal İhmal	10,50±6,11	9,81±4,32	8,81±3,66	0,737
Toplam	37,21±14,60	38,56±12,64	32,59±7,54	0,220
Minimizasyon	1,64±1,27	1,43±1,20	1,60±1,05	0,852
BIS-11 Toplam	82,42±12,86	70,46±6,94	63,65±10,96	0,001*
AÖ				
Fiziksel Agresyon	19,35±7,99	17,68±5,86	12,60±7,26	0,002*
Sözel Agresyon	11,28±4,21	10,12±3,03	8,46±4,30	0,050
Öfke	18,57±6,39	16,18±4,38	11,51±6,30	<0,001*
Düşmanlık	20,35±6,62	17,00±4,01	12,78±6,23	<0,001*
Toplam	68,85±21,75	60,75±12,07	45,20±9,42	<0,001*
HADÖ				
Psişik	2,00±1,66	2,68±1,77	1,49±1,44	0,020*
Somatik	1,28±1,06	1,18±0,91	1,13±1,02	0,844
Toplam	3,28±2,36	3,87±2,44	2,61±2,19	0,053
HDDÖ Toplam	3,00±2,88	3,68±2,08	2,46±1,69	0,021*
KF-36				
Fiziksel Fonksiyon	71,78±19,83	70,00±22,13	74,36±21,55	0,551
Fiziksel Rol güçlüğü	21,42±32,31	29,68±40,01	36,07±38,22	0,322
Ağrı	37,42±17,49	43,81±13,07	46,11±18,70	0,335
Genel Sağlık	41,71±16,72	40,12±10,71	50,11±18,01	0,048**
Vitalite	32,85±20,06	42,18±21,60	49,92±23,59	0,064
Sosyal Fonksiyon	29,46±25,29	40,62±26,41	48,21±24,56	0,033*
Emosyonel Rol Güçlüğü	16,65±21,67	26,47±34,86	38,57±34,82	0,057
Mental Sağlık	36,00±19,46	44,62±13,77	52,15±19,05	0,024*
BŞBÖ				
Tıbbi Durum	1,50±1,65	1,81±1,42	1,87±1,66	0,504
İş/Destek Durumu	4,07±1,07	4,18±1,22	4,99±1,44	0,738
Yasal Durum	5,34±1,87	5,28±2,13	4,69±1,75	0,008*
Alkol/Madde Durumu	6,64±0,74	6,56±0,72	6,71±0,93	0,936
Aile/Sosyal Durum	4,07±1,07	4,18±1,22	3,97±1,07	0,738
Psikiyatrik Durum	4,42±1,22	4,31±0,70	3,11±1,16	<0,001*

Ort±SS: Ortalama±Standart sapma, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, ÇQTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma ölçeği, BIS-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, AÖ: Buss-Perry Agresyon Ölçeği, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, KF-36: Kısa Form-36, BŞBÖ: Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği, \*  $p<0,05$  istatistiksel anlamlılık düzeyi, \*\* Bonferroni düzeltmesi ile değerlendirme sonrası istatistiksel anlamlılık kayboldu  $p>0,017$



Grupların ÇÇTÖ puanları karşılaştırıldığında, fiziksel ihmal ve duygusal istismar alt ölçek puanlarında, istatistiksel düzeyde fark olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). Çocukluk çağı DEHB öyküsü olup erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan grubun ( $n:16$ ) diğer iki gruba kıyasla daha yüksek fiziksel ihmal puanına sahipti ( $p < 0,017$ ). Duygusal istismar açısından yapılan post-hoc değerlendirmede ise gruplar arası istatistiksel anlamlılık kayboldu ( $p > 0,017$ ). AÖ toplam ve alt ölçek puanlarında, sözel agresyon alt ölçeği hariç ( $p = 0,050$ ) tüm alt ölçeklerde ve toplam puanda gruplar arası anlamlı fark olduğu görüldü ( $p < 0,05$ ). DEHB olmayan grup ( $n:70$ ) diğer iki gruba kıyasla AÖ toplam ve alt ölçek puanlarında daha düşük ortalama puanlara sahipti ( $p < 0,017$ ). KF-36 alt ölçek puanlarında, erişkin DEHB grubuyla ( $n:14$ ) DEHB olmayan grup ( $n:70$ ) arasında sosyal fonksiyon ve mental sağlık alt ölçeklerinde anlamlı fark bulunuyordu (sırasıyla  $p = 0,011$ ,  $p = 0,013$ ). Üç grubun BŞBÖ alt boyutları karşılaştırıldığında ise DEHB olmayan grubun ( $n:70$ ), diğer iki gruba kıyasla hem yasal durum hem de psikiyatrik durum alt boyutlarında daha düşük ortalama puanlara sahip olduğu belirlendi (sırasıyla  $p < 0,0001$ ,  $p = 0,001$ ), (Tablo 3).

**Tablo 4. BŞBÖ alt boyutlarıyla diğer değişkenler arasındaki ilişkiler**

		Tıbbi Durum	İş/Destek Durumu	Yasal Durum	Alkol/Madde Durumu	Aile/Sosyal Durum	Psikiyatrik Durum
Yaş	$r_s$	0,14	0,18	0,11	0,15	0,18	0,20*
	p	0,143	0,064	0,912	0,117	0,064	0,047
Eğitim yılı	$r_s$	0,12	-0,12	-0,08	0,05	-0,12	-0,07
	p	0,225	0,232	0,396	0,572	0,232	0,443
Medeni durum	$r_s$	-0,12	0,05	0,11	0,06	0,05	0,14
	p	0,241	0,616	0,260	0,576	0,616	0,173
Aylık gelir	$r_s$	0,14	0,31**	-0,15	0,25*	0,01	-0,02
	p	0,147	0,001	0,120	0,012	0,911	0,779
WUDÖ Toplam	$r_s$	-0,06	0,09	0,22*	-0,04	0,17	0,60**
	p	0,540	0,365	0,025	0,708	0,083	<0,001
ASRS Toplam	$r_s$	-0,04	0,11	0,20**	0,06	0,15	0,38**
	p	0,677	0,247	0,047	0,544	0,122	<0,001
ADI-3 Toplam	$r_s$	-0,02	-0,07	0,05	-0,09	0,03	0,23*
	p	0,811	0,497	0,599	0,349	0,736	0,018
ÇÇTÖ Toplam	$r_s$	0,14	0,05	0,06	-0,03	0,25*	0,15
	p	0,167	0,625	0,521	0,747	0,011	0,119
BIS-11 Toplam	$r_s$	-0,07	0,09	0,13	-0,03	0,13	0,30*
	p	0,496	0,394	0,213	0,753	0,211	0,004
AÖ Toplam	$r_s$	0,05	0,11	0,31*	0,26*	0,07	0,49*
	p	0,616	0,264	0,001	0,008	0,456	<0,001
HADÖ Toplam	$r_s$	0,22*	0,18	0,15	0,20*	0,24*	0,48**
	p	0,026	0,062	0,123	0,040	0,015	<0,0001
HDDÖ Toplam	$r_s$	0,09	-0,01	0,12	0,04	0,16	0,31**
	p	0,354	0,956	0,234	0,675	0,101	0,001

BŞBÖ: Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği, WUDÖ: Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma ölçeği, BIS-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, AÖ: Buss-Perry Agresyon Ölçeği, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, KF-36: Kısa Form-36,  $r_s$ : Spearman korelasyon katsayısı, \*0,05 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü), \*\*0,01 düzeyinde anlamlı ilişki (çift yönlü)

BŞBÖ alt boyutları ile sosyodemografik değişkenlerin ilişkileri incelendiğinde, yaş ile psikiyatrik durum arasında ( $r_s:0,20$ ,  $p=0,047$ ), aylık gelir ile madde kullanımı arasında ( $r_s:0,25$ ,  $p=0,012$ ) pozitif yönde düşük derecede bir ilişki olduğu belirlendi. BŞBÖ alt boyutları ile WUDÖ ve ASRS toplam puanları arasındaki ilişkide, WUDÖ toplam puanı ile BŞBÖ psikiyatrik durum alt boyutu arasında pozitif yönde yüksek derecede ( $r_s:0,60$ ,

$p < 0,0001$ ), yasal durum alt boyutuyla arasında ise pozitif yönde düşük derecede ( $r_s:0,22$ ,  $p=0,025$ ) korelasyon olduğu bulundu. ASRS toplam puan ile BŞBÖ alt boyutları arasında yine benzer şekilde yasal durum ( $r_s:0,20$ ,  $p=0,047$ ) ve psikiyatrik durum ( $r_s:0,38$ ,  $p < 0,0001$ ) alt boyutları arasında pozitif yönde ilişki olduğu belirlendi. Tablo 4'te BŞBÖ alt boyutlarıyla çalışmamızda araştırılan değişkenler arasındaki ilişkiler sunulmuştur.

**Tablo 5. BŞBÖ alt boyutlarının bağımlı değişken olarak alındığı stepwise çoklu doğrusal regresyon modelinde belirleyici değişkenler**

		Tıbbi Durum	İş/Destek Durumu	Yasal Durum	Alkol/Madde Durumu	Aile/Sosyal Durum	Psikiyatrik Durum
ANOVA	F	3,512	9,432	10,987	6,091	4,913	26,355
	SH	1,590	1,315	1,745	0,781	1,062	0,885
	p	0,034	<0,001	0,001	<0,001	0,029	<0,001
Düzeltilmiş R <sup>2</sup>		0,051	0,148	0,093	0,208	0,040	0,511
Yaş	$\beta$	0,213					0,152
	p	0,040					0,045
Medeni durum	$\beta$	0,219					
	p	0,035					
Eğitim yılı	$\beta$		-0,376				
	p		<0,001				
WUDÖ Toplam	$\beta$				-0,271		0,464
	p				0,012		<0,001
ADI-3 Toplam	$\beta$				-0,213		
	p				0,030		
AÖ Toplam	$\beta$		0,205	0,320	0,410		0,236
	p		0,032	0,001	<0,001		0,005
BIS-11 Toplam	$\beta$						
	p						
ÇÇTÖ Toplam	$\beta$						
	p						
HADÖ Toplam	$\beta$				0,414	0,221	0,226
	p				<0,001	0,029	0,004
HDDÖ Toplam	$\beta$				0,228		
	p				0,046		

BŞBÖ: Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği, WUDÖ: Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği, ADI-3: Anksiyete Duyarlılığı İndeksi-3, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma ölçeği, BIS-11: Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11, AÖ: Buss-Perry Agresyon Ölçeği, HADÖ: Hamilton Anksiyete Değerlendirme Ölçeği, HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği,  $\beta$ : regresyon katsayısı, R<sup>2</sup>: belirtme katsayısı,  $p < 0,05$  istatistiksel anlamlılık düzeyi

Çalışmamızda bağımlılık şiddetini etkileyebilecek değişkenlerin, BŞBÖ alt boyut puanlarına olası bağımsız etkilerini değerlendirmek amacıyla regresyon modeli kurulurken, BIS-11 toplam puanı ile ASRS toplam puanı arasında %50'nin üzerinde benzerlik belirlenmesi nedeniyle ASRS regresyon modeli dışında bırakıldı. Çalışma hipotezimiz doğrultusunda araştırılan sosyodemografik değişkenler (yaş, medeni durum, eğitim yılı) ve korelasyon analizinde BŞBÖ alt boyutlarıyla anlamlı ilişki saptanan, WUDÖ toplam puanı, ADI-3 toplam puanı, AÖ toplam puanı, BIS-11 toplam puanı, ÇÇTÖ toplam puanı, HADÖ ve HDDÖ toplam puanları regresyon analizine alındı. BŞBÖ alt boyutlarının bağımlı değişken olarak alındığı stepwise çoklu doğrusal regresyon modellerinde belirleyici değişkenler Tablo 5'te sunulmuştur.

## Tartışma

Çalışmamızda DIVA 2.0 Türkçe kullanılarak, eroin bağımlılığı bulunan hastaların %30'unda çocukluk çağı DEHB öyküsü olduğu, %14'ünde ise erişkin dönem DEHB tanısı saptandı. Yaşam boyu alkol madde kullanım bozukluğu olan, tedavi arayan bireylerde DEHB yaygınlığının genel olarak %15 ile %20 arasında değiştiği tahmin edilmektedir (8). Gupta ve arkadaşlarınca yapılan, opiyat bağımlılığı bulunan 132 katılımcının alındığı çalışmada, erişkin DEHB oranı %18,2 olarak bildirilmiştir (36). Opiyat bağımlılığı bulunan, 107 katılımcının alındığı başka bir çalışmada ise erişkin DEHB oranı %13,5 olarak bulunmuştur (9). Bu iki çalışmaya kıyasla daha geniş örneklemlerle bir çalışmada, katılımcıların erişkin DEHB semptomları ASRS kullanılarak değerlendirilmiş ve eroin bağımlılığı bulunan 1057 katılımcının %19,4'ünün erişkin DEHB semptomları gösterdiği bildirilmiştir (37). Katılımcı sayımızın nispeten düşük olmasına rağmen çalışmamızda saptanan çocukluk çağı DEHB öyküsü ve erişkin dönem DEHB eş tanı oranları mevcut literatüre yakın bulunmuştur.

Gruplar arasında, DEHB olmayan grup, diğer iki gruba kıyasla BŞBÖ yasal durum ve psikiyatrik durum alt boyutlarında daha düşük ortalama puanlara sahipti. BŞBÖ'nün kullanıldığı 285 katılımcı ile yapılan bir çalışmada, DEHB olan grubun iş/destek durumu, yasal durum, psikiyatrik durum ve madde kullanımı alanlarında daha yüksek puanlar aldığı bildirilmiştir (38). Kokain bağımlılığı olan katılımcılarla yapılan başka bir çalışmada ise DEHB olan grupta BŞBÖ iş/destek durumu, psikiyatrik durum ve alkol kullanımı alanlarında daha yüksek puanlar tespit edilmiştir (39). Örneklemeimize benzer şekilde opiyat bağımlılığı olan katılımcıların dahil edildiği çalışmada ise DEHB olan grubun BŞBÖ yasal durum, aile/sosyal ilişkiler ve psikiyatrik durum alt boyutlarında daha yüksek ortalama puanlara sahip oldukları bildirilmiştir. Ek olarak bu çalışmada, davranım bozukluğu kontrol edildiğinde, yasal durum alt boyutundaki farklılığın kaybolduğu ancak psikiyatrik durum ve aile/sosyal ilişkiler alt boyutundaki istatistiksel farkın devam ettiği belirtilmiştir (12). Yukarıdaki çalışmalar ve bulgularımıza göre DEHB olan grupların çeşitli BŞBÖ alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek puanlar aldıkları görülmektedir. Çalışma bulgularımız ve mevcut çalışmalar, DEHB'nin bağımlılık şiddetini arttırdığına işaret etmektedir.

En yalın tanımıyla algılanan sağlık olarak da ifade edilen yaşam kalitesi, hem MKB olanlarda hem de DEHB olanlarda ayrı ayrı genel toplum örnekleminde belirgin derecede düşük olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir (40-42). Çalışmamızda eroin bağımlılarında DEHB eş tanı varlığının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği bulundu. Bununla birlikte erişkin dönemde DEHB tanısı kaybolan grupla erişkin dönemde de DEHB tanısı devam eden gruplar arasında ise istatistiksel olarak KF-36'nın hiçbir alt boyutunda fark yoktu. Opiyat bağımlılarında DEHB eş tanı etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, bulgularımıza benzer şekilde davranım bozukluğu öyküsü olan ve/veya DEHB belirtileri devam eden katılımcılarda daha düşük yaşam kalitesi seviyeleri bulunmuştur (12). Ayrıca çalışma bulgularımız, erişkin dönemde DEHB tanısı almasa bile çocukluk çağı DEHB öyküsünün, doğrudan ya da dolaylı yollarla yaşam kalitesini olumsuz etkileyebileceğini düşündürmektedir. Konuyla ilgili yapılan küçük örneklemlerle bir takip çalışmasında ise farklı olarak DEHB olan ve DEHB olmayan MKB grupları karşılaştırıldığında yaşam kalitesi açısından fark bildirilmemiştir (43).

Çalışmamızda çocukluk çağı DEHB olan grup, ÇÇTÖ fiziksel ihmal alt boyutunda daha yüksek puanlara sahipti ayrıca ÇÇTÖ toplam puanıyla BŞBÖ aile/sosyal durum alt boyutu arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptandı. Çocukluk çağı ruhsal travmalarının kısa ya da uzun vadede alkol madde kullanım bozuklukları da dahil olmak üzere bir dizi psikiyatrik bozukluk gelişimi için risk faktörü olduğu kabul edilmektedir (44, 45). Benzer şekilde birçok çalışmada da DEHB olanların toplum genelinden daha yüksek oranda çocukluk çağı ihmal ve istismarına maruz kaldıkları bildirilmiştir (46). DEHB tanılı çocukların alındığı bir takip çalışmasında, çocukluk çağı kötü muameleye maruz kalma, madde kullanım bozukluğu gelişimi için belirleyici bir faktör olarak tanımlanmıştır (47). Bulgularımız ve konuyla ilgili mevcut çalışmalar, DEHB, madde kullanım bozukluğu ve çocukluk çağı travmalarının iç içe geçmiş, karşılıklı etkileşimlerinin daha fazla çalışmada konu edilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızda erkek eroin bağımlılarında DEHB'nin sıklığı ve kliniğe olan etkileri dışında bağımlılık şiddetine etki edebilecek; sosyodemografik ve klinik özellikler, anksiyete duyarlılığı, agresyon, dürtüsellik, çocukluk çağı ruhsal travmaları, anksiyete ve depresyon belirtilerinin araştırılması da amaçlanmıştır. Regresyon analizi

sonucunda AÖ toplam puanının, altı BŞBÖ alt boyutundan dördünü (yasal durum, iş/destek durumu, madde kullanımı, psikiyatrik durum) etkileyen önemli bir değişken olduğu bulundu. AÖ toplam puanının, BŞBÖ yasal durum alt boyut puanlarında artışa neden olduğu saptandı. Bu durum DEHB'nin, yüksek agresyon seviyeleri aracılığıyla yasal durum alt boyutunu etkileyebileceğini düşündürmektedir. Opiyat bağımlılarında yapılan bir çalışmada, davranım bozukluğunun etkisi kontrol edildiğinde yasal durum alt boyutunda DEHB etkisinin kaybolduğu ve davranım bozukluğunun yasal durum alt boyutunu büyük oranda tek başına açıkladığı bildirilmiştir (12).

BŞBÖ iş/destek durumu alt boyut puanlarını, eğitim yılının negatif yönde, AÖ toplam puanının ise pozitif yönde etkilediği bulundu. Düşük eğitim süresi ile iş/destek durumu alanında daha yüksek yardıma ihtiyaç duyulması beklenir bir sonuçtur. Çocukluk çağı yüksek agresyon düzeylerinin, düşük okul uyumu ve sorunlu alkol tüketimi gibi yollarla uzun dönemde işsizlikle ilişkili olduğu bildirilmiştir (48). Ek olarak çalışmamızda AÖ toplam puanının yasal durum, madde kullanımı ve psikiyatrik durum alt boyutlarını da etkilemesi, iş/destek alanında daha kötü sonuçların doğmasına katkı sağlıyor gibi görünmektedir.

BŞBÖ madde kullanımı alt boyut puanlarına, WUDÖ ve ADI-3 toplam puanlarının negatif yönde, AÖ, HADÖ ve HDDÖ toplam puanlarının ise pozitif yönde etkiledikleri saptandı. Moura ve arkadaşlarınca yapılan çalışmada, madde kullanım bozukluğu ve DEHB birlikteliği olan grubun, daha yüksek madde kullanımı alt boyut puanlarına sahip olduğu bildirilmiştir (38). Madde ya da kumar bağımlılığı olanların dahil edildiği bir çalışmada ise DEHB olan ve DEHB olmayan gruplar arasında BŞBÖ madde kullanım alt boyutunda fark bulunmamıştır (49). Çalışmamızda DEHB'nin bir şiddet göstergesi olan WUDÖ toplam puanının, madde kullanımı alt boyutuna negatif yönde etkide bulunması, çalışma başlangıcında ön görülen durumlardan biri değildi. DEHB gruplarında istatistiksel olarak anlamlılık gösteren daha yüksek oranlarda cezaevi yaşantısına bağlı olarak zorunlu remisyon süreleri, bu duruma katkı sağlamış olabilir. Çalışmanın örneklem büyüklüğü, kesitsel tasarımı ve tek merkezde yürütülmüş olması göz önünde bulundurulduğunda, bu konuda daha geniş örneklemli ve boyamsal çalışmalar yararlı olacaktır. Çalışmamızda madde kullanımı alt boyutunu, negatif yönde etkileyen diğer bir değişkenin ADI-3 toplam puanı olduğu bulundu. Opiyat kullanım bozukluğu olanlarda anksiyete duyarlılığının bağımlılık şiddetine olası etkilerini araştıran güncel bir çalışmada, artmış anksiyete duyarlılığının bağımlılıkla ilgili tıbbi ve psikiyatrik problemleri arttırdığı ancak yasal sorunları negatif yönde etkilediği bulunmuştur (50). Yüksek anksiyete duyarlılığı, bağımlılıkla ilgili farklı sorun alanlarında doğrudan ya da dolaylı yollarla farklı biçimlerde etkileyebilir. Bazı sorun alanlarında artışa neden olabilirken bazılarında ise koruyucu etkisi olabilir. Bu konuya özel daha fazla çalışmaya ihtiyaç görülmektedir. Çalışmamızda BŞBÖ madde kullanımı alt boyutuna, AÖ toplam puanının pozitif yönde etkisi olduğu saptandı. Bu bulguya paralellik gösterir nitelikte ülkemizde Algül ve arkadaşlarınca yapılan çalışmada, şiddet içeren suçları işleyen antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) olgularında madde kullanım bozuklukları oranı, bu tür suçları işlemeyen ASKB olgularından anlamlı şekilde daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca bu çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan ASKB olgularının agresyon (saldırganlık) düzeyinin istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (51). MKB, sorunlu saldırgan davranışları arttırdığı gibi agresyonun da madde kullanım riskini arttırması olasıdır (52). Çalışmamızda HADÖ ve HDDÖ toplam puanları, madde kullanım alt boyut puanlarına pozitif yönde etki eden diğer değişkenler olarak bulundu. Alkol madde kullanım bozukluğu olan hastalarda diğer psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı oldukça yüksektir. Bu durum istisnai bir durumdan ziyade neredeyse bir kural olarak tanımlanmaktadır (53). Klinik ve genel toplum örneklemelerinde anksiyete bozuklukları ve alkol madde kullanım bozuklukları birlikteliğinin sık olduğu, her bir bozukluğun tek başına bulunmasına göre birliktelik durumlarının daha olumsuz sonuçlara neden olduğu bilinmektedir (54). Benzer şekilde depresyon ve alkol madde kullanım bozuklukları arasında da artmış birliktelik oranları bildirilmektedir. Depresyon ve alkol madde kullanım bozukluğu birlikteliğinde hastalık şiddetleri artmakta, gidiş ve sonlanış kötüleşerek daha şiddetli sağlık sorunları ortaya çıkmaktadır (53).

BŞBÖ psikiyatrik durum alt boyut puanlarına etki eden değişkenlerin ise yaş, HADÖ, WUDÖ ve AÖ toplam puanları olduğu bulundu. Yaş ile birlikte geçmiş dönemdeki ya da halen devam eden psikiyatrik şikayetlerin, kümülatif biçimde artarak, BŞBÖ psikiyatrik durum alt boyutuna yansması doğal bir sonuç olarak yorumlanabilir. Benzer şekilde anksiyete ve agresyon semptomlarının göstergesi olan HADÖ ve AÖ ölçek puanlarının da psikiyatrik durum alt boyutuna yansması beklenir bir durumdur. Çalışmamızda DEHB

belirtilerinin bir şiddet göstergesi olarak regresyon analizine alınan WUDÖ toplam puanı, BŞBÖ psikiyatrik durum alt boyut puanlarında artışa neden olan başka bir değişken olduğu bulundu. DEHB'de görülen hem çekirdek belirtiler hem de sıklıkla eşlik eden psikiyatrik komorbiditeler, psikiyatrik durum alt boyut puanlarında artışa neden olması kaçınılmazdır. Bulgularımıza benzer şekilde çeşitli çalışmalarda, madde kullanım bozukluğu olanlarda DEHB birlikteliğinin daha yüksek BŞBÖ psikiyatrik durum alt boyut puanları ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (12, 38, 39).

BŞBÖ tıbbi durum alt boyut puanlarında, yaş ve evli olmamanın artışa neden oldukları bulundu. Genel toplum örnekleminde yapılan birçok çalışmada da evli olmanın diğer medeni durumlara göre genel olarak daha iyi sağlık düzeyleriyle ilişkili olduğu belirtilmektedir (55, 56). Yapılan bir meta-analiz çalışmasında ise yine benzer şekilde, evli bireylere kıyasla evli olmayanlarda fiziksel kırılabilirlik riskinin yaklaşık iki kat olduğu bildirilmiştir (57).

Mevcut çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Öncelikle kesitsel değerlendirilme önemli bir kısıtlılıktır ayrıca dürtüsellik, agresyon, çocukluk çağı ruhsal travmaları, anksiyete duyarlılığı ve yaşam kalitesi değerlendirmelerinde öz bildirim ölçeklerinden yararlanılmıştır. Ek olarak örneklem sayımızın düşük oluşu, sadece erkek katılımcılardan oluşması ve çalışmanın tek bir merkezde yürütülmüş olması göz önünde bulundurulduğunda sonuçların bütünü temsil etmede yetersiz kalabileceği akılda tutulmalıdır.

Sonuç olarak bulgularımız, eroin bağımlılığı olanlarda DEHB belirtilerinin dikkatli biçimde araştırılması gerekliliğini bir kez daha vurgulamaktadır. Ayrıca çok boyutlu bir bozukluk olan eroin bağımlılığında, DEHB olsun ya da olmasın agresyon, anksiyete, depresyon gibi psikiyatrik durumların bağımlılık şiddetinin birçok boyutunu etkilediği görülmüştür bu nedenle tedavi yönetiminde özellikle ele alınması gerekmektedir. DEHB'ye sıklıkla eşlik eden davranım bozukluğu, anksiyete ve duygudurum bozuklukları gibi eş tanı etkilerinin göz önünde bulundurulduğu, çocukluk çağından yetişkinlik dönemine uzanan, geniş örneklemlili, boylamsal takip çalışmaları, DEHB'de eroin ve diğer madde kullanım bozukluklarının gelişimi ve klinik etkilerini anlamada yol gösterici olacaktır.

## Kaynaklar

1. Cadet JL, Jayanthi S. Epigenetics of addiction. *Neurochem Int* 2021; 147: 105069.
2. Dydyk AM, Jain NK, Gupta M. Opioid use disorder. *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
3. Cheron J, Kerchove d'Exaerde A. Drug addiction: from bench to bedside. *Transl Psychiatry* 2021; 11(1): 424.
4. van de Glind G, Van Emmerik-van Oortmerssen K, Carpentier PJ, et al. The international ADHD in substance use disorders prevalence (IASP) study: background, methods and study population. *Int J Methods Psychiatr Res* 2013; 22(3): 232-244.
5. Icick R, Moggi F, Slobodin O, et al. Attention deficit/hyperactivity disorder and global severity profiles in treatment-seeking patients with substance use disorders. *Eur Addict Res* 2020; 26(4-5): 201-210.
6. Estévez N, Dey M, Eich-Höchli D, et al. Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and its association with substance use and substance use disorders in young men. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2016; 25(3): 255-266.
7. Fayyad J, Sampson NA, Hwang I, et al. The descriptive epidemiology of DSM-IV adult ADHD in the world health organization world mental health surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* 2017; 9(1): 47-65.
8. van der Burg D, Crunelle CL, Matthys F, van den Brink W. Diagnosis and treatment of patients with comorbid substance use disorder and adult attention-deficit and hyperactivity disorder: a review of recent publications. *Curr Opin Psychiatry* 2019; 32(4): 300-306.
9. Coppola M, Sacchetto G, Mondola R. Craving for heroin: difference between methadone maintenance therapy patients with and without ADHD. *Trends Psychiatry Psychother* 2019; 41(1): 83-86.
10. Wilens TE, Biederman J, Mick E. Does ADHD affect the course of substance abuse? findings from a sample of adults with and without ADHD. *Am J Addict* 1998; 7(2): 156-163.
11. Wickens CM, Kao A, Ialomiteanu AR, et al. Conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder as risk factors for prescription opioid use. *Drug Alcohol Depend* 2020; 213: 108103.
12. Carpentier PJ, van Gogh MT, Knapen LJ, et al. Influence of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on opioid dependence severity and psychiatric comorbidity in chronic methadone-maintained patients. *Eur Addict Res* 2011; 17(1): 10-20.

13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G\*Power 3: a flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007; 39(2): 175-191.
14. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, et al. The fifth edition of the addiction severity index. *J Subst Abuse Treat* 1992; 9(3):199-213.
15. Demirbaş H, İlhan Özgür İ, Doğan YB, Canatan A. Reliability and validity of the Turkish version of the addiction severity index in male alcohol dependents. *Noro Psikiyatrs Ars* 2014; 51(3): 216-221.
16. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993;150(6): 885-890.
17. Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah derecelendirme ölçeği Türkçe formunun erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatrs Dergisi* 2005; 16(4): 252-259.
18. Kessler RC, Adler L, Ames M, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med* 2005; 35(2): 245-256.
19. Doğan S, Öncü B, Varol Saraçoğlu G, Küçüköncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatrs Dergisi* 2009; 10(2): 77-87.
20. Kooij JJS, Francken MH. Yetişkinlerde DEHB için Tanısal Görüşme DIVA-2.0. Motavallı Mukaddes N, Öncü B, Bron A, et al. (Çevirenler). [http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA\\_2\\_Turks.pdf](http://www.divacenter.eu/Content/VertalingPDFs/DIVA_2_Turks.pdf) (04 Aralık 2013'te ulaşıldı).
21. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51(6): 768-774.
22. Güleç H, Tamam L, Yazıcı Güleç M, et al. Psychometric properties of the Turkish version of the Barratt impulsiveness scale-11. *Bulletin of Clinical Psychopharmacology* 2008; 18(4): 251-258.
23. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse Negl* 2003; 27(2): 169-190.
24. Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012; 32(4): 1054-1063.
25. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992; 63(3): 452-459.
26. Evren C, Çınar Ö, Güleç H, Çelik S, et al. The validity and reliability of the Turkish version of the Buss-Perry's aggression questionnaire in male substance dependent inpatients. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2011; 24(4): 283-295.
27. Taylor S, Zvolensky MJ, Cox BJ, et al. Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the anxiety sensitivity index-3. *Psychol Assess* 2007; 19(2): 176-188.
28. Mantar A, Yemez B, Alkın T. Anksiyete duyarlılığı indeksi-3'ün Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikiyatrs Dergisi* 2010; 21(3): 225-234.
29. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473-483.
30. Koçyiğit H, Aydemir Ö, Ölmez N, Memiş A. Kısa form 36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12(2): 102-106.
31. Aydemir Ö, Köroğlu E (editörler). Kısa form (KF-36). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. 7. Baskı, Ankara: HYB Basım Yayın, 2014: 432-439.
32. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23(1): 56-62.
33. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, et al. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatrs Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996; 4(4): 251-259.
34. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32(1): 50-55.
35. Yazıcı MK, Demir B, Tanrıverdi N. Hamilton anksiyete değerlendirme ölçeği, değerlendiriciler arası güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyatrs Dergisi* 1998; 9(2): 114-117.
36. Gupta S, Bhatia G, Sarkar S, et al. Adult attention-deficit hyperactivity disorders and its correlates in patients with opioid dependence: an exploratory study. *Indian J Psychiatry* 2020; 62(5): 501-508.
37. Lugoboni F, Levin FR, Pieri MC, et al. Co-occurring attention deficit hyperactivity disorder symptoms in adults affected by heroin dependence: patients characteristics and treatment needs. *Psychiatry Res* 2017; 250: 210-216.
38. Moura HF, Faller S, Benzano D, et al. The effects of ADHD in adult substance abusers. *J Addict Dis*. 2013; 32(3): 252-262.
39. Daigre C, Roncero C, Grau-López L, et al. Attention deficit hyperactivity disorder in cocaine-dependent adults: a psychiatric comorbidity analysis. *Am J Addict* 2013; 22(5): 466-473.
40. Quintero J, Morales I, Vera R, et al. The impact of adult ADHD in the quality of life profile. *J Atten Disord* 2019; 23(9): 1007-1016.

41. Zhang SY, Qiu SW, Pan MR, et al. Adult ADHD, executive function, depressive/anxiety symptoms, and quality of life: A serial two-mediator model. *J Affect Disord* 2021; 293: 97-108.
42. Feelemyer JP, Jarlais DCD, Arasteh K, et al. Changes in quality of life (WHOQOL-BREF) and addiction severity index (ASI) among participants in opioid substitution treatment (OST) in low and middle income countries: an international systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2014; 134(1): 251-258.
43. Flores-García L, Lensing MB, Ytterstad E, Eisemann M. Quality of life in substance use disorder patients with and without attention deficit hyperactivity disorder 12 months after treatment: a naturalistic follow-up study. *Atten Defic Hyperact Disord* 2019; 11(3): 299-310.
44. Buckingham ET, Daniolos P. Longitudinal outcomes for victims of child abuse. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 15(2): 342.
45. Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, et al. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2): 69-78.
46. Rucklidge JJ, Brown DL, Crawford S, Kaplan BJ. Retrospective reports of childhood trauma in adults with ADHD. *J Atten Disord* 2006; 9(4): 631-641.
47. De Sanctis VA, Trampush JW, Harty SC, et al. Childhood maltreatment and conduct disorder: independent predictors of adolescent substance use disorders in youth with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2008; 37(4): 785-793.
48. Kokko K, Pulkkinen L. Aggression in childhood and long-term unemployment in adulthood: a cycle of maladaptation and some protective factors. *Developmental psychology* 2000; 36(4): 463-472.
49. Fatséas M, Hurmic H, Serre F, et al. Addiction severity pattern associated with adult and childhood attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in patients with addictions. *Psychiatry Res* 2016; 246: 656-662.
50. Stathopoulou G, Gold AK, Hoyt DL, et al. Does anxiety sensitivity predict addiction severity in opioid use disorder? *Addict Behav* 2021; 112: 106644.
51. Algül A, Semiz ÜB, Ateş MA, et al. Relationship of substance use disorder to aggression in male subjects with antisocial personality disorder. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2007; 20(3): 141-150.
52. Coccaro EF, Fridberg DJ, Fanning JR, et al. Substance use disorders: relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *J Psychiatr Res* 2016; 81: 127-132.
53. Karadağ F, Uluğ B. Madde kullanım bozukluklarında ek tanı. Evren C, Ögel K, Uluğ B (editörler). *Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı*. 1. Baskı, Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, 2012: 151-172.
54. Yargıç İ, Vardar E. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında komorbidite. *Psikiyatride Güncel* 2014; 4(2): 140-150.
55. Assari S, Bazargan M. Marital status and physical health: racial differences. *Int J Epidemiol Res* 2019; 6(3): 108-113.
56. Kim A, Lee JA, Park HS. Health behaviors and illness according to marital status in middle-aged Koreans. *J Public Health (Oxf)*. 2018; 40(2): e99-e106.
57. Kojima G, Walters K, Iliffe S, et al. Marital status and risk of physical frailty: a systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc* 2020; 21(3): 322-330.

**Yazar Katkıları:** Tüm yazarlar ICMJE'in bir yazarda bulunmasını önerdiği tüm ölçütleri karşılamışlardır

**Etik Onay:** Bu çalışma için ilgili Etik Kuruldan etik onay alınmıştır.

**Hakem Değerlendirmesi:** Dış bağımsız.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar finansal destek beyan etmemişlerdir.

**Author Contributions:** All authors met criteria recommended by ICMJE for being an author

**Ethical Approval:** Ethical approval was obtained for this study from relevant Ethics Committee.

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** The authors have declared that there is no conflict of interest.

**Financial Disclosure:** Authors declared no financial support