

Madde kullanımı bozukluğu ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerdeki travmatik yaşantılar ve sosyal destek algısı açısından farklılıklar

Differences in the perception of social support and traumatic experiences in adolescents with substance use disorder and attention deficit and hyperactivity disorder

Arzu Çiftçi¹, İbrahim Ethem Ovalı², Cuneyt Evren³, Murat Eyuboglu⁴, Damla Eyuboglu⁴

¹Uzm. Dr., Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Psikiyatri Kliniği, İstanbul Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-0431-9807>

²Uzm. Dr., Kızıltepe Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Mardin, Türkiye <https://orcid.org/0000-0001-6445-7972>

³Doç. Dr., Bakırköy Prof. Dr. Maşar Osman Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi AMATEM, İstanbul Türkiye

<https://orcid.org/0000-0002-4431-3514>

⁴Doç. Dr., Osman Gazi Üniversitesi Çocuk Ergen Psikiyatrisi Eskişehir, Türkiye

<https://orcid.org/0000-0003-3278-0374> <https://orcid.org/0000-0001-6042-7768>

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) olan ergenlerin çocukluk çağı travmalarının (ÇÇT) ve sosyal destek algılarının araştırılmasıdır. **Yöntem:** Çalışmaya, MKB tanılı 52, MKB ve DEHB eş tanılı 48 ve DEHB tanılı 50 erkek hasta olmak üzere 150 hasta ve ebeveynleri alındı. Tüm hastalar Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi, Algılanan Aile ve Arkadaş Desteği Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini, ebeveynleri ise Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğini doldurdu. **Bulgular:** MKB+DEHB de sokak yaşantısı, evden kaçma, suç işleme, kendine zarar verme ve intihar girişimleri yüksek saptandı. ÇÇT'sinin MKB ve MKB+DEHB de yüksek olduğu belirlendi. Fiziksel ve cinsel istismar MKB-DEHB yüksek bulundu. MKB de duygusal ihmal yüksek bulundu. Üç grup arasında algılanan aile ve arkadaş desteği skorları açısından farklılık saptanmadı. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek skorlarında arkadaş alt ölçek puanı DEHB de yüksek idi. **Sonuç:** Duygusal ihmal DEHB den bağımsız olarak MKB için ciddi bir risk faktörüdür. DEHB nin varlığı istismar riskini arttırmaktadır. Travma yaşamış kişilerin tespitiyle erken müdahale, DEHB nin tanınması ve aileyle birlikte kişiye müdahale edilmesi birey ve toplum için önemli ruh sağlığı sorunu olan MKB'nun önlenmesinde etkin olabilir.

Anahtar Sözcükler: Madde kullanımı, ergen, travma, DEHB, sosyal destek

(*Klinik Psikiyatri Dergisi 2021;24:394-404*)

DOI: 10.5505/kpd.2021.50375

SUMMARY

Objective: This study aims to examine the relationship between partner focused and romantic relationship obsessive compulsive with ruminative thinking style, body image, social appearance anxiety. The second aim of the study is to examine the sociodemographic variables thought to be related to relationship centered and partner focused obsessive compulsive symptoms. **Method:** The data has been collected via internet from 689 individuals who were in a romantic relationship between the ages of 18-30. For the aim of collecting information, demographic information form, Partner Related Obsessive Compulsive Scale, Relationship Obsessive Compulsive Inventory, Ruminative Thought Style Questionnaire, Social Appearance Anxiety Scale and Body-Cathexis Scale have been used. **Results:** According to the performed structural equation modelling, it has been observed that ruminative thinking style predicts the relationship centered and partner focused obsessive compulsive symptoms and sub-dimensions positively. Body image and social appearance anxiety positively predict the partner focused obsessive compulsive symptoms and its sub-dimensions. Furthermore, it was found that partner focused obsessive compulsive symptoms positively predict relationship centered obsessive compulsive symptoms. **Discussion:** In this study, it was concluded that the model created with ruminative thinking style, body image and social appearance anxiety, which is thought to be effective in revealing partner focused and romantic relationship obsessive compulsive symptoms is an acceptable model. It is thought that investigating the structures that may be effective in revealing the symptoms will serve to better understand this obsessive compulsive disorder (OCD) subtype and overall OCD and contribute to the diagnosis / treatment of this area.

Key Words: Obsessive-compulsive disorder, Partner Focused Obsessions, Relationship Centered Obsessions

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), çocukluk döneminde en sık görülen mental bozukluklardan birisidir (1). DEHB'nin tüm dünyada çocukların %6-8'ini, yetişkinlerin ise %4'ünü etkilediği düşünülmektedir (2,3). Bozukluğun temel özelliği, dikkat süresinde kısalık, davranış kontrolünde zorluk ve hiperaktivite ile ilişkili semptomlardır. Bu çocuklar, dürtülerini kontrol etmek ve etkinliklerini düzenlemek, dikkatlerini toplamak, sosyal ilişkilerini yaşları ve kültürel normlarla uyumlu bir düzene oturtmak konularında tutarlı olamamakta ve zorluk çekmektedirler. Çocukluk çağı DEHB'li olgular arasında komorbid bozuklukların varlığı bir istisnadan çok nerede ise kuraldır. Karşı gelme, davranış bozukluğu, madde kullanım bozukluğu gibi diğer ruhsal bozuklukların eşlik etmesi sıktır (4). Ebeveyn tutumları; DEHB'de belirtilerin şiddeti, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar ve bozukluğun prognozu açısından önemli rol oynamaktadır. DEHB'nin varlığı hem çocuğu hemde ebeveyni iki taraflı olumsuz etkilemektedir. Çocuğunda DEHB olması anne ve babaların ebeveynlik becerilerini olumsuz etkilemektedir. Sakinleştirilemeyen rahatlatılamayan ya da durdurulamayan bebek ve çocukların anne babalarında hayalkırıklığı, yetersizlik hissi gibi olumsuz düşünceler ve duygular sonucu çocukları ile yeterince sıcak ilişki kuramamalarına engel olabilmektedir. Okul döneminde ise aşırı hareketli dürtüsel ve öğrenme güçlüğü çeken çocuk; akranları ve öğretmenleri tarafından aşırı eleştiriye maruz kalıp, dışlanabilmektedir. Zamanla yetişkinlerle çatışmalar yaşamalarına ve akranları tarafından yeterince sevilmemelerine neden olabilmektedir (5). DEHB % 50-70 oranında sosyal, akademik ve mesleki işlevsellikte ortaya çıkan bozulmalarla birlikte yetişkinliğe kadar devam eder (2,6).

DEHB'si olan kişiler DEHB'si olmayan yaşlılarıyla karşılaştırıldıklarında madde kullanım bozukluğu için daha yüksek riske sahip oldukları bilinmektedir (6). Nitekim araştırmalarda, DEHB'li kişilerde alkol ve maddeye başlangıç yaşının daha erken, kötüye kullanımdan bağımlılığa geçişin daha kısa ve remisyon oranlarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (7,11,12). DEHB'si olan ergenlerde madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı

ilişkisi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Günümüzde DEHB ile madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişki kompleks ve tam olarak anlaşılammış olsa da, özellikle DEHB'de görülen impulsivitenin MKB riskini artırdığı bildirilmiştir (15). Ayrıca bu çocuklardaki yürütücü işlevlerdeki defisit de MKB riskini artıran faktörlerden birisi gibi görünmektedir (16). DEHB'de tedavi olmanın özellikle erkeklerde ileride madde kullanım bozukluğu için koruyucu olduğu gösterilmiştir (14).

Hem DEHB hem de MKB; Çocukluk Çağı Travmalarına (ÇÇT) maruziyet ile ilişkilidir (16-19) Çocukluk çağı travmaları çok farklı nedenleri ve aileler için de kötü sonuçları olan, tıbbi, hukuki açıdan ve çocuğu gelişimsel ve psikososyal açıdan etkileyen ciddi problemlerdir (19). Çocukluk çağında karşılaşılan travmalar, ileriki yaşamda gelişebilecek ruhsal bozuklukların etiolojisinde önemli bir rol oynar. Çocukluk çağında yaşanan travmaların ileriki yıllarda gelişen major depresyon, kişilik bozuklukları, alkol/madde kötüye kullanımı, post travmatik stres bozukluğu, DEHB gibi birçok ruhsal sorunla ilişkisini ortaya koymuştur (19-25). Özellikle çocukluk çağında maruz kalınan travmanın madde kötüye kullanımı ile ilişkili sorunlarla birebir ilişkili olduğu belirtilmektedir (26,28,29).

Psikiyatrik bozuklukların sağaltımında sosyal destek varlığı olumlu prognostik faktörlerden birisidir. Sosyal destek; kişiye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak tanımlanabilir. Sosyal desteğin, yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi ise "algılanan destek" olarak tanımlanmaktadır. Sosyal desteğin bileşenleri, maddi destek, manevi destek, duygusal destek ve olumlu etkileşimdir (28-31). Ergenlerin sosyal destek ağları, sıklıkla anne-baba ve arkadaşlardan meydana gelir ve ergenlerin %30 kadarı arkadaşların en önemli destek kaynağı olduğunu belirtmişlerdir (28,32). Aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ergenin sosyolojik/psikolojik sorunlarının önlenmesinde, çözümlenmesinde, zor durumlarla başa çıkabilmesinde, ruh sağlığını koruyabilmesinde ve akademik başarılarının yükseltilmesinde güçlü bir kaynaktır (32,33). DEHB'na sahip çocukların aile özellikleri ile ilgili yapılan çalışmalar bozukluğun etiolojisini anlama, tedavi süreçlerini yönlendirme

açısından son yıllarda önem kazanmıştır. Ergenlik döneminde yaşanan davranış sorunları ile aile etkileşiminin rolü birçok araştırmada vurgulanmaktadır. Aile yapısının ve aileye özgü algı ve davranış kalıplarının bireyin, gerek kişilik yapısını, gerekse problemlerini etkilemede farklılıklar gösterdiği bir gerçektir (34). Çocuk için en yararlı aile ortamı, çocuğun gereksinimlerine yatkın, ilgili, sevecen ve gelişimsel yaşına uygun kurallar koyup disiplin uygulayan ve tutarlı olabilen aile ortamıdır. Başarılı aile içi iletişim, çocukların çevreden aldıkları olumsuz etkileri büyük oranda zararsız hale getirir. Bu açıdan bakıldığında sosyal destek kavramı içerisinde aile büyük bir rol oynamaktadır. Aile fertlerinin birbirleriyle sürekli iletişim halinde bulunmasının, birbirlerine destek olmalarının, çocuğun madde kullanımını önlemesi açısından büyük bir etkiye sahip olduğu söylenebilir (34-36).

Bu çalışmada DEHB ve MKB olan ergenlerin, çocukluk çağı travmalarının ve sosyal destek algılarının araştırılması amaçlanmıştır. Güncel literatür ışığında hipotezlerimiz arasında; DEHB ve MKB birlikteliği olan ergenlerin sadece MKB ve sadece DEHB'si olan ergenlere göre çocukluk çağı travmalarına daha fazla maruz kaldıkları ve sosyal destek algılarının daha az olduğu yer almaktadır.

YÖNTEM

Katılımcılar

Çalışmaya, Çocuk ve Ergen Alkol-Madde Tedavi Merkezi (ÇEMATEM) polikliniği ve çocuk ergen psikiyatrisi polikliniğine ebeveyni eşliğinde başvuran, DSM-IV-TR ölçütlerine göre madde kötüye kullanım veya madde bağımlılığı tanısı ile takip ve tedavi edilen (MKB) 13-18 yaş arasında 52 erkek hasta, MKB ve DEHB eş tanılı 48 erkek hasta ve madde kullanım öyküsü olmayan, DSM-IV-TR ölçütlerine göre DEHB tanısı ile takip ve tedavi edilen 11-18 yaş arasında 50 erkek hasta olmak üzere 150 hasta ve ebeveynleri alındı.

Çalışmaya alınan tüm olgularda; klinik olarak zeka geriliği izlenimi veren, davranım bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu dışında psikiyatrik bozukluğu olan, tedavi gerektiren kronik

tıbbi hastalığı olan ve değerlendirme sırasında madde etkisinde olan ergenler çalışmadan dışlandı.

Çalışmaya katılmayı kabul eden ve çalışma kriterlerine uyan ergenlerden ve ailelerinden yazılı ve sözlü onam alındı. Ailelerden alınan bilgiler sosyodemografik veri formuna kaydedildi. Çalışmaya alınan tüm ergenler Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi (Childhood Trauma Questionnaire CTQ-28), Algılanan Aile ve Arkadaş Desteği Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğini (ÇBASDÖ), ebeveynleri ise Çocuk ve Ergenlerde Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeğini (ÇEDBÖ) doldurdu. Çalışma için etik kurul onayı alındı.

Veri Toplama Araçları

Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi: Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik 1995 yılında Bernstein tarafından geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir (37). Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki versiyonu bulunmaktadır. Çalışmamızda 28 soruluk ve beşli likert tipli form kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçeye uyarlaması Şar tarafından 1996 yılında yapılmıştır (38).

Algılanan Aile Desteği ve Algılanan Arkadaş Desteği Ölçeği: Bu ölçekler, algılanan sosyal desteği değerlendirmek için, Procidano ve Heller (1983) tarafından geliştirilmiştir(39). Bireylerin destek, bilgi ve geribildirim gereksinmelerinin arkadaşları ve aileleri tarafından ne ölçüde tatmin edildiği algısını ölçmek üzere düzenlenmiş, öz bildirim ölçekleridir. Yüksek puanlar, algılanan desteğin yüksek olduğunu; düşük puanlar ise, desteğin algılanmadığını ya da destekten yoksun oluşu ifade etmektedir (39). Her iki aracın Türkçe'ye uyarlaması ve geçerliliği Sorias tarafından 1988'de yapılmıştır (27).

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği: 1988'de geliştirilen ölçek, aile, arkadaş ve özel bir insan olmak üzere üç farklı kaynaktan algılanan sosyal desteğin yeterliliğinin öznel olarak değerlendirilmesini içeren 12 maddeden oluşmaktadır (40). Ölçeğin Türkçeye uyarlama ve

gözden geçirilmiş formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçekten elde edilen puanın yüksek olması, algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (41,42).

Çocuk ve Ergenlerde Davranım Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği (ÇEDBÖ): Turgay tarafından DSM-IV tanı ölçütleri temel alınarak geliştirilmiştir (43). 9'u dikkat eksikliğini, 9'u aşırı hareketlilik ve dürtüsellik, 8'i KOKGB'nu, 15'i DB'nu sorgulayan 41 sorudan oluşmaktadır. DEHB tanısı için dikkat eksikliğini sorgulayan dokuz maddenin en az altısının iki veya üç, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik sorgulayan dokuz maddenin en az altısının iki veya üç olarak puanlanması gerekmektedir. KOKGB için sekiz maddenin en az dördünün iki veya üç olarak puanlanması; DB tanısı için ise 15 maddenin en az üçünün son 12 ay boyunca bulunması ve son 6 ay boyunca bu davranışlardan en az birinin bulunması gerekmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Ercan ve ark. tarafından yapılmıştır (44).

İstatistiksel Analiz

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 16 kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar (Ortalama, Standart sapma) kullanıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t test, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup arası karşılaştırmalarında Mann Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi, beklenen frekansların karşılanmaması durumunda Fisher's Exact testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında One Way Anova testi ve farklılığa neden çıkan grubun tespitinde Post Hoc yöntemlerinden Bonferroni testi kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ ve $p < 0.01$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya alınan üç gruptaki ergenlerden, MKB grubunun yaş ortalaması 16.79 ± 0.86 , MKB+DEHB grubunun yaş ortalaması 16.04 ± 1.20 , DEHB grubu yaş ortalaması ise 14.24 ± 1.50 idi. Gruplar arasındaki yaş ortalaması Varyans analizi (ANOVA) kullanılarak değerlendirilmiş ve istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Yapılan post hoc analizde gruplar arasındaki bu farklılığın, sadece DEHB'si olan ergenlerin yaş ortalamasının daha küçük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır.

Çalışmaya alınan ergenlerin eğitim durumları değerlendirildiğinde, MKB ve MKB+DEHB gruplarının MKB ve MKB+DEHB gruplarının DEHB grubuna göre daha yüksek oranda eğitimi bıraktığı görüldü (Tablo 1). Okula devam eden ergenler arasında okul başarısı açısından ise üç grup arasında anlamlı fark saptanmadı (Tablo 1). Grupların herhangi bir işte çalışma durumlarına bakıldığında ise MKB ve MKB+DEHB gruplarının DEHB grubuna göre daha fazla bir işte çalıştığı saptandı (Tablo 1). MKB ve MKB+DEHB gruplarının DEHB grubuna göre ebeveynlerinin eğitim düzeyi daha düşüktü. Aile geliri DEHB grubunda daha yüksekti. Sosyodemografik özelliklere ilişkin veriler Tablo 1'de yer almaktadır.

Çalışmaya alınan ergenlerin doğum yerleri, çalışmanın yapıldığı il olan İstanbul ve İstanbul dışı olarak ikiye ayrılmıştır. İstanbul'da doğanların oranı DEHB grubunda %82 (n:41), MKB+DEHB grubunda %68.8 (n:33), MKB grubunda %55.8 (n:29) olarak saptanmış ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (ki kare testi $\chi^2: 8.1$, $p = 0.017$). Olguların çalışma sırasında İstanbul'da yaşayıp yaşamadıklarına bakıldığında DEHB grubunda %100 (n:50), MKB grubunda %96.2 (n:50), MKB+DEHB grubunda %85.4'ünün (n:41) İstanbul'da yaşadığı saptanmış ve bu değişken açısından gruplar arasında anlamlı istatistiksel farklılık gözlenmiştir (ki kare testi $\chi^2: 8.840$, $p: 0.004$).

Çalışmaya alınan ergenlerin sokak yaşantısı değerlendirildiğinde, MKB+DEHB grubunda yer

Tablo 1: Sosyodemografik özellikler

		MKB (N=52)		MKB+DEHB (N=48)		DEHB (N=50)		χ^2	p
		N	%	N	%	N	%		
Eğitim durumu	Okumuyor (mezun veya terk)	39	75	32	66.7	4	8.0	53.613	0.001*
	Okula devam Ediyor	13	25	16	33.3	46	92.0		
Okul başarıları	Kötü	15	28.8	17	35.4	11	22	5.037	0.287
	Orta	27	51.9	23	47.9	34	68		
	İyi	10	19.2	8	16.7	5	10		
Çalışma durumu	Çalışıyor	27	51.9	13	27.1	2	4	90.893	0.001*
	Çalışmış bırakmış	20	38.5	28	58.3	4	8		
	Hiç çalışmamış	5	9.6	7	14.6	44	88		
Anne eğitimi	Okuma yazma yok	7	13.5	5	10.4	1	2	27.504	0.001**
	İlkokul	31	59.6	28	58.3	16	32		
	Ortaokul	10	19.2	10	20.8	12	24		
	Lise ve üst	4	7.7	5	10.4	21	34		
Baba eğitimi	Okuma yazma yok	1	1.9	1	2.1	0	0	12.533	0.036*
	İlkokul	34	65.4	29	60.4	23	46		
	Ortaokul	10	19.2	10	20.8	7	14		
	Lise ve üst	7	10.4	8	16.7	20	40		
Ailenin Ekonomik Durumu	1000TL altı	29	55.8	17	35.4	11	22	13.003	0.011*
	1000-2000	13	25	18	37.5	25	50		
	2000tl üstü	10	19.2	13	27.1	14	28		
Kardeş sayısı	Yok	3	5.8	3	6.2	7	14	49.298	0.001**
	1	7	13.5	7	14.6	28	56		
	2	6	11.5	12	25	10	20		
	3+	36	69.2	26	54.2	5	10		
Ailede ruhsal hastalık	Var	5	9.6	8	16.7	5	10	5.057	0.297
	Yok	46	88.5	35	72.9	42	84		
	Bilinmiyor	1	1.9	5	10.4	3	6		

Kı-Kare testi * $p<0.05$ ** $p<0.01$

alan ergenlerin sokak yaşantısı oranı diğer iki gruba göre anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 2). MKB ve MKB+DEHB gruplarında evden kaçma oranı DEHB grubuna göre anlamlı olarak yüksekti (Tablo 2). Ayrıca, MKB+DEHB grubunda suç işleyenlerin oranı diğer iki gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Gasp suçunu işleme oranları MKB ve MKB+DEHB gruplarında DEHB grubuna göre daha yüksek çıkmıştır. Grupların sokak yaşantısı ve suç işleme özelliklerine ilişkin veriler Tablo 2’te yer almaktadır.

Bir veya daha fazla kendine zarar verme davranışı, MKB+DEHB olan ergenlerde diğer iki gruba göre daha fazla olarak bulundu (ki kare testi $\chi^2:38.9$, $p=0.001$). İntihar girişimi ise MKB ve MKB+DEHB olan ergenlerde DEHB’si olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (ki kare testi $\chi^2:11.5$, $p=0.003$).

Gruplar arasında Çocukluk Çağı Travmaları Soru listesinden alınan puanlar karşılaştırıldığında ÇÇT Toplam puan, Duygusal ihmal, Fiziksel istismar,

Cinsel istismar, Minimizasyon/İnkâr alt ölçeklerinden elde edilen puanlar açısından anlamlı farklılık tespit edildi. Normal dağılım gösteren gruplarda hangi tanı grupları arasında anlamlı farkların olduğunun tespiti için post hoc analizi olarak Bonferroni analizi uygulandı. Bu analizin sonucuna göre MKB grubunun duygusal ihmal alt ölçek puanı, DEHB olan gruba göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3). ÇÇT toplam puanı ve Minimizasyon/İnkâr alt ölçek puanlarında ise MKB ve MKB+DEHB gruplarının aldığı puanlar DEHB grubunun aldığı puanlardan anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3).

Normal dağılım göstermeyen ÇÇT alt ölçeklerinde farklılığın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla ikili gruplarda Mann-Whitney U testi kullanıldı. Yapılan değerlendirmede, fiziksel istismar alt ölçek puanında MKB+DEHB’si olan ergenler diğer iki gruba göre daha yüksek bulundu. Cinsel istismar alt ölçek puanında ise, MKB+DEHB’si olan ergenlerin puanları sadece DEHB’si olan ergenlere göre daha yüksek bulundu (Tablo 3).

Tablo 2: Grupların Sokak Yaşantısı, Evden Kaçma, Suç Davranışı, Suçların Niteliği ve İslahevi Yaşantısı Açısından Karşılaştırılması

		MKB (N=52)		MKB+DEHB (N=48)		DEHB (N=50)		χ^2	p
		N	%	N	%	N	%		
Sokak yaşantısı	Var	31	59.6	38	79.2	15	30	24.448	0.001*
	Yok	21	40.4	10	20.8	35	70		
Evden kaçma	Yok	15	28.8	16	33.3	41	82	42.334	0.001*
	1 kez	3	5.8	3	6.2	5	10		
	2 kez	7	13.5	4	8.3	1	2		
	≥3	27	51.9	25	52.1	3	6		
Suç davranışı	Yok	32	61.5	16	33.3	46	92	38.419	0.001*
	1 kez	8	15.4	16	33.3	3	6		
	2 kez	6	11.5	5	10.4	0	0		
	≥3	6	11.5	11	22.9	1	2		
Gasp-hırsızlık	Yok	46	88.5	39	81.2	49	98	7.274	0.026**
	Var	6	11.5	9	18.8	1	2		
Kavgaya-yaralama	Yok	44	84.6	38	79.2	47	94	4.602	0.100
	Var	8	15.4	10	20.8	3	6		
İslahevi yaşantısı	Var	1	1.9	2	4.2	0	0	2.172	0.316
	Yok	51	98.1	46	95.8	50	100		

*Ki-Kare **p<0.01 **p<0.05

Gruplar arasında, Algılanan Arkadaş Desteği, Algılanan Aile Desteği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Alt Ölçekleri karşılaştırıldığında sadece ÇBASDÖ arkadaş alt bölümünden alınan puanlar arasında anlamlı farklılık saptanmıştır. Grup farklılıklarını tespit etmek amacıyla istatistiksel değerlendirme sonucunda; ÇBASDÖ Arkadaş alt bölüm puanında DEHB grubunun aldığı puanlar diğer iki gruba göre daha yüksek bulundu (Tablo 4). Yani DEHB grubunun algılanan arkadaş desteği, diğer iki gruba göre daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan korelasyon analizinde DEHB li iki grupta da, DEHB şiddeti ile çocukluk çağı travması ve Algılanan Aile ve Arkadaş Desteği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0.05).

TARTIŞMA

Çalışmamızda DEHB ve Madde Kullanım

Tablo 3: Çocukluk Çağı Travmaları Soru Listesi Puanları

	MKB (52)	MKB+DEHB (48)	DEHB (50)	F/ χ^2	P	
	Ort±Ss	Ort±Ss	Ort±Ss			
Duygusal İhmal ^a	12.26±3.91	10.91±3.86	10.04±4.78	^a 3.632	0.029*	MKB>DEHB
Fiziksel İhmal ^a	8.09±2.66	7.33±2.42	7.08±2.16	^b 4.186	0.123	
Duygusal İstismar ^a	8.65±2.92	9.62±4.80	8.02±3.76	^b 4.566	0.102	
Fiziksel İstismar ^a	6.57±2.80	8.25±4.48	6.16±2.28	^b 10.322	0.006**	MKB+DEHB >MKB MKB+DEHB >DEHB
Cinsel İstismar ^a	5.61±1.41	6.41±2.54	5.16±0.50	^b 9.340	0.009**	MKB+DEHB >DEHB
CTQ Toplam ^a	41.21±9.20	42.54±12.25	36.46±10.56	^a 4.416	0.014*	MKB, >DEHB MKB+DEHB >DEHB
Minimizasyon/İnkâr ^a	8.50±2.16	8.72±2.10	7.30±2.12	^a 6.448	0.002**	MKB, >DEHB MKB+DEHB >DEHB

^aOne Way Anova ^{**}Kruskal-Wallis, ^aF değeri ^b χ^2 değeri, *p<0.05 **p<0.01

Bozukluğu olan ergenler incelenmiştir. Madde kullanımı olan ergenlerin sadece DEHB tanısı olan ve madde kullanmayan ergenlere göre hem kendilerinin hem de ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin düşük olduğu, bu ergenlerin daha çok istanbul dışında doğdukları, özellikle DEHB birlikteliği ile giden madde kullanımı olan ergenlerin sokak yaşantılarının, evden kaçma, suç işleme, kendine zarar verme ve intihar girişimlerinin daha fazla olduğu saptandı. Ek olarak, çocukluk çağı travmalarının madde kullanımı ve DEHB'nin eşlik ettiği madde kullanımı olan ergenlerde daha yüksek olduğu belirlendi. Üç grup arasında algılanan aile ve arkadaş desteği skorları açısından farklılık saptanmadı. Son olarak Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek skorlarında ise sadece arkadaş alt ölçek puanı komorbiditesi olmayan DEHB grubunda daha fazla idi.

Çalışmaya alınan ergenlerden madde kullanım bozukluğu olan katılımcılara ÇEMATEM polikliniğinden, sadece DEHB olan katılımcılara

Tablo 4. Grupların Algılanan Aile Desteği, Algılanan Arkadaş Desteği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanları

	MKB (n=52)	MKB+DEHB (n=48)	DEHB (n=50)	F	p
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS		
AAİDÖ	21.6±7.9	22.8±8.2	24.8±6.7	2.330	0.101
AArDÖ	28.4±6.8	26.3±9.0	29.0±7.5	1.621	0.201
ÇBASDÖ Aile	19.8±5.6	21.0±5.9	21.4±5.6	1.145	0.321
ÇBASDÖ Arkadaş	19.0±6.6	18.8±7.3	22.8±6.0	5.574	0.005*
					DEHB > MKB DEHB > MKB+ DEHB
ÇBASDÖ Özel Kişi	16.8±7.8	17.9±7.6	16.4±7.8	0.491	0.613
ÇBASDÖ Toplam	55.5±12.2	57.8±14.3	60.6±14.1	1.673	0.191

One Way Anova * $p < 0.01$; AAİDÖ: Algılanan Aile Desteği Ölçeği; AArDÖ: Algılanan Arkadaş Desteği Ölçeği; ÇBASDÖ: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

ise çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğinden ulaşılmıştır. Sadece DEHB olan grubun yaş ortalaması diğer iki gruba göre daha düşük olmasını olası nedeni, çocuk ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran ve DEHB tanısı konulan hastaların ebeveynlerinde eğitim düzeyi daha yüksek bulundu bu da çocuklarında ortaya çıkan DEHB belirtilerine daha duyarlı olmalarını sağlamış ve erken yaşta tedaviye başvurmuş olmalarını sağlamış olabilir. Diğer iki grubun ÇEMATEM polikliniğine başvuran hastalardan seçilmiş olması ve başvuru şikâyetlerinin madde kullanımı olması, madde kullanımının daha geç yaşta başlaması ve buna bağlı olarak tedavi arayışlarının daha geç yaşta ortaya çıkması da göz önünde bulundurulması gereken diğer bir etken olabilir. Literatürde de DEHB şikâyetleri ile başvuru yaşının, madde kullanımı şikâyeti ile başvuru yaşından daha küçük olduğu belirtilmiştir. MKB şikâyetleri ile başvuru yaşı arasında fark olduğu vurgulanmıştır (45).

Çalışmadaki ergenler, doğum yerleri ve yaşadığı şehirler açısından karşılaştırıldığında DEHB grubunun doğum yeri açısından diğer 2 gruba oranla daha çok İstanbul doğumlu olduğu, yaşadığı şehir açısından ise MKB+DEHB grubunun diğer iki gruba göre daha fazla İstanbul dışında ikamet ettiği saptanmıştır. Bu bulgu, MKB grubunun diğer illerden İstanbul'a göç ettiğini göstermektedir. Göç birçok psikiyatrik hastalık için risk faktörü kabul edilmektedir ve madde kullanım bozukluğu ile de yakından ilişkilidir(46-48)

MKB grubunda daha fazla kişinin İstanbul dışında doğup İstanbul'da yaşıyor olmalarını açıklıyor olabilir. MKB+DEHB grubunun diğer

iki gruba göre daha fazla İstanbul dışında ikamet ediyor ve tedavi amacı ile İstanbul'daki bir merkeze geliyor olması, MKB ve DEHB birlikteliğinde, semptomların çok şiddetlendiğine ve tedaviye cevabının zorluğuna işaret ediyor olabildiğinin yanında, Türkiye'de 18 yaş altı alkol madde tedavi merkezi sayısının çok az olması ile de bağlantılı olabilir.

Grupların eğitim durumu incelendiğinde, MKB ve MKB+DEHB gruplarının, DEHB grubuna göre eğitime devam etmedikleri saptanmıştır. Bu bulgunun sebebinin DEHB ile ilgili şikâyetlerle başvuruların genelde ilköğretim çağında olması, MKB ve MKB+DEHB gruplarının yaş ortalamasının daha büyük olması ve madde kullanım bozukluğunun, DEHB den bağımsız olarak erken okul kaybına sebep olduğunu düşündürmektedir. Birçok çalışmada da gösterildiği gibi madde kötüye kullanımı, kişinin eğitim hayatının erken sonlanmasına yol açabilmektedir (49,50). Çalışmamızda madde kullanımı olan gruplarda DEHB grubuna göre çalışma hayatının olması da okul yaşamının erken sonlanmasının sonuçlarından birisi gibi görünmektedir. Ayrıca DEHB'nin eşlik ettiği veya etmediği madde kullanımı olan ergenlerin sadece DEHB'si olan ergenlere göre evden kaçma ve sokak yaşantılarının daha fazla olduğu belirlenmiştir. Suç işleme davranışı ise en yüksek oranda MKB+DEHB grubunda bulunmuş olup bu durum DEHB özelliklerinden de olan düşünmeden davranma ve risk alma davranışı ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Bu da madde kötüye kullanımının, çocuğun ailesi ile ilişkilerini bozmasına neden olması ve madde arayışı neticesinde suç işleme yöneldiği şeklinde yorumlanabilir. Suçun niteliğine bakıldığında madde kullanan gruplarda

DEHB grubuna nazaran daha fazla gasp ve hırsızlık suçunun olduğu görülmektedir, bu da literatürdeki madde temin etmek amaçlı maddi kaynak arayışının çocuğu suça sürüklediği bilgisi ile desteklenmektedir (47).

Kendine zarar verme davranışı açısından birden fazla kendine zarar verme MKB+DEHB grubunda oldukça yüksek bulunmuştur. İntihar girişiminde bulunma da MKB ve MKB+DEHB grubunda DEHB grubuna göre oldukça yüksek saptanmıştır. Madde kötüye kullanımı psikiyatrik hastalıklar açısından en yüksek komorbiditenin görüldüğü hastalıklardan biridir. Madde kullanımı ile komorbid hastalıkların (depresyon, anksiyete, post travmatik stres bozukluğu gibi) sık görülmesi kendine zarar verme ve intihar girişimi davranışını arttırdığı gibi, tabloya DEHB'nun eklenmesi de kişide bu davranışların sık gözlenmesine neden olmaktadır (51). Madde kullanımı olan gruplarda kendine zarar verme davranışının daha sık görülmesinin, sebeplerinden biride bu gruplarda daha fazla çocukluk çağı travmasının görülmesinin sonucu olabilir (52).

MKB grubunun en düşük gelir düzeyine sahip olduğu ve madde kullanımı olan ergenlerin kalabalık aile yapısına sahip oldukları belirlenmiştir. Bulgularımız, kozmopolit şehirde yaşama, kardeş sayısının fazla olması, erken yaşta çalışmaya başlama, ailenin gelir düzeyinin düşüklüğü, ebeveynlerin düşük eğitim düzeyinin, DEHB de dâhil olmak üzere ergenlerde MKB gelişmesi açısından risk faktörleri olabileceğini düşündürmektedir.

Çocukluk çağı travmaları açısından gruplar karşılaştırıldığında duygusal ihmal açısından MKB grubu, DEHB grubundan daha yüksek puanlar almıştır. Fiziksel istismar açısından MKB+DEHB grubu, diğer iki gruptan, cinsel istismar alt bölümünde ise MKB+DEHB grubu, DEHB grubundan daha yüksek puanlar almıştır. Toplam puanda ise MKB ve MKB+DEHB grubu, DEHB grubuna nazaran daha yüksek puanlar almıştır. Minimizasyon/inkâr puanları açısından bakıldığında MKB ve MKB+DEHB grupları DEHB grubundan daha yüksek puanlar almışlardır. Hem travma toplam puanlarının hem

de minimizasyon/inkâr puanlarının madde kullanan gruplarda yüksek çıkması anlamlıdır. Cevaplarında travmayı minimize ettikleri halde madde kullanan grupların travma toplam puanları DEHB grubuna göre yüksek çıkmıştır. Madde kötüye kullanımı olan farklı hasta gruplarında geriye dönük yapılan çalışmalarda, bizim bulgularımıza paralel olarak çocukluk çağı travmaları sık bulunmuştur (53,54). Duygusal ihmal açısından MKB grubu DEHB grubundan anlamlı oranda yüksek puan almışken, bu fark MKB ile MKB+DEHB grupları arasında ve MKB+DEHB ile DEHB grupları arasında bulunamamıştır. Bu sonuç bize duygusal ihmal varlığının DEHB'nin varlığından bağımsız olarak madde kullanımı için risk faktörü olduğunu gösteren literatür bilgisi ile de uyumludur (55).

Fiziksel istismar alt ölçek puanı her üç grubun da fiziksel istismara maruz kaldığına işaret edecek şekilde yüksekti, ancak MKB+DEHB grubunun puanı diğer diğer iki gruba göre daha yüksek olarak saptandı. Literatürde çocukluk çağı fiziksel istismarı ile hem DEHB hem de MKB arasında önemli düzeyde ilişki olduğu belirtilmiştir (17,21-26,57). Bu da bize DEHB olan çocukların madde kullanmaları ile birlikte fiziksel istismar ihtimalinin çok arttığını göstermektedir. DEHB gibi bozukluklar aile işleyişini etkileyebilir ve ebeveynde psikolojik sorunlara neden olabilir. Bu çocukların ebeveynlerinde öfke, üzüntü, suçluluk, , çocuk yetiştirme yetersizliği ve utanç duyguları olabilir (58) Ebeveynlerin yaşadığı stres, destekleyici ebeveynlik stratejileri yerine fiziksel ceza ve aşırı kontrol kullanımına yol açıyor olabilir (56).

Çalışmaya katılan grupların algıladıkları aile, arkadaş ve sosyal destek düzeyleri incelendiğinde her 3 grubun algılanan aile desteği, algılanan arkadaş desteği, ÇBASDÖ aile desteği alt ölçeği ve ÇBASDÖ özel destek alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı fark saptanmadı. ÇBASDÖ arkadaş desteği alt ölçeğinde ise DEHB grubunun diğer iki gruba göre daha yüksek puanlar aldığı saptandı. Literatür incelendiğinde, MKB, MKB+DEHB ve DEHB grupları arasında karşılaştırmaya dayalı algılanan sosyal destek açısından yapılmış bir çalışma bulunamadı. DEHB olan ve olmayan gruplar arasında yapılmış çok sınırlı sayıda araştırma bulundu Amerika'da

yapılan, DEHB semptomları olan ve olmayan erkek çocukların algıladıkları sosyal desteğin karşılaştırıldığı bir çalışmada, dikkate değer bir fark bulunamamıştır (59). Tayvan'da DEHB ve DEHB olmayan çocuklar ve bu çocukların anneleri ile yapılan başka bir çalışmaya göre, DEHB olan çocukların annelerinin, DEHB olmayan çocukların annelerine göre, çocuklarına karşı daha az sevecen, daha fazla koruyucu ve kontrolcü oldukları, DEHB olan çocukların ise ebeveynleri ile etkileşime girmekten daha az hoşlandıkları, ev içerisinde daha fazla davranışsal problemler sergiledikleri saptanmıştır (60). Yine Tayvan'da daha sonra yapılan başka bir çalışmada, DEHB olan ve olmayan çocukların babaları ile iletişimini ve babalarından aldıkları sosyal desteği inceleyen bir araştırmaya göre, DEHB olan çocukların, DEHB olmayan çocuklara göre, babaları ile daha az aktif etkileşimlerinin olduğu, bu çocukların evde daha fazla davranışsal problemler yaşadıkları ve aile desteğini daha az hissettikleri saptanmıştır (61). Çalışmada Algılanan aile desteği açısından da her üç grup arasında fark bulunamadı. Üç grup açısından alınan puanların anlamlı çıkmaması DEHB'nun MKB kadar aile ilişkilerini bozucu etkisi olabileceğini, dolayısıyla yaşanan çatışma sonucunda çocuğun algıladığı aile ve sosyal destek düzeyini düşürebileceğini akla getirmektedir. Algılanan arkadaş desteği açısından bakıldığında ise DEHB grubu diğer iki gruptan anlamlı oranda yüksek puan almıştır. Ergenlik dönemi ailenin önemini nispeten azaldığı, akran etkisinin neredeyse en yoğun olduğu ve arkadaş desteğinin önem kazandığı bir dönemdir. Ergenlerin ev dışında ve arkadaşlarıyla geçirdikleri sürenin artması, arkadaşlarına verdiği önemin artması, aynı zamanda aile içinde farklı çatışmalara da yol açabilmektedir. Bu durum ergeni aileden daha da uzaklaştırıp arkadaşlarına yaklaştırmaktadır. Okullar, ergenin kendi yaşlılarıyla belli kurallar çerçevesinde uzun süreli bir arada zaman geçirmesini yaşına uygun aktiviteler yapmasını ve daha sağlıklı akran ilişkisi kurmasını sağlayan kurumlardır. DEHB grubunun algıladığı arkadaş desteğinin yüksek çıkması, bu çocukların okul yaşantılarının devam etmesi, dolayısıyla diğer iki gruba göre aynı arkadaş grubuyla kesintisiz daha uzun süreli ilişki kurabilmesi ile açıklanabilir. Madde kullanan ergenler ise, madde kullanımı başladıktan sonra madde kullanmayan

arkadaşlarından zaman içerisinde uzaklaşıp madde kullanan kişiler ile daha fazla zaman geçirmeye başlarlar. Madde kullanan arkadaşlar ile geçirilen zaman, maddenin etkisinde olma, madde arayışı, birlikte suç işleme gibi uygunsuz davranışları da beraberinde getirir. Bu bozuk etkileşimden dolayı da, bu kişiler arasında süregelen, dostane ve sıcaklık içeren arkadaşlıklar kurulamaz. Arkadaşlıklar kısa süreli ve çıkar ilişkisine dayalıdır. Madde kullanan grupta arkadaş desteğinin DEHB grubuna göre daha az hissedilmesinin sebeplerinden birinin bu varsayım olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın bulguları değerlendirilirken kısıtlılıkları da göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmada sadece erkek hastaların alınması önemli kısıtlılıklar oluşturmaktadır. Ayrıca toplumda tedavi almayan DEHB ve MKB olan birçok vaka olabileceği düşünüldüğünde, çalışmanın sadece klinik örnekleme yapılması da bir başka kısıtlılıktır.

SONUÇ

DEHB çocukluk çağında çok sık raslanılan ve %50-70 oranda erişkinlikte devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur. Erken tespit edilip müdahale edilmediğinde ilk çocukluk yıllarında başlayıp katlanarak devam eden psikiyatrik sorunlara neden olabilmektedir. Erken çocukluk çağlarında başlayan aile, öğretmen ve akran gruplarından dışlanma, sonrasında akademik açıdan başarısız DEHB'li çocukta düşük özgüven, ilişki kurmada zorlanma performans kaydısı gibi şikayetlerle depresyon, anksiyete bozukluğu gibi bir çok psikiyatrik hastalık geliştirebilmektedir. Bununla beraber madde kullanıp suç işleyebilmektedir. Bu tablonun önlenmesi için DEHB konusunda öğretmen ve ailelerin eğitilmesi gerekmektedir. Erken yaşta tespit edilerek verilecek aile eğitimleri, aile desteği ve medikal tedavi sonrası gelişecek psikiyatrik hastalıkları önlemede çok etkili olacaktır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr., Arzu Çiftci, Balıklı Rum Hastanesi Vakfı, Psikiyatri Kliniği, İstanbul Türkiye, drarzuçiftci@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Polanczyk G, de Lima MS, Horta BL, Horta LB, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164:942-948.
2. Thomas R, Sanders S, Doust J, Beller E, Glasziou P. Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*. 2015;135:e994-1001.
3. Çocuk ve Ergen Psikofarmakolojisi :Editörler Semerci B, Öztürk M, Türkbay T İstanbul 2015;31
4. Shaaban SSA, Seleem M, Badawy A, Eissa M, Psychiatric Comorbidities among Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorders. *Journal of Advances in Medicine and Medical Research*, 2020; 85-96
5. Sonuga-Barke EJ, Brandeis D, Cortese S, Daley D, Ferrin M, Holtmann M, Stevenson J, Saskia van der Oord M, Döpfner M, W Dittmann R, Simonoff E, Zuddas A, Banaschewski T, Buitelaar J, Coghill D, Hollis C, Konofal E, Lecendreux M, C K Wong I, Sergeant J, European ADHD Guidelines Group et al. Nonpharmacological interventions for ADHD: systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials of dietary and psychological treatments. *Am J Psychiatry*. 2013; 170:275-289.
6. Groenman AP, Oosterlaan J, Rommelse N, Rommelse N, Franke B, Roeyers H, Oades RD, Çavuş Y, K Buitelaar J, V Faraone S. Substance use disorders in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder: a 4-year follow-up study. *Addiction*. 2013;108:1503-1511.,
7. Biederman J, Monuteaux MC, Mick E, Spencer T, E Wilens T, M Silva J, Snyder LE, V Faraone S. Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychol Med*. 2006; 36:167-179.
8. van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Tatlıları M, Schoever'lar RA. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2012; 122:11-19.
9. Wilens TE, Biederman J, Mick E, Faraone SV, Spencer T. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is Associated with Early Onset Substance Use Disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1997;185:475-482.,
10. Biederman J, Wilens T, Mick E, Milberger S, Spencer TJ, Faraone SV. Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *Am J Psychiatry*. 1995; 152:1652-1658.
11. Lee SS, Humphreys KL, Flory K, et al. Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2011;31:328-341.
12. Clure C, Brady KT, Saladin ME, Johnson D, Vadi R, Rittenbury M. Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use: symptom pattern and drug choice. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 1999; 25:441-448.,
13. Levin FR, Evans SM, and Kleber HD Prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder among cocaine abusers seeking treatment. *Drug Alcohol Depend*. 1998;52:15-25.
14. Katusic SK, Barbaresi WJ, Colligan RC, Weaver AL, Leibson CL, Jacobsen SJ. Psychostimulant Treatment and Risk for Substance Abuse Among Young Adults with a History of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Population-Based, Birth Cohort Study. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 2005;15:764-776.
15. Whelan R, Conrod PJ, Poline JB, Lourdasamy A, Banaschewski T, Barker GJ, Bellgrove MA, Büchel C, Byrne M, Cummins TD, Fauth-Bühler M, Flor H, Gallinat J, Heinz A, Ittermann B, Mann K, Martinot JL, Lalor EC, Lathrop M, Loth E, Nees F, Paus T, Rietschel M, Smolka MN, Spanagel R, Stephens DN, Struve M, Thyreau B, Vollstaedt-Klein S, Robbins TW, Schumann G, Garavan H; IMAGEN Konsorsiyumu.. Adolescent impulsivity phenotypes characterized by distinct brain networks. *Nat Neurosci*. 2012;15:920-925.
16. Zhang S, Lin X, Liu J, Pan Y, Zeng X, Chen F, Wu J. Prevalence of childhood trauma measured by the short form of the Childhood Trauma Questionnaire in people with substance use disorder: A meta-analysis. *Psychiatry Res* 2020;294:113524
17. Konstenius, M, Leifman, A, van Emmerik-van Oortmerssen, K, van de Glind, G, Franck, J, Moggi, F, van den Brink, W, Childhood trauma exposure in substance use disorder patients with and without ADHD. *Addict Behav* 2017;65, 118-124.
18. Wilens TE, Martelon M, Fried R, Küçük C, Bateman C, Biederman J. Do executive function deficits predict later substance use disorders among adolescents and young adults? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011; 50:141-149.
19. Elliott JC, Stohl M, Wall MM, Keyes KM, Goodwin RD, Skodol AE, Krueger RF, Grant BF, Hasin DS. The risk for persistent adult alcohol and nicotine dependence: the role of childhood maltreatment. *Addiction*. 2014;109:842-850.
20. Öner Ö, Ergüder T, Çakır B, Ergun U, Erşahin Y, Erol N, Özcebe H. Mental problems and impulsivity reported by adolescents: an epidemiological study. *Türk Psikiyatri Derg*. 2013;2435-43.
21. Kara B, Biçer Ü, Gökalg AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2004; 47: 140-151.
22. Sugaya L, Hasin DS, Olfson M, Lin KH, Grant BF, Blanco C. Child physical abuse and adult mental health: A national study. *Journal of Traumatic Stress*. 2012; 25:384-392.
23. Brown GR and Anderson B Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry*. 1991;148:55-61.
24. Merry SN, Andrews LK. Psychiatric status of sexually abused children 12 months after disclosure of abuse. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994; 33:939-944.
25. Szymanski K, Sapanski L, Conway F. Trauma and ADHD—Association or Diagnostic Confusion? A Clinical Perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2011; 10:51-59.
26. Yıldız D, Çiftçi A, Yalçın Ö. Bir çematem kliniğinde yatan ergen hastalarda madde kullanım eğilimleri, psikososyal travmalar, psikiyatrik komorbiditeler ve cinsiyet farklılıkları. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2020;33:190-202
27. Sorias O. Sosyal desteğin değerlendirilmesi: toplumdan seçilmiş bir örnekleme sosyal ağı yapısal özellikleri ile algılanan destek. *Psikoloji Semineri* 1988;6:27-40
28. Khoury L, Tang YL, Bradley B, Cubells JF, Ressler KJ. Substance use, childhood traumatic experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population. *Depression and Anxiety*. 2010;27:1077-1086.
29. Sorias O Social Support Concept. *Ege University Medical*

Faculty Journal. 1988; 27:353-357.

30. Karatekin C, Ahluwalia R. Effects of Adverse Childhood Experiences, Stress, and Social Support on the Health of College Students. *Journal of Interpersonal Violence* 2020;35:150-172

31. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: A systematic review. *BMC Psychiatry* . 2018;18,156

32. Luster T, M. Stinson K, Adolescents, Family, and Friends: Social Support after Parents' Divorce or Remarriage. 1991;53:1113.

33. Caplan G, Support systems and community mental health: Lectures on concept development. Support systems and community mental health: Lectures on concept development. 1974, Pasadena, CA, US: Behavioral Publications. xvii, 267-xvii, 267.

34. Unluoglu G, Psychopathology of the Adolescence, Adolescence Psychology. 2 ed. 1987, Ankara: Hacettepe Tas Kitapçılık.

35. Ashby Wills T, Yaeger AM . Family Factors and Adolescent Substance Use: Models and Mechanisms. *Current Directions in Psychological Science*. 2003; 12:222-226.

36. Wolraich ML, Hagan JF, Chan E, Davison D, Earls M, Evans SW, Flinn SK, Froehlich T, Frost J, Holbrook JR, Lehmann CU, Lessin HR, Okechukwu K, Pierce KL, Winner JD. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;144:1-46.

37. Bernstein D, Stein J, Newcomb M, Walker E, Pogge D, Ahluwalia T, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect* 2003;27:169-190

38. Sar V OE, İkikardes E. The Validity and Reliability of the Turkish Adjustment of the Childhood Mental Trauma Scale. *Clinics in Turkey*. 2012; 32:1054-1063.

39. Procidano ME, Heller K. Measures of perceived social support from friends and from family: Three validation studies. *American Journal of Community Psychology*. 1983;11:1-24.

40. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG & Farley, G. K. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*. 1988;52:30-41.

41. Eker D. Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktor yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2001; 12:17-25.

42. Eker D .AH The factor structure, validity and reliability of the Multi-Dimensional Perceived Social Support Scale. *Turkish Psychology Journal*. 1995; 10:45-55.

43. Turgay A. Çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği (Yayınlanmamış ölçek). Integrative Therapy Institute Toronto, Kanada. 1995.

44. Ercan E, Amado S, Somer O, Çıkoğlu S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2001; 8:132-144.

45. Mariani JJ and Levin FR Treatment Strategies for Co-Occurring ADHD and Substance Use Disorders. *The American Journal on Addictions*. 2007;16:45-56.

46. Hacıhasanoğlu Aşlar R, Yıldırım A. Göçün Sosyal ve

Ruhsal Etkileri ve Hemşirelik. Aydın Avcı İ, editör. Göç ve Göçmen Sağlığı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p.10-20

47. Balcıoğlu İ, Doksat MK, Tan O. Madde bağımlılığı, göç ve suç. *Yeni Sempozyum* 2001

48. Li X, Stanton B, Chen X, Hong Y, Fang X, Lin D, Mao R, Wang J. Health Indicators and Geographic Mobility among Young Rural-to-Urban Migrants in China. *World health & population*. 2006; 8:5-21.

49. Kollins SH. A qualitative review of issues arising in the use of psycho-stimulant medications in patients with ADHD and co morbid substance use disorders. *Current Medical Research and Opinion*. 2008; 24:1345-1357.

50. Hoxmark E, Benum V, Friberg O, Wynn R. Reduction in mental distress among substance users receiving inpatient treatment. *International journal of mental health systems*. 2010;4:30.

51. Bácskai E, Czobor P, and Gerevich J Trait aggression, depression and suicidal behavior in drug dependent patients with and without ADHD symptoms. *Psychiatry Research*. 2012; 200:719-723.

52. Evren C, Cinar O, Evren B, Çelik S. Self-mutilative behaviors in male substance-dependent inpatients and relationship with anger and aggression: mediator effect of childhood trauma. *Comprehensive Psychiatry*. 2012; 53:252-258.

53. Tucci AM, Kerr-Corrêa F, and Souza-Formigoni MLO Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect*. 2010; 34:95-104.

54. Rasmussen IS, Arefjord K, Winje D, Dovran A. Childhood maltreatment trauma: a comparison between patients in treatment for substance use disorders and patients in mental health treatment. *European journal of psychotraumatology*. 2018; 9:1492835.

55. Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJ, Sareen J. Childhood maltreatment and substance use disorders among men and women in a nationally representative sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2012; 57:677-686.

56. O'leimat AS, Alhussami M, Rayan A. The correlates of psychological distress among parents of children with psychiatric disorders. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2019;1-9.

57. Evren C, Umüt G, Bozkurt M, Can Y, Evren B, Ağachanlı R. Partial mediator role of physical abuse on the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and severity of dissociative experiences in a sample of inpatients with alcohol use disorder. *Indian journal of psychiatry*. 2017; 59:306-312

58. Letich S, Sciberras E, Post B, Gerner B, Rinehart N, Nicholson JM, Evans S. Experience of stress in parents of children with ADHD: A qualitative study. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2019; 14: 1690091.

59. Demaray MK and Elliott SN Perceived social support by children with characteristics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *School Psychology Quarterly*. 2001;16:68-90.

60. Shur-Fen Gau S Parental and family factors for attention-deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2007; 41(8):688-696.

61. Chang L-R, Chiu Y-N, Wu Y-Y, Gau SS. Father's parenting and father-child relationship among children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2013; 54:128-140.