

ARAŞTIRMA | RESEARCH

Bilişsel Hatalar ve Dikkat-Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Madde Kullanım Özellikleri ile İlişkisi

Relationship between Cognitive Errors and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Substance Use Characteristics

Mehmet Hamdi Örum¹ , Mahmut Zabit Kara², Ali Kuştepe³, Aysun Kalenderoğlu¹

1. Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye
2. Sağlık Bilimleri Üniv., Antalya Eğitim ve Araşt. Hast., Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. ABD, Antalya, Türkiye
3. Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikoloji, Adıyaman, Türkiye

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to investigate the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) cognitive errors, substance use characteristics and their relation with each other in substance use disorder (SUD).

Method: Patients with SUD and control group were administered Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale (ASRS), Symptom Check List (SCL-90-R) and obtained sociodemographic data. The cognitive distortions scale (CDS) was used to evaluate cognitive errors.

Results: The working status, history of forensic prosecution and psychiatric history were significantly different for the patient group. Significant differences were found between the patient and control groups in terms of the CDS and subscales of cannabis and heroin users.

Conclusion: Substance use was associated with bad social-economic-forensic data; the prevalence of ADHD was high in SUD; additional psychiatric symptoms were common in SUD; cognitive errors in SUD were more prominent in cannabis use compared to heroin use; there was a significant correlation between ASRS and CDA-personal achievement and CDS-interpersonal relationship and paranoid symptoms..

Keywords: Substance use disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder, cognitive error

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada madde kullanım bozukluğu (MKB) tanımlı erişkin bireylerde dikkat-eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtilerini, bilişsel hataları, madde kullanım özelliklerini ve bunların birbirleri ile ilişkisini incelemeyi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada MKB olan hastalara ve kontrol grubuna Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R) uygulandı ve sosyodemografik verileri elde edildi. Bilişsel hataları değerlendirmek amacıyla Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ) kullanıldı.

Bulgular: Çalışma durumu, adli kovuşturma öyküsü, psikiyatrik başvuru öyküsü hasta grubunda kendi aleyhine anlamlı olarak farklıydı. Hasta ve kontrol grubu arasında, esrar ve eroin kullanıcıları arasında DÖÖ ve alt ölçekleri açısından anlamlı farklılıklar saptandı.

Sonuç: Çalışmamızda, madde kullanımı kötü sosyal-ekonomik-adli verilerle ilişkili, MKB'ye DEHB'nin eşlik etme oranı yüksek, MKB'de ek psikiyatrik semptomlar daha sık, MKB'de bilişsel hatalar esrar kullanımında daha belirgin olmak üzere fazla, ASRS ile DÖÖ-PA, DÖÖ-IP ile paranoid belirtiler arasındaki korelasyon yüksek bulundu.

Anahtar kelimeler: Madde kullanım bozukluğu, dikkat-eksikliği/hiperaktivite bozukluğu, bilişsel hata.

Correspondence / Yazışma Adresi: Mehmet Hamdi Örum, Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adıyaman, Türkiye. E-mail: mhorum@hotmail.com
Received /Gönderilme tarihi: 11.03.2019 Accepted /Kabul tarihi: 30.03.2019

GİRİŞ

Biliş, duyular ve algılardan gelen verilerin işlenerek bunlara ilişkin geliştirilen yöntemler ve planların ortaya çıkardığı dil, problem çözme ve düşünme gibi karmaşık süreçlere verilen addır. Bir olaya yüklenen anlam ve olayla ilgili yapılan yorumlar kişilerin tepkilerini belirler. Bilişsel yapıda yer alan işlevsiz inançlar bireyin düşüncesini biçimler ve psikopatolojiye özgü bilişsel hatalara yol açarlar (1). Felaketeleştirme, zihin okuma, hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma, aşırı genelleme bilişsel hatalardan bazılarıdır. İlk dönem teorisyenlerinin aksine depresyonun bireyin kendisine yönlendirdiği bir öfke olmadığı, kötümser ve olumsuz olma durumlarının depresif belirtilerin ortaya çıkmasına neden olduğu ortaya koyulmuş ve bilişsel hatalar üzerinde çalışılması önem kazanmıştır (2).

Madde kullanım bozukluğu (MKB), psikolojik, sosyolojik ve ekonomik boyutları olan, hemen hemen tüm normların ve kurumsal düzenlemelerin işleyişini tehdit eden, farklı sosyal sorunların hem nedeni hem de sonucu olarak kabul edilen, madde kullanımını öncesinde bazı bilişlerle ilişkili olduğu düşünülen, madde kullanımının süregelen etkisi ile de bilişsel düzeyde anormalliklerle seyreden bir bozukluktur (3-7). İkili süreç (dual-process) modelleri öz düzenleme (self-regulatory) ve dürtüsellik madde kullanımı üzerindeki rolünü vurgulamakta ve bilişlerin madde kullanımını nasıl etkilediğine dair veriler sunmaktadır. Öz-düzenleyici sürecin, mevcut bilgilerin müzakere edici ve bilinçli değerlendirmelerini içerdiği ve kontrollü bir süreç aracılığıyla davranışı etkilediği düşünülmektedir. Tersine, dürtüsellik sürecinin, uyanıcıların kendiliğinden ve dönüşlü değerlendirmelerini içerdiği ve otomatik bir işleme davranışı etkilediği düşünülmektedir. İkili süreç modeli, bu iki işlemin ortak etkisinin davranışı etkilediğini göstermektedir (8). İkili süreç modeliyle uyumlu olarak, hem çocuklarda hem de yetişkin örneklerinde hem kontrollü hem de otomatik bilişsel süreçlerin madde kullanımı üzerindeki etkisinin incelenmesi son dekatlarda artmıştır. Günümüzde madde kullanımı-biliş ilişkisini ikili süreç açısından açıklamak amacıyla açık (explicit, öz-bildirim) ve örtük (implicit, reaksiyon zamanı) ölçüm ifadeleri kullanılmaktadır (9). Otomatik olarak aktive olan yolların bellekte oluşan en güçlü yollar olduğu düşünülmektedir; bu nedenle, madde kullanımındaki anlık kararlarla ilgili olabileceği düşünülmektedir (8). Madde kullanımına yönelme kararının altında yatan bilişsel faktörlerin incelenmesine yönelik hatırı sayılır sayıda çalışma yapılmış ve çeşitli teoriler ortaya koyulmuştur: sağlık-inanç modeli (10), koruma-motivasyon teorisi (11), gerekçeli eylem teorisi (12), planlı davranış teorisi (13), vs. Hangi teori ele alınırsa alınsın, MKB'nin bilişsel süreçlerle ilişkisi aşıkardır (8, 9). MKB'nin oluşumunda bilişlerin rolü olmakla birlikte maddeye maruziyet de bilişlerin değişmesine neden olabilmektedir. Riskli gruplarda yapılan çalışmalar (14), kişilik örüntülerinin incelendiği çalışmalar henüz madde kullanımı olmadan bilişsel hataların gözlemlendiğini göstermektedir (15). Madde kullanımı ile ortaya çıkan özellikle prefrontal korteks anormallikleri de bilişlerin daha da bozulmasına ve bir kısır döngüye neden olmaktadır (16). Wiers ve Stacy (XXXX)'nin ifade ettiği gibi bağımlılıktaki temel problem kişilerin maddenin dezavantajlarını bilmemesinden kaynaklanan bir problem değildir. Ana paradoks kişilerin kullandıkları maddenin zararlı olduğunu bilmelerine rağmen bunu devam ettirmeleridir (17). Madde kullanımının bilişsel işlevi nedir? Bu soru etrafında çeşitli tartışmalar yürütülebilir, özellikle ikili süreç üzerinden yorumlar yapılabilir ancak kesin bir kanıya varmak değildir (18). Bechara ve arkadaşları (19)'nın ikili süreç modeli, dürtüsel ve şimdiki zaman yönelimli bilişsel sistemin genellikle gelecek zaman yönelimli sisteme egemen

olduğunu göstermektedir. Benzer şekilde, Yin ve Knowlton (20), madde kullanım davranışı bir kez öğrenildikten sonra, davranışın açık bilişsel hedefleri atladığını, otomatik biliş tarafından yönlendirildiğini ifade etmektedir.

MKB birçok ruhsal ve organik hastalıkla birlikte görülmesi muhtemel olan bir bozuktur. Özen ve arkadaşları (21)'nin çalışmasına göre MKB tanılı bireylerin %75.33'üne duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, psikotik bozukluk gibi bozukluklar eşlik etmektedir. Bu komorbid durumlar tedavi sürecini daha da zorlaştırmakta ve bilişsel süreçlerin doğrudan ya da dolaylı etkilerle daha da kötüleşmesine neden olmaktadır. Diğer taraftan MKB çeşitli gelişimsel bozukluklarla ilişkisi yüksek olan bir bozuktur. Dikkat-eksikliği/hiperaktivite bozukluğu bu bozukluklardan bir tanesidir (21).

Dikkat-eksikliği/hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk çağına başlayan ve hayat boyu sürebilen dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik çeşitli derecelerde gözlenebildiği nörodavranışsal bir bozuktur. DEHB, madde kullanımının başlangıcı ve madde kullanımının prognozu açısından iki yönlü bir ilişki gösteren komorbid bir tanıdır (21-23). DEHB doğrudan ya da bir davranım bozukluğu yoluyla MKB gelişiminde önemli bir risk faktörü olabilir. MKB'ye DEHB'nin eşlik etmesi genellikle prognozu kötüleştirir. Bu kişilerde çoklu ve tehlikeli madde kullanımı daha yüksek, tedaviye uyum daha düşüktür (21). Ülkemizde MKB-DEHB ilişkisini araştıran çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Öztürk ve Akay (24) DEHB tanılı bireylerde MKB gelişme riskinin anlamlı olarak arttığını belirtmiştir. Özen ve arkadaşları (21) MKB'li bireylerin %32.47'sinin DEHB tanı kriterlerini karşıladığını göstermiştir. DEHB-MKB ilişkisine ek olarak DEHB'deki bilişsel hatalar üzerinde de çalışılmış ve çeşitli sonuçlara varılmıştır. DEHB hastalarında karar verme mekanizmalarında bozukluklar saptanmıştır. DEHB'deki bu karar verme hataları kişilerin ilerleyen süreçlerde riskli olaylara dâhil olma ve sonunda bilişsel açıdan bir kısır döngüye girmelerine neden olabilmektedir. Bu sebeplerle, hastalık süreci öncesinde ve hastalık sürecinde önemli bir yeri olan bilişsel hataların değerlendirilmesi de önemli bir hale gelmiş ve çeşitli ölçüm yöntemleri geliştirilmiştir (25). Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ, Cognitive Distortions Scale) bilişsel çarpıtmaları değerlendiren dilimize yakın zamanda çevrilmiş bir ölçektir (26). Psikiyatrik bakış açısına uygun olması klinik kullanımının faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Literatür taramamıza göre ülkemizde MKB'deki bilişsel hataları DEHB verileri eşliğinde irdeleyen DÖÖ ile düzenlenmiş bir çalışma bulunmamaktadır. Biz bu çalışmada MKB tanılı erişkin bireylerde DEHB semptomlarını, ek psikiyatrik semptomları, bilişsel hataları, madde kullanım özelliklerini ve bunların birbirleri ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM

Örneklem

Çalışmamız prospektif olarak planlandı ve Eğitim ve Araştırma Hastanemizde Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın Beşinci Baskısına (DSM-5) göre MKB tanı kriterlerini karşılayan, idrarda toksik taramalarında son bir aya kadar madde saptanan ama son bir ay içerisindeki 15 gün arayla yapılan iki taramada madde pozitifliği saptanmayan 33 erkek olgu çalışmaya dâhil edildi (27). Bu olguların hangi tür maddeyi sıklıkla tercih ettiklerine göre (1 ay öncesine kadar olan idrarda toksik taramalarında pozitif çıkan maddeler değerlendirilerek ve sözel olarak olgulara teyit edilerek) esrar ve eroin kullananlar diye

sınıflandırıldı. Bu kişilerin tamamı zekâ düzeyleri açısından normal sınırlardaydı. Donuk zekâ olan 8 kişi, sınır zekâ olan 5 kişi, hafif zekâ geriliği olan 1 kişi çalışmaya alınmadı. Ruhsal durumlarını doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyebilecek tiroit, karaciğer ve böbrek rahatsızlıkları olanlar çalışmaya dâhil edilmedi. Geçirilmiş tiroit ameliyatı olan bir kişi çalışmaya dâhil edilmedi. Yaş, cinsiyet, eğitim, çalışma durumu gibi sosyodemografik verileri elde edildi, madde kullanım karakteristikleri sorgulandı ve ölçekler konusunda aynı kişi (MHÖ) tarafından katılımcılara bilgi verildi. Çalışma ile ilgili görüşme yapılırken sedasyon etkisi olan bir ilaç etkisi altında olmamalarına dikkat edildi. İdrarda toksik taramasında benzodiyazepin saptanan 11 kişi, eroin saptanan 33 kişi, esrar saptanan 13 kişi, uyarıcı madde saptanan 9 kişi, fensiklidin saptanan 3 kişi, sedatif etkili antipsikotik kullanan 8 kişi, biperiden kullanan 3 kişi, etil glukuronid saptanan 28 kişi, çoklu madde kullanımı olan 17 kişi çalışmadan bu şekilde dışlandı. Görüşmeler ikili olarak psikiyatrik muayeneye uygun bir ortamda gerçekleştirildi. Görüşmeler sırasında eksik bilgi veren kişiler çalışmaya dâhil edilmedi. Bu şekilde 12 kişi çalışma dışında bırakıldı. Kontrol grubu olarak hastane personeli içerisinde eğitim ve yaş olarak hasta grubuna benzer olacak şekilde aynı sayıda kişi çalışmaya alındı. Genellikle temizlik personelleri arasından seçilen kontrol grubunda geçmişte veya şimdi madde kullanımı olan 12 kişi, geçmişte veya şimdi alkol kullanımı olan 15 kişi, eksik bilgi veren ya da bilgi vermek istemeyen 9 kişi çalışma dışında bırakıldı. Katılımcıların tamamından çalışmaya katılmak istediklerine dair aydınlatılmış onam alındı ve bu çalışma için Üniversitemizin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onamı alındı (2019/2-42).

Veri Toplama Araçları

Belirti Tarama Listesi-90-Düzenlenmiş (Symptom Checklist, Revised, SCL-90-R)

Psikolojik belirti örüntülerini yansıtmak için tasarlanmıştır. Somatizasyon (SOM), obsesif-kompulsif (O-C), kişilerarası duyarlılık (I-S), depresyon (DEP), anksiyete (ANX), düşmanlık (HOS), fobik endişe (PHOB), paranoyak düşünme (PAR), psikotizm (PSY), ek maddeler (AD) ve global şiddet indeksi (GSI) gibi alt parametreleri vardır. Yaklaşık olarak 15 dakika içerisinde doldurulabilmektedir ve 90 maddelik bir öz bildirim belirti envanteridir. "Bugün dâhil olmak üzere son 7 gün" zaman referansı ile birlikte mevcut psikolojik belirti durumunun bir ölçüsüdür. Dokuz faktörün her biri için puanlar, o faktörün belirtilerine verilen ortalama derecelendirilmez. Kalan yedi madde herhangi bir belirli faktörü ölçmez, ancak niteliksel olarak değerlendirilir. Üç "global" puan da elde edilmiştir. GSI, tüm 90 maddeye verilen ortalama derecelendirilmez. Sıfırdan dörde kadar olan bir puanlama aralığı vardır. Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kılıç (28) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik katsayıları alt ölçeklere göre sırasıyla; SOM için 0.82; O-C için 0.84, I-S için 0.79; DEP için 0.78; ANX için 0.73; HOS için 0.79; PHOB için 0.78; PAR için 0.63; PSY için 0.73; AD için 0.77 olarak bulunmuştur. SCL-90-R'nin geçerliliği, benzer ölçekler geçerliliği yöntemiyle saptanmaya çalışılmış ve ölçüt olarak MMPI envanteri alınmıştır. İki ölçek arasındaki Pearson korelasyon katsayıları ise 0.50 ile 0.59 arasında değişiklik göstermektedir.

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ruhsal bozuklukların taranması amacıyla geliştirilen ölçeklerden biridir. Ölçeğin 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' olmak üzere her biri dokuz sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır. Sorular her belirtinin son altı ay içinde

hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. Asla yanıtı için 0, nadiren yanıtı için 1, bazen yanıtı için 2, sık yanıtı için 3, çok sık yanıtı için 4 olmak üzere, yanıtlar 0-4 arasında puanlanmaktadır. 'Stepwise logistic regression' çalışması 18 sorudan altısının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiğini göstermiştir. Bu altı soru ölçeğin A bölümünü, diğer 12 soru ölçeğin B bölümünü oluşturmaktadır. Doğan ve arkadaşları (29) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Faktör analiziyle varyansın %41.6'nı açıklayan iki faktör (hiperaktivite/ dürtüsellik ve dikkat eksikliği) elde edilmiştir. Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa=0.88). Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri de 'dikkat eksikliği' için 0.82, 'hiperaktivite/ dürtüsellik' için 0.78 olmak üzere yüksek bulunmuştur. Ek olarak, 50 kişide değerlendirilen iki haftalık test-tekrar test tutarlılığı yüksek bulunmuştur (toplam puanlar için $r=0.85$; alt ölçekler için $r=0.73-0.89$). ASRS toplam puanları ve alt ölçek puanları ile WUDÖ (Pearson korelasyon= $0.46-0.52$, $p<0.001$).

Düşünce Özellikleri Ölçeği (DÖÖ, Cognitive Distortions Scale, CDS)

Özdel ve arkadaşları (26) tarafından 2014 yılında Türkçe'ye çevrilmiş her bir bölümünde 10 madde olan, iki ayrı bölümden oluşan 20 maddelik bir ölçektir. On farklı maddede on farklı düşünce tarzı (zihin okuma, felaketleştirme, hep ya da hiç tarzı düşünme, duygudan sonuç çıkarma, etiketleme, zihinsel filtreleme, aşırı genelleme, kişiselleştirme, -meli -malı ifadeleri, olumluyu küçültme ya da yok sayma) bulunmaktadır. Öncelikle her düşünce tarzının ne olduğu açıklanmaktadır. Daha sonra her bir düşünce tarzının daha iyi anlaşılması amacıyla iki örnek durum anlatılır. Anlatılan bu iki durumdan bir tanesi sosyal ilişkilerle (IP, arkadaş, eş ve aile gibi) diğeri ise kişisel başarılarla ilgilidir (PA, bir sınavı geçmek ya da işte başarısız olmak gibi). Bu kurgu örneklerinin amacı her bir düşünce tarzının gerçek hayatta nasıl olabileceğini ölçeği dolduran kişinin anlamasını kolaylaştırmaktır. Ölçeği dolduran kişinin başta bu tanımlanan düşünüş tarzını anlaması ve bu düşünüş tarzını ne sıklıkta kullandığını 1 (asla)'den 7 (her zaman)'ye kadar olan likert tarzı puanlamaya yansıtması istenmektedir. Klinik ve klinik olmayan örneklerden elde edilen sonuçlara göre ölçeğin Cronbach alfa değeri klinik olgular için 0.933, klinik olmayan olgular için 0.918 bulunmuştur.

Biyokimyasal Analiz

Biyokimyasal analiz hastanemize ait laboratuvarında "instant-view multi-drug of abuse urine test kit" vasıtasıyla yapılmaktadır. Laboratuvarımızda, amfetamin, barbiturat, benzodiazepin, kokain, fensiklidin, metamfetamin, morfin, tetrahidrokanabinol ve trisiklik antidepressanların biyokimyasal analizi immüno kromatografik yöntemlerle yapılmaktadır. Bu analizlerde esas alınan minimum madde düzeyleri şu şekildedir: "Metamfetamin" (MAMP) için 500 ng/mL, esrar maddesi "Tetrahidrokannabinol" (THC) için 50 ng/mL, "Benzodiazepinler" (BZD) için 200 ng/mL, "Barbitüratlar" (BAR) için 200 ng/mL, "Metadon" (EDDP) için 300 ng/mL, "Amfetamin" (AMPH) için 1000 ng/mL, "Fensiklidin" (PCP) için 25 ng/mL, "Morfin" (OPIAT) için 300 ng/mL, "Ekstazi" (MDMA) için 500 ng/mL, "Asetilmorfin" (6AM) için 10 ng/mL, "Bonzai" (K2-1) için 20 ng/mL, "Bonzai" (K2-2) için 10 ng/mL), "Buprenorfin" (BUP) için 5 ng/mL, "Etil Glukuronid" (EtG) için 1000 ng/mL ve "Kokain" (COC) için 300 ng/mL.

Veri Analizi

İstatistiksel analizlerde Windows SPSS 22.0 programı (Statistical Package for the Social Sciences Inc.) kullanıldı. Tanımlayıcı istatistikler ve sürekli değişkenler ortalama \pm standart

sapma, kategorik değişkenler ise frekans ve yüzde olarak verildi. Kategorik verilerin analizinde Ki-kare testi kullanıldı. Değişkenlerin dağılımını incelemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi, sürekli değişkenleri değerlendirmek için Mann-Whitney U testi kullanıldı. Korelasyon analizinde Pearson korelasyon analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi tüm değerler için $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hem hasta hem de kontrol grubu 33 erkekten oluşuyordu. Hasta grubunda ortalama yaş 24.18 ± 4.36 iken, hasta grubunda 24.24 ± 4.39 'du. Gruplar arasında yaş açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı ($p=0.965$). Hasta grubunun ortalama eğitim süresi 8.09 ± 2.21 (yıl) olarak, kontrol grubunun ortalama eğitim süresi 8.27 ± 2.61 (yıl) olarak saptandı. Gruplar arasında eğitim durumu açısından anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0.761$). Hasta grubunda düzenli bir işe sahip olma durumunun anlamlı olarak düşük olduğu ($p=0.026$), evlilik durumu açısından gruplar arasında farklılık bulunmadığı ($p=0.067$), hasta grubunun psikiyatrik başvuru ve adli kovuşturma öyküsünün anlamlı olarak kontrol grubundan fazla olduğu ($p=0.001$, $p=0.000$), ailede psikiyatrik öykü ve ailede madde kullanım öyküsünün gruplar arasında farklılık göstermediği görüldü ($p=0.741$, $p=0.392$). Gruplara ait sosyodemografik veriler Tablo 1'de gösterildi.

Tablo 1. Hasta ve kontrol grubuna ait sosyodemografik veriler

		Hasta (n=33)	Kontrol (n=33)	p
Yaş		24.18±4.36 (yıl)	24.24±4.39 (yıl)	0.965
Eğitim Durumu		8.09±2.21 (yıl)	8.27±2.61 (yıl)	0.761
Çalışma Durumu	Düzenli İşi Var	13 (%39.4)	22 (%66.7)	0,026*
	Düzenli İşi Yok	20 (%60.6)	11 (%33.3)	
Medeni Durum	Evli	5 (%15.2)	12 (%36.4)	0.067
	Bekâr	26 (%78.8)	21 (%63.6)	
	Boşanmış	2 (%6.1)	0 (%0)	
Psikiyatrik Başvuru Öyküsü	Var	17 (%51.5)	4 (%12.1)	0.001*
	Yok	16 (%48.5)	29 (%87.9)	
Ailede Psikiyatrik Başvuru	Var	6 (%18.2)	5 (%15.2)	0.741
	Yok	27 (%81.8)	28 (%84.8)	
Ailede Madde Kullanımı	Var	4 (%12.1)	2 (%6.1)	0.392
	Yok	29 (%87.9)	31 (%93.9)	
Adli Kovuşturma	Var	24 (%72.7)	1 (%3)	0.000*
	Yok	9 (%27.9)	32 (%97)	

* $p < 0.05$

Hasta grubunun ortalama ASRS puanı 30.81 ± 9.82 , kontrol grubunun ASRS puanı 15.12 ± 3.83 idi. Gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardı ($p=0.000$) (Tablo 2). SCL-90-R ve alt skorlarına ait veriler Tablo 2'de gösterildi. SOM, O-C, I-S, DEP, ANX, HOS, PHOB, PAR, PSY, AD gibi alt parametrelerin tamamında ve GSI'de hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı farklılıklar bulundu ($p=0.0001$). DÖÖ'nün kişilerarası ilişkileri yordayan IP ve kişisel başarıları sorgulayan PA alt puanları ile birlikte total puanlarının hasta ve kontrol grubundaki değerleri Tablo 2'de verildi. Hasta ve kontrol grubunda bu üç DÖÖ alt parametresi açısından anlamlı bir farklılık olduğu saptandı ($p=0.0001$). Hasta grubunda ortalama madde kullanım süresinin 54.54 ± 34.30 ay (Minimum= 12 ay, Maksimum= 132 ay); bağımlılık kriterleri bir defa karşılandıktan sonra maddeden uzak kalınan en uzun sürenin 16.27 ± 23.03 hafta

(Minimum=0 hafta, Maksimum=110 hafta) olduğu belirlendi. Hasta grubundan 15 kişi (%45.5)'nin ilk kullandığı madde esrardı. On kişi (%30.3) alkol, 2 kişi (%6.1) eroin, 3 kişi (%9.1) uçucu madde, 1 kişi (%3.0) amfetamin, 2 kişi (%6.1) ilk olarak ekstazi kullanmıştı. Hastaların mevcut görüşme sırasında 16 (%48.5)'si esrar, 17 (%51.5)'si eroin kullanıyordu.

Tablo 2. ASRS, DÖÖ, SCL-90-R ve bunların alt parametrelerine ait veriler

	Hasta (n=33) (Ortalama±SS)	Kontrol (n=33) (Ortalama±SS)	p
ASRS	30.81±9.82	15.12±3.83	0.965
SOM	1.24±0.44	0.15±0.12	0.761
ANX	1.43±0.34	0.21±0.09	0.000*
O-C	2.03±0.45	0.15±0.06	0.000*
DEP	1.24±0.64	0.10±0.02	0.000*
I-S	2.11±0.38	0.11±0.02	0.000*
PSY	0.66±0.34	0.00±0.00	0.000*
PAR	2.13±0.51	0.00±0.00	0.000*
HOS	2.48±0.70	0.00±0.02	0.000*
PHOB	1.06±0.34	0.01±0.04	0.000*
AD	1.09±0.42	0.15±0.06	0.000*
GSI	1.48±0.32	0.10±0.02	0.000*
DÖÖ-IP	39.21±8.03	25.39±2.71	0.000*
DÖÖ-PA	39.21±7.22	25.21±2.76	0.000*
DÖÖ-T	78.42±14.54	50.60±3.42	0.000*

*p<0.05; **Kısaltmalar:** ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği; DÖÖ: Düşünce Özellikleri Ölçeği; SCL-90-R: Belirti Tarama Listesi, Revize Edilmiş; IP: Kişilerarası; PA: Bireysel Başarı; T: Total; SOM: Somatizasyon; O-C: Obsesif-Kompulsif; I-S: Kişiler Arası Duyarlılık; DEP: Depresyon; ANX: Anksiyete; HOS: Düşmanlık; PHOB: Fobik Endişe; PAR: Paranoyak Düşünme; PSY: Psikotizm; AD: Ek Maddeler; GSI: Global Şiddet İndeksi; SS: Standard Sapma

Tablo 3. ASRS, DÖÖ, SCL-90-R ve bunların alt parametrelerine ait verilerin madde türüne göre değişimleri

	Esrar (n=16) (Ortalama±SS)	Eröin (n=17) (Ortalama±SS)	p
Yaş	24.62±5.14	23.76±3.57	0.579
Eğitim Durumu	7.31±1.85	8.82±2.32	0.048*
Madde Kullanım Süresi (ay)	43.50±34.74	64.94±31.39	0.072
Uzak Kalınan Süre (hafta)	11.50±14.13	20.76±29.23	0.260
ASRS	30.56±11.04	31.05±8.86	0.887
SOM	1.14±0.43	1.34±0.43	0.215
ANX	1.43±0.32	1.42±0.37	0.948
O-C	1.97±0.52	2.08±0.38	0.506
DEP	1.13±0.70	1.35±0.59	0.335
I-S	2.06±0.41	2.15±0.36	0.486
PSY	0.62±0.32	0.71±0.37	0.484
PAR	2.01±0.31	2.25±0.64	0.197
HOS	2.50±0.54	2.46±0.84	0.870
PHOB	1.00±0.35	1.12±0.34	0.338
AD	1.05±0.32	1.13±0.50	0.585
GSI	1.42±0.32	1.54±0.32	0.277
DÖÖ-IP	42.12±7.33	36.47±7.89	0.041*
DÖÖ-PA	42.12±6.85	36.47±6.62	0.022*
DÖÖ-T	84.25±13.29	72.35±13.58	0.016*

*p<0.05; **Kısaltmalar:** ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği; DÖÖ: Düşünce Özellikleri Ölçeği; SCL-90-R: Belirti Tarama Listesi, Revize Edilmiş; IP: Kişilerarası; PA: Bireysel Başarı; T: Total; SOM: Somatizasyon; O-C: Obsesif-Kompulsif; I-S: Kişiler Arası Duyarlılık; DEP: Depresyon; ANX: Anksiyete; HOS: Düşmanlık; PHOB: Fobik Endişe; PAR: Paranoyak Düşünme; PSY: Psikotizm; AD: Ek Maddeler; GSI: Global Şiddet İndeksi; SS: Standard Sapma

Tablo 4. Çeşitli Değişkenler açısından pearson korelasyon analizi verileri

	Madde Kullanma Süresi (r, p)	ASRS (r, p)	DÖÖ-IP (r, p)	DÖÖ-PA (r, p)	DÖÖ-T (r, p)
Yaş	0.130, 0.472	-0.313, 0.076	0.220, 0.219	0.076, 0.674	0.140, 0.436
Eğitim Durumu	0.088, 0.625	0.346, 0.049*	0.031, 0.866	0.012, 0.945	0.034, 0.853
Madde Kullanım Süresi	1	0.184, 0.305	-0.207, 0.248	-0.146, 0.416	-0.182, 0.311
Maddeden Uzak Kalınan En Uzun Süre	0.349, 0.046*	-0.417, 0.016*	-0.053, 0.768	-0.029, 0.875	0.056, 0.756
ASRS	0.184, 0.305	1	0.228, 0.203	0.369, 0.034*	0.285, 0.108
SOM	0.326, 0.064	0.623, 0.000**	0.105, 0.560	0.106, 0.559	0.054, 0.766
ANX	0.231, 0.197	0.614, 0.000**	0.085, 0.637	0.226, 0.205	0.124, 0.491
O-C	0.318, 0.071	0.743, 0.000**	-0.007, 0.969	0.154, 0.392	0.046, 0.800
DEP	0.284, 0.109	0.591, 0.000**	0.164, 0.363	0.207, 0.247	0.143, 0.426
I-S	0.336, 0.056	0.535, 0.001**	0.017, 0.926	0.099, 0.583	0.022, 0.904
PSY	0.426, 0.014*	0.486, 0.004**	0.133, 0.461	0.278, 0.117	0.166, 0.354
PAR	0.246, 0.167	0.225, 0.207	-0.363, 0.038*	-0.279, 0.115	-0.347, 0.048*
HOS	0.192, 0.285	0.364, 0.037*	-0.320, 0.069	-0.112, 0.535	-0.212, 0.235
PHOB	0.148, 0.410	0.356, 0.042*	0.205, 0.253	0.052, 0.774	0.081, 0.653
AD	0.171, 0.341	0.021, 0.906	0.253, 0.155	0.077, 0.671	0.013, 0.568
GSI	0.361, 0.036	0.679, 0.000**	0.039, 0.831	0.125, 0.488	0.030, 0.867
DÖÖ-IP	-0.207, 0.248	0.228, 0.203	1	0.798, 0.000**	0.939, 0.000**
DÖÖ-PA	0.146, 0.416	0.369, 0.034*	0.798, 0.000**	1	0.944, 0.000**
DÖÖ-T	-0.182, 0.311	0.285, 0.108	0.939, 0.000**	0.944, 0.000**	1

*p<0.05; **p<0.01; **Kısaltmalar:** ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği; DÖÖ: Düşünce Özellikleri Ölçeği; IP: Kişilerarası; PA: Bireysel Başarı; T: Total; SOM: Somatizasyon; O-C: Obsesif-Kompulsif; I-S: Kişiler Arası Duyarlılık; DEP: Depresyon; ANX: Anksiyete; HOS: Düşmanlık; PHOB: Fobik Endişe; PAR: Paranoyak Düşünme; PSY: Psikotizm; AD: Ek Maddeler; GSI: Global Şiddet İndeksi

Hastaların tercih ettikleri maddeye göre bazı değişkenler açısından karşılaştırması Tablo 3'de gösterildi. Buna göre, iki grup arasında SCL-90-R, ASRS, yaş, madde kullanım süresi, maddeden uzak kalınan en uzun süre açısından anlamlı bir fark bulunmazken ($p>0.05$), eğitim durumu ve DÖÖ'nün üç alt ölçeği açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar saptandı ($p<0.05$). Esrar grubundaki bilişsel hata değerleri daha yüksekti Yaş, eğitim durumu, madde kullanım süresi, maddeden uzak kalınan en uzun süre, ASRS, SCL-90-R ve DÖÖ alt parametre puanları ile madde kullanma süresi, ASRS, DÖÖ alt parametreleri arasında bulunan korelasyonlar Tablo 4'de verildi. Madde kullanan hükümlü katılımcılar ile madde kullanmayan ve hüküm giymemiş katılımcıların Aileden Alınan Sosyal Destek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmamıştır [$t(174)=1.52$, $p>0.05$].

Yapılan bağımsız örneklem t-testi analizi sonuçlarına göre; Madde kullanan hükümlü katılımcılar ile madde kullanmayan ve hüküm giymemiş katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur [$t(174)=-3.20$, $p<0.05$, $d=-0.48$]. Buna göre, madde kullanan ve hükümlü katılımcıların Beck Depresyon Ölçeği puan ortalamaları ($\bar{x}=17.47 \pm 13.90$), madde kullanmayan ve hüküm giymemiş katılımcıların puan ortalamalarından ($\bar{x}=11.33 \pm 11.36$) daha yüksek bulunmuştur.

TARTIŞMA

Çalışmamızda, MKB tanılı hasta ile kontrol grubunun sosyodemografik verileri, hastalık ve aile öyküleri ve bazı ölçeklerle elde edilmiş psikiyatrik semptomları karşılaştırıldı. Hasta ve kontrol grubu arasında, hasta grubunda madde türüne göre ölçek sonuçları ve sosyodemografik değişkenler açısından farklılıklar saptandı.

Hasta ve kontrol grubu arasında evlilik durumu açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı. MKB'de evlilik durumu ile ilgili veriler örneklemin özelliklerine göre değişmektedir. Erken yaşlardaki hastaların ele alındığı çalışmalarda bekâr sayısının fazla olduğu ve bu durumun günümüz sosyal hayatı ile madde kullanımından daha fazla ilişkili olduğu düşünüldü. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2011 yılında erkeklerde evlenme yaşı ortalama 26.6 (yıl) iken, 2015 yılında bu sayı ortalama 27 (yıl) olmuştur (30). Bizim çalışmamızdaki hasta ve kontrol grubunun yaş ortalaması 24 civarında olduğu için bu kişilerin madde kullanımına bağlı evlilik sorunları yaşayıp yaşamadığının anlaşılması sadece elimizdeki verilerle elde edilemeyecektir. Bunun anlaşılması için daha derinlikli çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. MKB tanılı bireylerin çalışma hayatında sorunlar yaşadığı ve bu sorunların kişilik özellikleri, maddenin işlevselliği bozması gibi bazı nedenlerle ortaya çıkmış olabileceği düşünülmektedir (31). Bizim çalışmamızda da MKB tanılı hastaların kontrol grubuna göre düzenli bir işe sahip olma durumlarının daha düşük olduğu görüldü. Asan ve arkadaşları (32)'nin çalışmasına göre alkol-madde kullanımı nedeniyle hastaların %47'sinin iş kaybı yaşadığı saptanmıştır. Evren ve arkadaşları (33) esrar kullanım bozukluğu olan kişilerin %46.5'inin hiç çalışmadığını bildirmiştir. Psikiyatriye başvuru öyküsü hasta grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu. Hasta grubunun madde kullanma süresi ortalamasının 4 yıldan daha uzun bir süreyi kapsadığı bilgisi ile birlikte düşünüldüğünde bu verinin normal olduğu görülebilir. MKB olan kişiler madde zehirlenmesine ve madde yoksunluğuna bağlı çeşitli sorunlar yaşamakta ve gerek bu durumlar gerek de tedavi almak amacıyla psikiyatriye başvurmaktadır (21). Ailede madde kullanım öyküsü ve ailede psikiyatrik başvuru öyküsünün hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık göstermediği görüldü. Turhan ve arkadaşları (34)'in çalışmasına göre yakın akrabalarında uyuşturucu madde kullanımı bildiren üniversite öğrencilerinde, uyuşturucu madde kullanımı anlamlı olarak daha fazla bulunmuştur. Yüncü ve arkadaşları (35) MKB tanılı olguların %31.8'inde ailelerinde bağımlılık öyküsü saptarken %68.2'sinde ailelerinde bağımlılık öyküsü bulmamıştır. Bizim çalışmamız ile bu çalışmaların farklılığının bölgesel etkiler, ya da örneklem farklılıklarından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü. Yine, adli sorunların MKB olgularında anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptandı ve literatürde de benzer bulguların olduğu görüldü. Altuner ve arkadaşları (36) uyuşturucu kullanımı ile suç işleme arasında pozitif bir korelasyon ilişkisi olduğu tespit etmiştir. Ögel ve arkadaşları (37), madde kullanıcılarının %64'ünün yasalarla bir sorun yaşadığını, yarısının cezaevi deneyimi olduğunu bildirmiştir.

MKB tanısı alan çocuk ve ergenlerde ek psikiyatrik bozuklukların yüksek oranda görüldüğü çeşitli çalışmalarda bildirilmiştir. En sık eşlik eden durumlar yıkıcı davranış bozuklukları, kaygı bozuklukları ve duygudurum bozukluklarıdır (38). Özen ve arkadaşları (21)'nin çalışmasına göre MKB tanılı bireylerin %75.33'üne duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, psikotik bozukluk gibi bozukluklar eşlik etmektedir. Eşlik eden psikiyatrik durumların belirtilerin görünümünü ve şiddetini, bozukluğun uzun dönemde seyrini, tedaviye yanıtı ve yaşam kalitesi algısını etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle klinik değerlendirme

sırasında MKB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sorgulanmasının gerekli olduğu önerilmektedir. Çalışmamızda SCL-90-R yardımıyla elde edilen psikiyatrik belirtilerin MKB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bu belirtilerden en yüksek puanın MKB grubunda HOS, PAR ve I-S belirtilerinde olduğu saptanmıştır. MKB hastalarındaki kişilik bozukluğu saptanma oranının yüksek olduğu, bunlardan en sık görülen türün antisosyal kişilik bozukluğu düşünüldüğünde bu bulguların daha iyi yorumlanabileceği düşünülmektedir (15). Herken ve arkadaşları (39) alkol kullanan ve kullanmayan kişilerdeki kişilik bozukluğu alt ölçekleri ve SCL-90-R alt parametrelerine ait puanların anlamlı olarak farklı olduğunu, SCL-90-R'de en fazla etkilenen alanın HOS ve PAR olduğunu bildirmiştir. Çalışmamızdaki MKB grubunun yaklaşık olarak yarısının tercih ettiği ve kullandığı asıl madde esrar diğer yarısının eroini. İki maddeyi kullanan kişilerin sayısının istatistiksel bir değerlendirme yapılabilmesi için yeterli olmadığı, gelecekte örneklem sayısının artırılarak ikili karşılaştırmalar yapılması önerilmekle birlikte bizim çalışmamızda her iki madde türünün ikili karşılaştırmasında DEHB ve SCL-90-R ile ölçülen diğer psikiyatrik belirtiler açısından aralarında anlamlı farklılık olmadığı görüldü. Esrar kullanımına bağlı ortaya çıkması muhtemel psikotik bozukluk tablosu açısından esrar ve eroin kullananların psikotik belirti ile ilişkili puanları arasında da ilişki saptanmadı. Esrarın bu tabloyu oluşturma özelliğinin daha uzun süreli kullanımlarda ortaya çıkabileceği düşünüldü (40).

MKB ile DEHB arasındaki ilişki öteden beri bilinmektedir. İki durum arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu, iki durumun da birbirini kötü yönde etkilediği, komorbid durumlarda tedavi sürecinin, tedaviye uyumun iyi olmadığı gösterilmiştir. DEHB'nun hiperaktivite komponentinin şiddetinde yaşla bir azalma görülürken dikkat-eksikliği ve impulsivite komponentinin ilerleyen yaşlarda da kişilerin işlevselliğini kötü yönde etkileyebildiği belirtilmektedir. İşlevselliklerinin kötü olması, sosyal hayatta yaşanan sorunlar, eleştirilme duygusu, dürtü denetim yetersizliği ve bunlara benzer birçok neden bu kişilerin madde kullanmaya yönelmelerine, ya da madde kullanımını sürdürmelerine neden olmaktadır (21). MKB olan kişilerde DEHB şiddetinin belirlenmesi ya da DEHB tanılı kişilerde madde kullanımının ayrıntılı sorgulanması bu yüzden önem kazanmaktadır. Madde kullanımı olan kişilerdeki DEHB semptomlarına yönelik olarak psiko-eğitim ve bazı durumlarda psikostimülan tedavi bu kişilerin işlevselliğini artırmaktadır (41). Çalışmamızda birçok benzer çalışmada olduğu gibi MKB tanılı bireylerin DEHB semptomlarına kontrol grubuna göre daha fazla sahip olduğu görülmüştür. Öztürk ve Akay (24) DEHB tanılı bireylerde MKB gelişme riskinin anlamlı olarak arttığını belirtmiştir. Özen ve arkadaşları (21) MKB'li bireylerin %32.47'sinin DEHB tanı kriterlerini karşıladığını göstermiştir.

İnsanın yaşam kalitesi iyi seçimler yapabilme yeteneği ile ilişkilidir. Bu yeteneğin ergenlik ve genç yetişkinlik döneminde daha önemli olduğu bilinmektedir. Bu dönemlerdeki eğitim ve sosyal çevre ile ilgili tercihler gelecek dönemlerdeki kişisel ve sosyal yaşam standartlarını etkilemektedir. İşte bu tercihler kişilerin bilişlerine ve düşünce özelliklerine bağlı olarak değişebilmektedir (42). Birçok farklı değişkenle ilişkili olmakla beraber MKB olgularında bilişsel hataların madde kullanımı öncesinde var olduğu ve/veya madde kullanımı ile kötüleştiği gösterilmiştir. Bu anormalliklerin nörotransmitter aktivitelerindeki bozulmadan, prefrontal korteks, temporal lob, insula bölgelerindeki yapısal değişikliklerden kaynaklanıyor olabileceği ifade edilmiştir. Esrar kullanımına bağlı olarak yeni epizodik bellek kodlanmasında bozukluk, psikotik belirtiler, risk alma davranışı ve karar vermede bozukluklar, işlem belleği sorunları, nöronal gelişimde önemli rolü olan endokannabinoid sistemde anormallikler

görülmektedir (43, 44). Eroin kullanımına bağlı olarak bilişsel bozulma, yönetici işlevlerde bozulma, karar verme ve risk alma davranışlarında kötüleşme, ödül ve isteklendirme mekanizmalarında bozulma, işlem hızında ve görsel-uzamsal yeteneklerde bozulma saptanmıştır (45). DÖÖ sosyal ilişkilerle birlikte kişisel başarıları irdeleyen ve bu sayede yaşamın en önemli alanları ile ilgili bilgi almamızı sağlayan bir ölçektir. Likert tipinde ve 1'den 7'ye kadar olan geniş puan aralığına sahip olması nedeniyle sonuçlar konusunda daha gerçekçi sonuçlara ulaşmamıza olanak vermektedir (26). Çalışmamızda olguların bilişsel durumlarını ve bilişsel hatalarını değerlendirmek amacıyla uygulanan DÖÖ'ye göre hasta grubunda her üç alt DÖÖ parametresinin de işlevsellik aleyhine hasta grubunda kontrol grubuna göre yüksek olduğu bulundu. Örneklem sayısının yetersizliği nedeniyle karşılaştırmanın daha büyük örneklem sayılarında yapılması önerilmekle birlikte esrar ve eroin kullanan kişilerin kendi aralarındaki ikili karşılaştırmada esrar grubu aleyhine DÖÖ'nün her üç alt parametresinde de yüksek puanlar olduğu görülmüştür. Çalışmamızda hasta grubunun bilişsel hata düzeyinin kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek çıkmış olması literatürdeki benzer çalışmaların sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. Charles-Walsh ve arkadaşları (46), eroin bağımlılığında bilişsel kontrolün azaldığını bildirmiştir. Gruber ve arkadaşları (47) akut ya da kronik eroin kullanımında dikkat, konsantrasyon, hafıza gibi alanların etkilendiğini belirtmiştir. Saban ve arkadaşları (48)'nin çalışmasına göre esrar kullanımı eroin kullanımına göre daha yüksek oranda psikopatoloji ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmaların örneklem sayılarındaki farklılıklar, madde kullanım sürelerinin farklı olması, madde kullanım yoğunluklarının benzer olmaması gibi durumlar sonuçların farklı olmasına neden olabilmektedir. Çalışmamızdaki esrar ve eroin kullanan kişilerin sayılarının az olması bunların kendi aralarındaki karşılaştırma üzerinden yorum yapmaya bağlı yanlış çıktılara neden olacaktır. Ancak özellikle üzerinde durulması gereken durum madde kullanımı ile bilişsel hatalar arasındaki ilişkinin açık bir şekilde belirgin olduğudur. Bu durumun madde kullanımı öncesindeki bilişsel yapıdan mı yoksa madde kullanımına bağlı ortaya çıkan bozukluklardan mı kaynaklandığı elimizdeki verilerle açıklanamamaktadır.

Korelasyon analizi ile elde edilen verilerden özellikle ASRS puanı ile SCL-90-R alt ölçekleri arasındaki pozitif ilişki dikkat çekmektedir. Diğer taraftan madde kullanma süresi ile psikotik belirti puanı arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptandı (40). Her ne kadar madde kullanma süresinin kısalığı ile ilişkilendirilerek esrar ve eroin kullanan kişilerin psikotik belirti puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamış olsa da madde kullanma süresinin psikotik belirtilerin şiddetini etkilediği görüldü. ASRS puanı ile madde kullanılmayan en uzun zaman arasındaki ters korelasyon, DEHB'nin dürtü denetim yetersizliği özelliğinin ASRS puanı düşük olanlardaki maddeden uzak kalmayı daha uzun süre başarmalarına bağlandı (21). Paranoid belirtiler ile DÖÖ-IP arasındaki pozitif korelasyon, MKB'li bireylerdeki kişiler arası ilişki sorunları ve bu sorunlara bağlı olarak ortaya çıkan şüphecilik ve ilişkilerde mesafeli davranmayla açıklandı (49). ASRS ile DÖÖ-PA arasındaki pozitif korelasyon, DEHB'li bireylerin bozuklukla ilgili özelliklerden dolayı eğitim ve çalışma hayatlarında sorunlar yaşamalarına ve başarılı olma durumlarının bozulmasına bağlı olduğu düşünüldü (21).

Sonuç olarak, bu çalışma DÖÖ ölçeği vasıtasıyla MKB'li bireylerin kişiler arası ilişkileri ve bireysel başarıları ile ilgili bilişsel hatalarını araştıran ve sonuçların sosyodemografik değişkenler, DEHB komorbiditesi ve madde kullanım özellikleri ile ilişkisini inceleyen ilk çalışmadır. Çalışmamızda, madde kullanımı kötü sosyal-ekonomik-adli verilerle ilişkili, MKB'ye DEHB'nin eşlik etme oranı yüksek, MKB'de ek psikiyatrik semptomlar daha sık, MKB'de bilişsel

hatalar esrar kullanımında daha belirgin olmak üzere fazla, ASRS ile DÖÖ-PA, DÖÖ-IP ile paranoid belirtiler arasındaki korelasyon yüksek bulundu. Çalışmamızdaki anlamlı bulgulara rağmen çeşitli kısıtlılıklar bulunmaktadır. İlerleyen dönemlerde örneklem sayısının artırılması ve kadın cinsiyetin de yer aldığı çalışmalar yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Madde türüne bağlı olarak ortaya çıkan psikiyatrik belirtilerin farklılaşabildiği göz önünde bulundurularak başta esrar ve eroin olmak üzere diğer maddelerin de araştırıldığı çalışmaların yapılması uygun görünmektedir. İdrarda toksik taramada belirlenemeyen olası madde kullanımları bir diğer kısıtlılıktır. Ölçek çeşitliliği artırılarak, sosyodemografik veriler genişletilerek, madde kullanım öyküsü ayrıntılandırılarak sonuçları daha iyi değerlendirmek mümkün olabilir.

KAYNAKLAR

1. Francis G, Bachmann T. Registered reports for consciousness and cognition. *Conscious Cogn* 2018; 57: A1-A3.
2. Kwak YT, Yang Y, Koo MS. Depression and cognition. *Dement Neurocogn Disord* 2016; 15: 103-109.
3. Orum MH, Kustepe A, Kara MZ, et al. Addiction profiles of patients with substance dependency living in Adiyaman province. *Med Science* 2018; 7: 369-372.
4. Orum MH, Kara MZ, Egilmez OB, Kalenderoglu A. Complete blood count alterations due to the opioid use: what about the lymphocyte-related ratios, especially in monocyte to lymphocyte ratio and platelet to lymphocyte ratio? *J Immunoassay Immunochem* 2018; 14: 1-12.
5. Orum MH, Kara MZ, Egilmez OB. Relationship between immune cells and alcohol dependents and controls: what about the lymphocyte-related ratios? *J Immunoassay Immunochem* 2018; 39: 348-350.
6. Orum MH, Kara MZ, Egilmez OB, et al. Evaluation of probation implementations of drug users in Adiyaman university training and research hospital: A one-year retrospective study. *Med Science* 2018; 7: 754-758.
7. Kustepe A, Kalenderoglu A, Celik M, et al. Evaluation of impulsivity and complex attention functions of subjects with substance use: Sample from Adiyaman province. *Med Science* 2019; 8: 67-71.
8. O'Connor RM, Lopez-Vergara HI, Colder CR. Implicit cognition and substance use: the role of controlled and automatic processes in children. *J Stud Alcohol Drugs* 2012; 73: 134-143.
9. Lindgren KP, Neighbors C, Gasser ML, Ramirez JJ, Cvencek D. A review of implicit and explicit substance self-concept as a predictor of alcohol and tobacco use and misuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017; 43: 237-246.
10. Becker MH. *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. New Jersey: Slack, 1974.
11. Rogers RW. Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In Cacioppo JT, Petty RE (editors). *Social Psychophysiology*. New York: Guildford Press, 1983: 153-176.
12. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior*. Reading: Addison-Wesley, 1975.
13. Ajzen I. *Attitudes, Personality, and Behavior*. Chicago: Dorsey Press, 1988.
14. Meier MH, Hall W, Caspi A, et al. Which adolescents develop persistent substance dependence in adulthood? Using population-representative longitudinal data to inform universal risk assessment. *Psychol Med* 2016; 46: 877-889.
15. Thylstrup B, Hesse M. Why run the risk? Motivation for offences by patients with substance use and antisocial personality disorders which they rated as most risky to their own well-being. *Crim Behav Ment Health* 2018; 28: 187-201.
16. Infante MA, Courtney KE, Castro N, et al. Adolescent brain surface area pre- and post-cannabis and alcohol initiation. *J Stud Alcohol Drugs* 2018; 79: 835-843.
17. Wiers RW, Stacy AW. Implicit cognition and addiction. *Curr Dir Psychol* 2006; 15: 292-296.
18. Rooke SE, Hine DW, Thorsteinsson EB. Implicit cognition and substance use: a meta-analysis. *Addict Behav* 2008; 33 (Ek.10): 1314-1328.
19. Bechara A, Noel X, Crone EA. Loss of willpower: Abnormal neural mechanisms of impulse control and decision making in addiction. In Wiers RW, Stacy AW (editors), *Handbook of Implicit Cognition and Addiction*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc, 2006: 215-233.
20. Yin HH, Knowlton BJ. Addiction and learning in the brain. In Wiers RW, Stacy AW (editors), *Handbook of Implicit Cognition and Addiction*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc, 2006:167-185.

21. Ozen ME, Orum MH, Kalenderoglu A, Atmaca M. Attention-deficit/hyperactivity disorder in patients attending remedial treatment due to substance use disorder in Adiyaman University Training and Research Hospital. *Psychiatry and Behavioral Sciences* 2018; 8: 57-62.
22. Kara MZ, Orum MH. Dikkat sorunlarında artış ile prezente olan bir Hashimoto Tiroiditi olgusu. *Adiyaman Üni Sağlık Bilimleri Derg* 2018; 4: 45-50.
23. Güven A, Altinkaynak M, Dolu N, et al. Effects of methylphenidate on reaction time in children with attention deficit / hyperactivity disorder. *Noro Psikiyatrs Ars* 2019; 56: 27-31.
24. Ozturk Y, Akay A. Attention deficit hyperactivity disorder and substance use disorders. *Turkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics* 2015; 1 (1): 64-67.
25. Wang K, Xu M, Ji Y, et al. Altered social cognition and connectivity of default mode networks in the co-occurrence of autistic spectrum disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Aust N Z J Psychiatry* 2019; 4867419836031.
26. Özdel K, Taymur I, Guriz SO, et al. Measuring cognitive errors using the cognitive distortions scale (CDS): Psychometric properties in clinical and non-clinical samples. *PLoS ONE* 2014; 9: e105956.
27. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC, American Psychiatric Association 2013.
28. Kılıç M. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 1991; 1 (2): 45-52.
29. Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G ve ark. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10: 77-87.
30. <http://tuik.gov.tr/Start.do>
31. Ögel K. Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Turkiye Klinikleri J Int Med Sci* 2005; 1 (47): 61-64.
32. Asan Ö, Tıkır B, Okay İT, Göka E. Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2015; 16: 1-8.
33. Evren EC, Ögel K, Çakmak D. Esrar ve meperidin (Petidin) kullanım bozukluğu nedeni ile yatarak tedavi gören hastaların özelliklerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3): 20-27
34. Turhan E, İnandı T, Özer C ve ark. Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* 2011; 9: 33-44.
35. Yüncü Z, Kesebir S, Özbaran B ve ark. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç: Kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2009; 20: 5-13.
36. Altuner D, Engin N, Gürer C et al. Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2009; 7: 87-94.
37. Ögel K, Tamar D, Evren C ve ark. Madde kullanıcılarının özellikleri: Gözden geçirme. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi* 1999; 7: 5-32.
38. Gattamorta KA, Mena MP, Ainsley JB, Santisteban DA. The comorbidity of psychiatric and substance use disorders among hispanic adolescents. *J Dual Diagn* 2017; 13: 254-263.
39. Herken H, Bodur S, Kara F. Üniversite öğrencisi kızlarda madde kullanımı ile kişilik ve ruhsal belirti ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 2000; 3: 40-45.
40. Ksir C, Hart CL. Cannabis and psychosis: a critical overview of the relationship. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18: 12.
41. De Crescenzo F, Cortese S, Adamo N, Janiri L. Pharmacological and non-pharmacological treatment of adults with ADHD: a meta-review. *Evid Based Ment Health* 2017; 20: 4-11.
42. Ciccarella M, Griffiths MD, Nigro G, Cosenza M. Decision-making, cognitive distortions and alcohol use in adolescent problem and non-problem gamblers: An experimental study. *J Gambl Stud* 2016; 32: 1203-1213.
43. Curran HV, Freeman TP, Mokrysz C, et al. Keep off the grass? Cannabis, cognition and addiction. *Nat Rev Neurosci* 2016; 17: 293-306.
44. Özen ME, Örum MH, Kalenderoğlu A. Hot shower therapy in cannabinoid hyperemesis syndrome: A case report. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* 2018; 4: 142-144.
45. Terrett G, Lyons A, Henry JD, et al. Acting with the future in mind is impaired in long-term opiate users. *Psychopharmacology (Berl)* 2017; 234: 99-108.
46. Charles-Walsh K, Upton DJ, Hester R. Examining the interaction between cognitive control and reward sensitivity in substance use dependence. *Drug Alcohol Depend* 2016; 166: 235-242.
47. Gruber SA, Silveri MM, Yurgelun-Todd DA. Neuropsychological consequences of opiate use. *Neuropsychol Rev* 2007; 17: 299-315.

48. Saban A, Flisher A, Laubscher R, et al. The association between psychopathology and substance use: adolescent and young adults substance users in inpatient treatment in Cape Town, South Africa. *Pan Afr Med J* 2014; 17: 8.
49. Kelly LM, Becker SJ, Wolff JC, et al. Interactive effect of parent and adolescent psychiatric symptoms on substance use among adolescents in community treatment. *Community Ment Health* 2017; 53: 383-393.