



T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**BURSA YÜKSEK İHTİSAS EĞİTİM VE
ARAşTIRMA HASTANESİ**

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI KLİNİĞİ

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN
BİREYLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI,
BAĞLANMA BİÇİMLERİ VE ZİHİN KURAMI
İşLEVLERİ ARASINDAKİ İLİşKİLER**

Dr. Murat AKTAş

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2022



T.C.

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

**BURSA YÜKSEK İHTİSAS EğİTİM VE ARAşTIRMA
HASTANESİ**

RUH SAğLIğI VE HASTALIKLARI KLİNİğİ

**MADDE KULLANIM BOZUKLUğU OLAN
BİREYLERDE ÇOCUKLUK AğI TRAVMALARI,
BAğLANMA BİÇİMLERİ VE ZİHİN KURAMI
İşLEVLERİ ARASINDAKİ İLİşKİLER**

Dr. Murat AKTAş

Tez Danışmanı:

Doç. Dr. Sinay ÖNEN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

BURSA/2022

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	iii
TEŞEKKÜR.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
TABLolar.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT.....	x
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2.GENEL BİLGİLER.....	3
2.1.MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI	3
2.1.1. Bağımlılık Tanımı.....	3
2.1.2.Sınıflandırma.....	3
2.1.3.Epidemiyoloji	5
2.1.4. Esrar Kullanım Bozukluğu.....	5
2.1.4.1. Epidemiyoloji	6
2.1.4.2. Klinik Özellikler	6
2.1.4.3. Sentetik Kanabinoidler.....	7
2.1.5.Metamfetamin Kullanım Bozuklukları.....	7
2.1.5.1 Epidemiyoloji	8
2.1.5.2. Klinik Özellikler	8
2.1.6. Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu.....	9
2.2. BAĞLANMA BİÇİMLERİ	10
2.2.1.Bağlanma Kuramı.....	10
2.2.2 Bağlanma Biçimleri.....	10
2.2.3. Yetişkin Bağlanma Biçimleri.....	11

2.2.4. Madde Kullanımı ve Bağlanma Biçimleri İlişkisi	14
2.3. ZİHİN KURAMI.....	14
2.3.1 Zihin Kuramının Tanımı ve Gelişimi	14
2.3.2 Zihin Kuramı Alt Tipleri.....	15
2.3.3. Zihin Kuramı ve Bağlanma.....	16
2.3.4. Zihin Kuramı ve Madde Kullanım Bozukluğu	17
2.4.ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI.....	17
2.4.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve Madde Kullanım Bozukluğu.....	19
2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Zihin Kuramı.....	20
3.YÖNTEM VE GEREÇLER.....	20
3.1.Örnekleme.....	20
3.2. Veri Toplama Araçları.....	22
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu.....	22
3.2.2 DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Araç(SCID-I).....	23
3.2.3. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ).....	23
3.2.4. İlişki Ölçekleri Anketi.....	23
3.2.5. Zihin Kuramı Testleri.....	24
3.2.5.1. Birinci Derece Zihin Kuramı Testleri	24
3.2.5.2. İkinci Derece Zihin Kuramı Testleri.....	25
3.2.5.3. İmayı Anlama Testi.....	25
3.2.5.4. Pot Kırmayı Fark Etme Testi(PKFT).....	25
3.2.5.5. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)	26
3.2.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği.....	26
3.3. İstatistiksel Analiz.....	27
4.BULGULAR.....	28
5.TARTIŞMA.....	39
6.SONUÇLAR.....	46
7.KAYNAKLAR.....	47
8.ÖZGEÇMİŞ.....	63
9.EKLER.....	64

TEŞEKKÜR

Tez danışmanım olarak çalışmam ve uzmanlık eğitimim süresince her aşamada yardımını, desteğini ve zamanını esirgemeyen değerli hocam Doç Dr Sinay ÖNEN'e, asistanlık sürecime bilgi ve tecrübeleriyle katkısı olan değerli hocalarım Prof Dr Süheyla Ünal, Doç. Dr. İbrahim TAYMUR, Doç. Dr. Ömer ŞENORMANCI, Doç Dr Güliz ŞENORMANCI, Doç Dr Rukiye AY ve Uzman Dr Emine Merve Akdağ'a, rotasyon eğitimim sırasında katkılarından dolayı İÜ Çapa Tıp Fakültesi Nöroloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyeleri ve Uludağ Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Öğretim Üyelerine, çalışmamda verilerin istatistiksel değerlendirilmesindeki katkılarından ve desteğinden dolayı psikolog Ersin BUDAK'a, asistanlık eğitimim boyunca her zaman desteklerini yanında hissettiğim sevgili uzmanlarımıza, sevgili asistan arkadaşlarıma, sağlık personeline ve tüm Psikiyatri Kliniği ekibine teşekkür ederim.

Hayatın her anında, her koşulda yanımda olan, sevgisini, desteğini üzerimden hiç eksik etmeyen ailem; annem Hatice AKTAŞ, ablam Melek Aysun Gülap, Eniştem Osman GÜLAP ve yeğenlerim Duru Melek GÜLAP, Doğa Berrak GÜLAP'a Teşekkür ederim

Dr. Murat AKTAŞ

SİMGELER VE KISALTMALAR

AKB	Alkol Kullanım Bozukluğu
AMATEM	Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi
BAPİ	Bağımlılık Profil İndeksi
BB	Bağlanma Biçimleri
ÇÇT	Çocukluk Çağı Travmaları
ÇÇTÖ	Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği
GZOT	Gözlerden zihin okuma testi
İÖA	İlişki Ölçekleri Anketi
SK	Sağlıklı Kontrol
SS	Standart Sapma
ZK	Zihin Kuramı

TABLÖLAR VE ŐEKİLLER

Şekil 1: Dörtlü Bağlanma Modeli

Tablo 1: Araştırmada değerlendirilen grupların demografik özelliklerin karşılaştırılması

Tablo 2: Araştırmada değerlendirilen madde kullanan grupların klinik özellikleri

Tablo 3: Madde kullanan gruplar arasında BAPİ Toplam ve Alt Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 4: Grupların İÖA Alt Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 5: Araştırmada değerlendirilen gruplar arasında ZK test puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 6: Araştırmada değerlendirilen gruplar arasında ÇÇTÖ Toplam ve Alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 7: Çoklu Madde grubunda ZK Test puan ortalamaları ile BAPİ toplam, İÖA ve ÇÇTÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki

Tablo 8: Metamfetamin grubunda ZK Test puan ortalamaları ile BAPİ toplam, İÖA ve ÇÇTÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki

Tablo 9: Esrar grubunda ZK Test puan ortalamaları ile BAPİ toplam, İÖA ve ÇÇTÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki

V.ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Esrar kullanım bozukluğu, Metamfetamin kullanım bozukluğu ve Çoklu madde kullanım bozukluğu olan kişilerde ZK işlevleri, BB, ÇÇT'nin saptanması ve SK ile karşılaştırılması; ZK işlevleri ile BB ve ÇÇT arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Metamfetamin Kullanım Bozukluğu tanısı konulan 20 gönüllü hasta, Esrar Kullanım Bozukluğu tanısı konulan 20 gönüllü hasta ve Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu (metamfetamin, kannabis ve sentetik esrardan en az ikisini kullanan) tanısı konulan 20 gönüllü hasta ile 20 gönüllü sağlıklı kontrol dahil edilmiştir. Katılımcılara, Sosyodemografik veri formu, SCID-I(DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme), BAPİ(Bağımlılık Profil İndeksi), İlişki Ölçekleri Anketi, Birinci ve İkinci Derece Zihin Kuramı testleri, İmayı Anlama Testi ve Pot Kırma Fark Etme Testi, Gözlerden Zihin Okuma Testi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmamızda Çoklu madde grubu, metamfetamin grubu ve esrar grubunun, İÖA korkulu alt ölçek puan ortalamalarının SK grubunun puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur(sırasıyla $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,024$). Esrar grubunun ZK Total puan ortalamasının, çoklu madde ve metamfetamin gruplarının puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir(sırasıyla $p=0,011$, $p=0,003$). Çoklu madde ve metamfetamin grubunun Duygusal İstismar alt ölçek(sırasıyla $p=0,038$, $p=,015$) ve ÇÇTÖ-Toplam puan(sırasıyla $p=0,026$, $p=,032$) ortalamalarının esrar grubunun puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Çoklu Madde grubunda; İÖA Güvenli alt ölçek puan ortalaması ile GZOT-Pozitif puan ortalaması arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir($p=0,003$). Metamfetamin grubunda; İÖA güvenli alt ölçek puan ortalaması ile imayı anlama test puan ortalaması arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir($p=0,019$). Esrar grubunda; BAPİ toplam puan ortalamaları ile imayı anlama test puan($p=,018$) ve ZK Total

puan($p=0,017$) ortalamaları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda madde kullanan kişilerde azalmış zihin kuramı işlevleri ile güvensiz(kayıtsız- korkulu) bağlanma biçimleri ve ÇÇTÖ total ve bazı alt ölçeklerinde puan ortalamalarının SK ile karşılaştırıldığında daha fazla olması ile ilişkili bulunmuştur. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde Bağlanma Biçimleri, ZK ve ÇÇT arasındaki ilişkilerin çok daha ayrıntılı değerlendirildiği çalışmalara gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Madde Kullanım Bozukluğu, Bağlanma Biçimleri, Zihin Kuramı, Çocukluk Çağı Travmaları

ABSTRACT

Objective: : The aim of this study is to investigate and compare the theory of mind functions, attachment styles, childhood traumas among individuals with cannabis use disorder, methamphetamine use disorder, multiple substance use disorder, and healthy controls; and to examine the relationships between theory of mind functions, attachment styles and childhood traumas.

Material and Methods: The study included 20 voluntary patients diagnosed with methamphetamine use disorder, 20 voluntary patients diagnosed with cannabis use disorder, and 20 voluntary patients diagnosed with multiple substance use disorder (using at least two of the substances among methamphetamine, cannabis and synthetic cannabis) and 20 healthy controls. Sociodemographic data form, SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders), BAPI (Addiction Profile Index), the Relationship Scales Questionnaire (RSQ), the First and Second Order False Belief Tests, the Hinting Test, the Faux Pas Test, the Reading the Mind in the Eyes Test (RMET), the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) were administered.

Results: In our study, it was found that the mean scores of the multiple substance group, the methamphetamine group, and the cannabis group for the RSQ fearful subscale were statistically significantly higher than the mean scores of the HC (health control) group ($p=0.001$, $p=0.001$, $p=0.024$, respectively). It was observed that the mean ToM Total score of the cannabis group was statistically significantly higher than the mean score of the multiple substance and methamphetamine groups ($p=0.011$, $p=0.003$, respectively). In multiple substance group and methamphetamine group, the emotional abuse subscale ($p=0.038$, $p=.015$, respectively) and the CTQ-Total score ($p=0.026$, $p=.032$, respectively) were statistically significantly higher than the mean scores of the cannabis group. In the multiple substance group; there was a significant negative correlation between the mean scores of the RSQ secure subscale and mean scores of the RMET-Positive ($p=0.003$). In the methamphetamine group; a positive correlation was observed between mean scores of the RSQ secure

subscale and the mean scores of the hinting test ($p=0.019$). In the cannabis group; it was found that there was a significant negative correlation between the mean scores of the BAPI total and the mean scores of the hinting test ($p=.018$) and between the mean scores of the ToM Total ($p=0.017$).

Conclusion: In our study, it was found that the mean scores of insecure (dismissing-fearful) attachment styles, the mean scores of the total and certain subscales of CTQ was higher, and theory of mind performance was decreased in individuals with substance use compared to HC. Future studies are needed to elaborate the relationships between attachment styles, theory of mind, and childhood trauma in individuals with substance use disorder.

Keywords: Substance Use Disorder, Attachment Styles, Theory of Mind, Childhood Trauma

1.GİRİŞ VE AMAÇ

Genellikle bir nesneye, bireye ya da herhangi bir varlığa karşı kontrolden çıkan istek veya bir başka iradenin etkisi altına girme durumu bağımlılık olarak tanımlanmaktadır(1). Bağımlılık hali hazırda bir “beyin hastalığı” olarak kabul edilmekte ve buna yönelik tedavi yaklaşımları geliştirilmektedir(2). Günümüzde en büyük sağlık sorunlarından olan psikoaktif madde kullanımı arttıkça, kişinin maddeye yönelik toleransının yükseldiği ve çoğunlukla fiziksel yoksunluklara ve bağımlılığa neden olduğu bildirilmiştir(1).

Bireyin erişkin dönemde duygu düşünce ve davranışlarında, bebeklik döneminde ilgi, özen ve bakımını veren kişiyle kurduğu ilişkinin önemli bir yeri vardır(3). Kişilerin erişkinlikte duygusal partnerleri ile kurdukları ilişkiler, bebeklik ya da çocukluk döneminde bakım veren ile kurulan bağlanmanın bir benzerini teşkil eder(4) Bowlby (1973), çocuğun psikolojik gelişiminin sağlıklı olabilmesi için anne ve çocuk arasında güvenli bir bağlanma ilişkisi kurulması gerektiğini, bağlanma ilişkilerindeki kesintilerin çeşitli kişilik sorunlarına ve ruhsal hastalıklara yol açacağını iddia etmiştir(5). Bağımlılık, sağlıklı bağlanmada yetersizlik ve uygunsuz duygu düzenleme ya da öz denetim kapasitesinin önemli rol oynadığı bir bağlanma bozukluğu olarak tanımlanmaktadır(6,7). Nitekim madde kötüye kullanımı ve güvensiz bağlanma arasında anlamlı düzeyde ilişkiler çok sayıda çalışmada bildirilmiştir(8–10). Her ne kadar bazı çalışmalarda madde türü ve bağlanma biçimi arasındaki ilişki incelenmiş olsa da bu konu halen gizemini sürdürmektedir(10,11).

Zihin Kuramı(ZK), diğerlerinin fikir, inanç, duygular gibi zihinsel durumlarını algılama ve bunların davranışları üzerindeki etkilerini öngörebilme yeteneğidir (12). ZK becerisi ile kişi, diğer insanların zihinsel durumlarının kendi zihinsel durumundan farklı olabileceğini farkederek ve buna bağlı olarak başarılı bir sosyal etkileşim ve iletişim sürdürebilir(13). Zihin kuramı ile madde kullanım bozukluğu arasındaki bağlantı tam olarak açıklanmasa da madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bozulmuş sosyal etkileşimlerinde, zihin kuramı becerilerindeki eksikliklerden kaynaklı olduğu düşünülmektedir(14).

Çocukluk çağı travmaları; başta anne- baba olmak üzere çocuğun bakım,

sağlık, koruma ve gelişiminden sorumlu bireyler tarafından ya da etrafındaki erişkin kişilerce uygulanan ya da uygulanmayan davranışlar neticesinde çocuğun her türlü bedensel, zihinsel, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi ve tehlikeye maruz kalması olarak açıklanabilir(15). Çocukluk çağında travmatik yaşam olaylarına maruz kalan bireylerde normal popülasyonla kıyaslandığında daha fazla madde kullanım bozukluğu geliştiği bildirilmiştir(16). Çocukluğunda travmaya maruz kalan bireylerin, bunun sonucunda ortaya çıkan düşük benlik saygısından kurtulabilmek, depresyon/ anksiyete belirtilerini kontrol edebilmek amacıyla madde kullanmaya meyilli oldukları belirtilmektedir(17).

Literatür tarandığında Madde kullanım bozukluğu hastalarında bağlanma biçimleri, ZK defisitleri ve ÇÇT sağlıklı kontroller ile karşılaştırıldığı ayrı ayrı çalışmalar olduğu görülmüştür(8,16,18). Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda bağlanma biçimleri, ZK defisitleri ve ÇÇT'nin beraber değerlendirildiği bir çalışmaya literatürde rastlanmamıştır bağlanma örüntüleri ile Zihin kuramı oluşumu aynı gelişim dönemlerinde gerçekleştiğinden arasındaki ilişkinin ve ÇÇT maruz kalmanın bu süreçlere olan etkilerinin incelenmesi madde kullanım bozukluğuna sahip kişilerde hastalığın etyopatogeneze yönelik bilgiler sağlayacağı ve literatüre katkıda bulunacağı düşünülmüştür.

Bu çalışmada Esrar kullanım bozukluğu, Metamfetamin kullanım bozukluğu ve Çoklu madde kullanım bozukluğu olan kişilerde ZK işlevleri, BB, ÇÇT'nin saptanması ve SK ile karşılaştırılması; ZK işlevleri ile BB ve ÇÇT arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI

2.1.1.Bağımlılık Tanımı

Genellikle bir nesneye, bireye ya da herhangi bir varlığa karşı kontrolden çıkan istek; veya bir başka iradenin etkisi altına girme durumu bağımlılık olarak tanımlanmaktadır(1). Bağımlılığı olan kişiler sağlıklarını olumsuz yönde etkilemesine, sosyal yaşamlarına zarar vermesine rağmen, belirli bir durumu tekrarlamaya yönelik engel olamadıkları bir arzu duyarlar ve bunu sürdürmeye devam ederler(19). Bağımlılık hali hazırda bir “beyin hastalığı” olarak kabul edilmekte ve buna yönelik tedavi yaklaşımları geliştirilmektedir(2). Günümüzde en büyük sağlık sorunlarından olan psikoaktif madde kullanımı arttıkça, kişinin maddeye yönelik toleransının yükseldiği ve çoğunlukla fiziksel yoksunluklara ve bağımlılığa neden olduğu bildirilmiştir(1).

2.1.2.Sınıflandırma

Bağımlılık denince ilk akla gelen, psikiyatrik bir tanı olan madde kullanım bozukluğu; bireyin ihtiyaç duymadığı halde, fiziksel ve zihinsel sağlığına veya başkalarına zarar vererek vücuduna kimyasal maddeleri devamlı veya tekrarlayıcı şekilde almasıdır(20). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı(DSM)’nin geçmiş baskılarında madde kullanım bozuklukları, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı olarak iki ayrı alt başlıkta yer alırken, DSM’nin beşinci baskısında (DSM-5) tek bir başlık altına toplanarak madde kullanım bozukluğu olarak değiştirilmiştir(21).

DSM-5’de, madde kullanım bozukluğuna neden olan maddeler şu başlıklar altında belirtilmiştir; Alkol, Kafein, Kenevir(Kannabis), Halüsinojenler, Uçucular (İnhalanlar), Opiatlar, Sedatif, Hipnotik ve Anksiyolitikler, Uyarıcılar (Stimulanlar), Tütün ve diğer bilinmeyen maddeler(22).

Psikoaktif maddeler; akut veya kronik etkileri, bağımlılık düzeyleri, tolerans veya yoksunluk gelişimi gibi özellikler açısından farklılık göstermektedir(23–25). Yapılan bazı çalışmalarda psikoaktif madde türlerinin farklı bilişsel etkileri olduğu ileri sürülmüştür. Bundan dolayı madde kullanımının sebep olabileceği sorunlar ve tedavi yaklaşımları değişkenlik göstermektedir(26,27).

DSM-5'e göre Madde Kullanım Bozukluğu için tanı ölçütleri şunlardır ve tüm madde türleri için uygulanabilir:

- On iki aylık bir süre içinde aşağıdakilerden iki ya da daha fazlasının olması ile birlikte klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da işlevsellikte düşme olması durumunda Madde Kullanım Bozukluğu tanısı koyulur:
- 1. Çoğu kez istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak psikoaktif madde alma,
- 2. Psikoaktif madde kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da sonuç vermeyen çabaların olması,
- 3. Psikoaktif madde elde etmek, madde kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma,
- 4. Psikoaktif madde kullanmaya içinin gitmesi ya da kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme,
- 5. İşte, okulda ya da evdeki konumunu gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici psikoaktif madde kullanma,
- 6. Psikoaktif maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşın psikoaktif madde kullanımını sürdürme,
- 7. Psikoaktif madde kullanımından ötürü önemli bir takım toplumsal işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme, dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması,
- 8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda psikoaktif madde kullanma,

9. Büyük bir olasılıkla psikoaktif maddenin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici, bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşı psikoaktif madde kullanımını sürdürme,

10. Psikoaktif maddeye karşı tolerans gelişimi

11. Psikoaktif maddeye karşı yoksunluk gelişimi

Madde Kullanım Bozukluğu tanısının yanı sıra her madde için Madde Esrikliği (entoksikasyonu), Madde Yoksunluğu, Madde Kullanımının Yol Açtığı Diğer Ruhsal Bozukluklar ve Madde Kullanımı İle İlişkili Tanımlanmamış Bozukluk sınıfları da yer almaktadır(22).

2.1.3.Epidemiyoloji

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) tarafından yayınlanan 2020 Dünya Uyuşturucu Raporu'nda 2018 yılında 269 milyon (dünya nüfusunun yüzde 5,3) kişinin psikoaktif madde kullanmakta olduğu tahmin edildiği bildirilmektedir(28). Avrupa Uyuşturucu Raporu (2021)'na göre Avrupa Birliği'nde yaşayan 15-64 yaş arası erişkinlerin %28,9'unun hayatlarında en az bir kez psikoaktif madde kullandığı tahmin edilmektedir(29).

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM)'nin 2018 yılında yaptığı Genel Nüfus Araştırması'na göre katılanların hayatı boyunca yasadışı madde kullanım sıklığının %3,1 olduğu (kadınlarda %0,3, erkeklerde %6,1) ve yasadışı madde ilk kullanım yaş ortalamasının 19 olduğu bildirilmiştir(30).

2.1.4. Esrar Kullanım Bozukluğu

İnsanoğlu tarafından ilk ekilen bitkilerden Cannabis Sativa (kenevir, esrar, marihuana) tarihte yemeklerin içerisinde, kağıt ve kumaş yapımında, tıbbi ilaç olarak kullanıldığı bilinmektedir(31). İlerleyen dönemde esrar kullanımının terapötik etkisi dışında öfori özelliğinden dolayı kullanıldığı, bağımlılık yaptığı ve medikal sorunlara neden olduğu için devletler tarafından kullanımına yasak getirilmiştir(32). Buna rağmen esrar, günümüzde dünya çapında en yaygın kullanılan yasadışı psikoaktif madde olma özelliğini korumaktadır(33). Dünya genelinde yaklaşık 188 milyon kişinin esrar kullandığı öngörülmektedir(34).

2.1.4.1.Epidemiyoloji

Esrar kullanım bozukluğu, esrar kullanan kişilerin hayatları boyunca yaklaşık %19,5’inde gelişmektedir(35). Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi(UNODC) tarafından yayınlanan 2020 Dünya Uyuşturucu Raporu’nda 2018 yılında dünya çapında 192 milyon esrar kullanıcısı olduğu tahmin edildiği ve esrarın dünya genelinde en sık kullanılan yasadışı madde olduğu belirtilmektedir(28).

Türkiye’de yapılan psikoaktif maddelerle ilgili yaygınlık çalışmaları ve Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi’nin (TUBİM) 2017 de yayınlanan raporuna göre ülkemizde en sık kullanılan maddenin kannabis olduğu bildirilmektedir(36).

Bazı araştırmacılara göre psikoaktif maddelerin kullanımına başlamanın tipik bir sırası vardır ve önce yasal maddelerin (alkol, tütün) kullanımı (genellikle ergenlik döneminde), ardından esrar kullanımı ve daha sonra daha zararlı yasa dışı uyuşturucuların kullanımı (uyarıcılar, afyonlar veya halüsinojenler gibi) gelir. Bu model, esrar kullanımının önlenmesinin diğer yasa dışı uyuşturucuların kullanılmasını önleyeceğini varsayar(37,38). Geniş ve kontrollü, toplum temelli epidemiyolojik çalışmalardan ve ikiz çalışmalarından elde edilen veriler ise, esrar kullanımının genellikle ortak sorumluluk modeli ile açıklanabildiğini göstermektedir. Ortak sorumluluk modeli, önceden var olan çevresel ve genetik faktörlerin, tüm madde kullanımı ve madde kullanım bozukluklarına katkıda bulunduğunu, bu nedenle belirli bir maddenin bir seferde kullanılmasının daha sonra hangi maddenin kullanılacağını belirlemede önemli bir faktör olmadığını ileri sürer(37,39).

2.1.4.2. Klinik Özellikler

Esrarın psikoaktif özellikleri öncelikle delta-9-tetrahidrokanabinol(THC) denen bir kannabinoidten kaynaklanır(40). THC’e bağlı oluşan belirtiler; uyuşukluk, öfori ve zamanın yavaşladığı hissi, apati, pasiflik, zaman ve mekan algısında ve kısa süreli bellekte bozulma, dikkat gerektiren işleri yapmakta zorlanma, karar verme yeteneğinde ve yargılamada bozulma, koordine hareketlerde yavaşlama ve bozulmadır. İlk kullananlarda daha çok olmakla birlikte zaman zaman akut bir

anksiyete ya da panik tablosu ve paranoid belirtiler gözlenebilir(41). THC akut etki olarak empati duygusunun artmasına, sosyalleşmeye, ruhsal gevşemeye(42,43) sebep olurken, intoksikasyon durumunda diğer insanların ne hissettiğinin anlaşılmasını zorlaştırabilir(44).

2.1.4.3.Sentetik Kannabinoidler

Sentetik kannabinoidler(SK), “Kannabise yasal bir alternatif”, “zararsız” ve “tasarımcı uyuşturucusu” olarak ilk kez 2004 yılında Avrupa’da pazarlanmıştır(45). Amerika Birleşik Devletleri’nde “K2”, Avrupa ülkelerinde “spice” olarak tanınan SK’ler, Türkiye’de “jamaika” ve “bonzai” adıyla bilinmektedir. Yaygın olarak, sigaraya benzer bir formda tüketilen SK’ler sıklıkla bitkisel bir karışımın üzerine kimyasal likitlerle spreyleneceği sonucu oluşturulurlar ve SK kullanım sonrası tetrahidrokannabinol (THC) maddesi gibi bir etki yapması beklenir(46,47). Sentetik kannabinoidlerin etkileri yüksek doz esrar kullanımına benzer belirtiler gibi gözükse de, bu ürünlerin esrara göre daha zararlı, daha şiddetli ve daha belirsiz olduğu düşünülmektedir(48,49). Türkiye’de SK kullanımı ilk kez 2010 yılında tespit edilmiştir ve gün geçtikçe kullanım sıklığı artmıştır(50). Ülkemizde 2018 yılında madde ile bağlantılı ölümlerin %45,8’inde, 2017 yılında ise yine madde ile bağlantılı ölümlerin %59,9’unda nedenin SK olduğu saptanmıştır(51).

SK’lerin kullanımı sonrası oluşan klinik belirtiler çok değişkendir. Bazı kişilerde ajitasyon, taşikardi, midriyazis, ağız kuruluğu gelişebilirken, bazı kişilerde de sedasyon görülür(52,53). Psikoaktif belirtiler ise öfori, anksiyete, irritabilite, psikoz, bilişsel işlevlerde ve motor becerilerde bozulma, uyuşukluk, epileptik nöbetler, konuşma bozukluğu olarak görülebilir(52,54–56).

2.1.5.Metamfetamin Kullanım Bozuklukları

Metamfetamin, dopamin, norepinefrin ve serotonin dahil olmak üzere monoamin nörotransmitterlerinin salınımına neden olan ve geri alımını engelleyen MSS için güçlü psikostimülandır(57). Amfetamin türevi olan Metamfetamin,

amfetamine göre MSS'ni daha güçlü stimüle eder(58). Metamfetamin çoğunlukla içilir veya burundan çekilir; daha az sıklıkla ağızdan yutulur veya enjekte edilir. Metamfetamin kullanımının klinik belirtileri arasında artan enerji ve uyanıklık, öfori, sempatik sinir sistemi aktivasyonu, uyku ihtiyacının azalması, kilo kaybı, diş çürümeye yol açan ağız kuruluğu ve sinirlilik, kaygı, saldırganlık, panik, şüphecilik ve/veya paranoya, halüsinasyonlar, yürütücü işlev bozukluğu ve hafıza bozukluğu gibi belirtiler bulunur. Metamfetamin ayrıca mevcut psikiyatrik semptomları şiddetlendirebilir(59).

2.1.5.1.Epidemiyoloji

Metamfetamin kullanım sıklığı coğrafi olarak değişmekle birlikte genel olarak, metamfetamin içeren amfetamin tipi uyarıcılar, dünya çapında kullanım sıklığı en hızlı yükselen kötüye kullanım uyuşturucularıdır(60). Tahmini 4,7 milyon Amerikalı'nın (Amerika Birleşik Devletleri nüfusunun yüzde 2,1'i) hayatlarının bir döneminde metamfetamin denediği bildirilmiştir(61).

2017 yılında Dünya genelinde yaklaşık 28,9 milyon kişinin amfetamin ve türevlerini kullandığı tahmin edilmektedir(62).

EMCDDA'ya göre, 2006 ve 2011 yılları arasında, metamfetamin yakalama olaylarının sayısı yaklaşık üç katına çıkarken, En büyük miktarda metamfetamin Türkiye'de ele geçirilmiştir. Asya bölgesine transfer edilebilmesi için Türkiye'nin transit bir ülke olarak kullanılmaya başlaması sonrasında ilk kez 2009 yılında metamfetamin tespit edildiği bildirilmiştir(63).

Türkiye'de, metamfetamin kullanıcı sayıları genel olarak bilinmemektedir, ancak bölgesel bir çalışma, yasadışı psikoaktif maddeler için laboratuvar tarama sonuçlarına göre, amfetamin/ metamfetamin grubunun son iki yılda en fazla kullanılan madde grubunu oluşturduğunu göstermiştir(64).

2.1.5.2.Klinik Özellikler

Küçük çalışmalarda kronik metamfetamin kullanım bozukluğu tanısı konan bireylerde yüksek oranlarda eşlik eden şizofreni, şizoaffektif bozukluk, bipolar bozukluk, majör depresyon, yaygın anksiyete bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar görülmektedir(65). Malign

hipertansiyon, aritmiler, aort diseksiyonu, vazospazma sekonder miyokard enfarktüsü, felç ve kardiyomiyopati gibi kardiyovasküler komplikasyonlar metamfetamin kullanıcıları arasında önde gelen ölüm nedenleridir(66).

Bir meta-analiz sonuçlarına göre, metamfetamine maruz kalan bireylerin yüzde 37 ila 43'ünün metamfetamin kaynaklı psikotik bozukluk geliştirdiği ileri sürülmüştür (67). Baskın semptomlar paranoya, perseküsyon sanrıları, işitsel, görsel ve dokunsal halüsinasyonlardır. Metamfetaminle ilişkili psikoz, genellikle nispeten uzun sürelidir ve madde kullanımının olmadığı dönemlerde de tekrarlama ile karakterizedir(68,69).

Metamfetamin yoksunluğunda anhedonia, sinirlilik, zayıf konsantrasyon, hiperfaji, uykusuzluk veya hipersomnia, psikomotor ajitasyon veya retardasyon gibi belirtiler görülmektedir (70).

Kırk dört araştırmanın incelendiği bir meta-analizde, metamfetamin bağımlılarının dikkat, yürütücü işlevler, dil/sözel akıcılık, sözel öğrenme ve bellek, görsel hafıza ve çalışma belleği dahil olmak üzere çoğu bilişsel alanda orta düzeyde bir bozukluğa sahip olduğu bildirilmiştir. Bu meta-analizde Dürtüsellik/ödül işleme ve sosyal bilişlerdeki açıklar ön plana çıkmıştır. Yazarlar ek olarak metamfetaminin sosyal biliş üzerindeki etkilerinin az sayıda çalışmada gösterildiğini, bu çalışmaların artırılmasının önemini dile getirmişlerdir(71). Çalışmamızda madde kullanımı türleri ile zihin kuramı ilişkileri incelendiğinden çalışmamız, metamfetamin kullanımı ve sosyal biliş üzerine etkileşimi konusunda literatüre katkı sağlamaktadır.

Metamfetamin kullanıcılarının, diğer uyarıcıların kullanıcılarına kıyasla, kullanımın başlangıcından hemen sonra bağımlı hale gelme olasılıkları daha yüksektir. Metamfetamin bağımlılığı genellikle aralıklı ayıklık ve nüksetme ile tekrarlanan yoğun kullanım dönemleri ile karakterize edilir(72).

2.1.6. Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu

DSM-5 ile madde kullanım bozukluklarının sınıflandırılmasında yapılan değişikliklerden birisi “çoklu madde kullanımı” kavramının çıkarılması olmuştur. DSM-IV’de kişinin, 12 aylık bir sürede en az üç gruptan maddeyi (kafein ve nikotin haricinde) tekrarlayıcı bir şekilde kullanılmasını tanımlamak için kullanılan “çoklu

madde kullanımı” belirsiz bir kavram olduğu ileri sürölerek geride bırakılmıştır(73). Örnek vermek gerekirse; kişinin bir maddenin yoksunluğunu azaltmak için mi bir başka madde kullandığı ya da birden fazla maddeye mi bağımlı olduğunun ayrımını yapmak oldukça zordur. DSM-5 (2013) ile birlikte kullanılan her madde için ayrı ayrı tanı belirtilmesi önerilmektedir. Örneğin: “orta şiddette metamfetamin kullanım bozukluğu ve şiddetli kannabis kullanım bozukluğu” gibi. Her ne kadar bu kavram terk edilmiş olsa da; çalışmalarda kişinin birden fazla madde kullandığını tanımlamak için “çoklu madde kullanımı” kavramı halen kullanılmaktadır(74,75). Çalışmamızda “çoklu madde kullanımı” terimi birden fazla türde maddenin yineleyici bir şekilde kullanılmasını ifade etmek için kullanılmıştır.

2.2. BAĞLANMA BİÇİMLERİ

2.2.1. Bağlanma Kuramı

Bireyin erişkin dönemde duygu düşünce ve davranışlarında, bebeklik döneminde ilgi, özen ve bakımını veren kişiyle kurduğu ilişkinin önemli bir yeri vardır(3). Kişilerin erişkinlikte duygusal partnerleri ile kurdukları ilişkiler, bebeklik ya da çocukluk döneminde bakım veren ile kurulan bağlanmanın bir benzerini teşkil eder(4). Bebekliğin erken döneminden itibaren başlayan bağlanma, 6-24 ay arasında daha da belirgin bir şekilde gözlenir. Bowlby (1973), çocuğun psikolojik gelişiminin sağlıklı olabilmesi için anne ve çocuk arasında güvenli bir bağlanma ilişkisi kurulması gerektiğini, bağlanma ilişkilerindeki kesintilerin çeşitli kişilik sorunlarına ve ruhsal hastalıklara yol açacağını iddia etmiştir(5).

2.2.2. Bağlanma Biçimleri

Ainsworth ve arkadaşları (1979) anne-bebek ilişkisi üzerine yaptıkları ‘Yabancı Durum’ olarak bilinen deneylerinde 12-18 aylık küçük çocuklar düzenli olarak kısa sürelerle önce annelerinden ayrılmış, sonra bir yabancı ile yalnız bırakılmış ve son olarak tekrar anneleri ile bir araya getirilmiştir. Deneyleri sonucunda çocukları üç tipik bağlanma biçiminde gruplandırmışlardır; güvenli,

kaygılı- kararsız ve kaçınan. Güvenli bağlanma biçiminde çocuklar anneleri yanındayken serbest bir şekilde hareket etmiş, anneleri yanlarından ayrıldığında ve ortama yabancı biri girdiğinde doğal olarak kısmen huzursuz olmuşlar ancak panik yaşamadan anneleri ile yakınlık ve temas aramışlar, anneleri yeniden ortama girdiğinde kısa zamanda rahatlamışlardır. Kaygılı- kararsız bağlanma biçimine sahip çocuklar, yabancı bir ortamda annelerinin nerede olduğu ile ilgili kaygı yaşamış bu nedenle keşif davranışı göstermemişlerdir. Anneleri ortamdaki ayrıldığında üzüntülü bir hal almış, geri geldiğinde ise kolaylıkla sakinleşmemiş ve çevreyi keşfetmek yerine annelerine sıkıca yapışıp birlikte olmak istemişler ve dengesiz tutum içinde oldukları gözlenmiştir. Kaçınan bağlanma biçiminde ise çocukların yabancı bir ortamı keşfetmeye eğilimli olduğu gözlemlenmiş, bu sırada annelerini güvenli bir üs olarak kullanmadıkları görülmüştür. Anneleri ortamdaki ayrıldıklarında ağlamışlar ancak çok fazla etkilenmedikleri gözlenmiş olup, anneleri yeniden ortama girdiğinde bebeklerin yakınlaşmaktan kaygı duydukları ve daha çok oyuncaklarla ilgilendikleri farkedilmiştir(76).

2.2.3.Yetişkin Bağlanma Biçimleri

Hazan ve Shaver (1987) yetişkin bağlanma sürecinde çocuktaki ek olarak romantik sevginin de etkili olduğunu, romantik ilişkilerdeki tutum ve inançları temelinde yetişkinlerin bağlanma biçimlerinin Ainsworth ve arkadaşlarının sınıflandırmalarına paralel şekilde gruplanabileceğini ileri sürmüşlerdir. Hazan ve Shaver üçlü bağlanma biçimlerini (güvenli, kaygılı- kararsız, kaçınan) yetişkin dönemdeki temsillerini “öz bildirim ölçeği” ile ölçmeye çalışmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda diğer iki bağlanma biçimi ile karşılaştırıldığında güvenli bağlanma biçiminde değerlendirilen kişilerin duygusal ilişkilerinde eşlerini daha güvenilir kişiler olarak tanımladığı ve ilişkilerinin daha uzun sürdüğü gözlemlenmiştir. Aynı zamanda bu kişilerin çocuklukta ebeveynleriyle olan ilişkileri hakkında daha olumlu deneyim ve inançlara sahip oldukları saptanmıştır. Kaygılı - kararsız bağlanma biçimine sahip olan kişilerin ilişkilerinde partnerlerine takıntılı, aşırı derecede kıskanç ve sıklıkla duygusal iniş çıkışlar yaşadıkları saptanırken kaçınan bağlanma biçimine sahip kişilerin duygusal ilişki kurma ve var olan duygusal ilişkiyi devam ettirme de zorlandıkları ve partnerlerine güvenme konusunda da şüpheli oldukları gözlemlenmiştir(4).

Hazan ve Shaver'in bulguları, yakın ilişkileri inceleyen çok sayıda araştırmada test edilmiş olup, yakın ilişkilerde yaşanan temel emosyonel, zihinsel, davranışsal süreç ve sonuçların bağlanma biçimleri ile bağlanma kuramının açıkladığı doğrultuda ilişkili olduğu izlenmiştir(77,78). Ancak, yetişkin bağlanma biçimleri üzerine yoğunlaşan bazı araştırmacılar, çocuk ve ebeveyn arasındaki bağlanma ile romantik çiftler arasındaki bağlanma arasında farklılıklar olduğunu vurgulanmıştır(79,80).

Bowlby'e (1973) göre bağlanma deneyimleri temelinde gelişen iki ana zihinsel model mevcuttur. Bunlar "bağlanma figürünün genel olarak korunma ve destek çağrılarına karşılık veren türden biri olarak görülüp görülmediği; (b) kişinin kendisini başkaları, özellikle de bağlanma figürü tarafından yardıma değer birisi olarak görüp görmediğidir. Bağlanma figürü modeli ve benlik modeli birbirlerini tamamlayıcı ve karşılıklı olarak birbirlerini doğrulayıcı biçimde gelişirler"(5). Buradan yola çıkarak Bartholomew ve Horowitz (1991); yetişkin bireyin benlik modeli ve başkaları modelinin bağlanma biçimlerini belirleyen ana katmanlar olduğunu ileri sürmüştür. Bu zihinsel modellerin olumlu veya olumsuz kutuplarda olmasına göre; güvenli, saplantılı, kayıtsız ve korkulu olmak üzere dört temel bağlanma biçimi tanımlamıştır. Bu bağlanma biçimlerini tanımlamak gerekirse, güvenli bağlanan kişinin hem benlik hem de başka kişilere karşı algısı olumludur. Bu bağlamda güvenli bağlanan kişiler kendini sevmeye değer görme duygusunu başkalarının güvenilir, yardım sever ve iyi niyetli olduğuna dair olumlu görüşlerle bütünleştirir. Böylece güvenli bağlanan kişiler özerk kalmayı başarırken, başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurabilir. Saplantılı bağlanma biçimi olumsuz benlik modeli ile olumlu bir başkaları modeli karışımı olarak açıklanmaktadır. Bu bağlanmada bireyler kendilerini değersiz gördüklerinden yaptıkları davranışlarda başkalarının olumlu tepkisini almaya çalışırlar, bu sebeple yapışık tarzda ilişki kurmaya çalışan kişiler olarak görülmektedirler ve ilişkilerinden pek de gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler. Teorik olarak, güvenli ve saplantılı bağlanma biçimleri Hazan ve Shaver'in güvenli ve kaygılı/kararsız biçimlerine denk gelmektedir. Korkulu bağlanma biçiminde ise hem benlik hem de başkaları modeli olumsuzdur. Diğer bir deyişle korkulu bağlanma biçimi tam olarak güvenli bağlanma biçiminin karşıtıdır.

Bu bağlanma biçimine göre kişiler kendisinin sevmeye layık olmadığını ve diğerlerinin de güvenilmez ve reddedici olduğunu düşünürler. Kayıtsız bağlanmada yetişkinlerin olumlu benlik ve olumsuz başkaları modeline sahip oldukları ve bu bireylerin hüsrana uğramamak ve başkaları tarafından reddedilmenin doğuracağı duygusal sıkıntıdan kaçınmak için yakın ilişkilerden sakındığı ve bu nedenle özgür ve sağlam olmaya çalışarak olumlu kendilik algısını sürdürmek istedikleri değerlendirilmiştir(81). Hazan ve Shaver'in üçlü bağlanma kuramı ile Bartholomew'in DBM'ni karşılaştıran araştırmalar çoğunlukla iki farklı kaçınan (korkulu ve kayıtsız) bağlanma biçimi olduğu üzerinde durmuştur(82).

Şekil 2:Dörtlü Bağlanma Modeli, Bartholomew ve Horowitz'den (1991) düzenlenmiştir

		BENLİK MODELİ (Bağımlılık)	
		Olumlu (Düşük)	Olumsuz (Düksek)
BAŞKALARI MODELİ (Kaçınma)	Olumlu (Düşük)	GÜVENLİ Yakınlık kurma konusunda rahat ve özerk	SAPLANTILI İlişkilere takıntılı
	Olumsuz (Yüksek)	KAYITSIZ Yakınlığa karşı kayıtsız ve karşıt-bağımlı	KORKULU Yakınlıktan korkan ve sosyal açıdan kaçınan

Bağlanma biçiminin psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkisinin araştırıldığı bir kontrollü çalışmada çocukluk dönemi travmatik yaşam olayları tarifleyen güvensiz bağlanma stiline sahip kişilerde, anksiyete bozuklukları, depresif bozukluk, yeme bozuklukları, borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi rahatsızlıkların kontrol grubuna kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır(83). Buna ek olarak bağlanma patolojileri ile yeme bozuklukları, panik bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, travma sonrası stres bozukluğu, kronik ağrı bozukluğu, alkol-madde kullanım bozuklukları, şizofreni ve bipolar affektif bozukluğu gibi psikiyatrik tanılar arasındaki ilişkiler birçok araştırmada belirtilmiştir(84–90).

2.2.4.Madde Kullanımı ve Bağlanma Biçimleri İlişkisi

Bağımlılık, sağlıklı bağlanmada yetersizlik ve uygunsuz duygu düzenleme ya da öz denetim kapasitesinin önemli rol oynadığı bir bağlanma bozukluğu olarak tanımlanmaktadır(6,7). Nitekim madde kötüye kullanımı ve güvensiz bağlanma arasında anlamlı düzeyde ilişkiler çok sayıda çalışmada bildirilmiştir(8–10). Ancak güvensiz bağlanma biçimlerinden hangisinin bağımlılık ile daha anlamlı ilişkili olduğu yeterli düzeyde açıklığa kavuşmamıştır. Örneğin ağır psikoaktif madde kullanımı ve kayıtsız bağlanma arasındaki ilişkiyi anlamlı bulan çalışma olduğu gibi (91), madde kullanım bozukluğu ve saplantılı bağlanma arasındaki ilişkiye (92) işaret eden çalışmada literatürde bulunmaktadır.

Genel olarak, Hazan ve Shaver'ın (1987) üçlü bağlanma biçimlerini kullanan araştırmalar madde kötüye kullanımı riski için kaçınan bağlanma biçimleri üzerinde durmuşlardır(93,94). Ancak, bunun dörtlü bağlanma modeline göre korkulu kaçınan mı yoksa kayıtsız kaçınan bağlanma biçimini mi ifade ettiği net olarak belli değildir. Buna ek olarak bağlanma biçimi ile bağımlılık türü ve şiddeti arasında tutarlı bir ilişkinin olup olmadığı açık değildir. Her ne kadar bazı çalışmalarda madde türü ve bağlanma biçimi arasındaki ilişki incelenmiş olsa da bu konu halen gizemini sürdürmektedir(10,11). Çalışmamız bu konu üzerine literatüre katkı sağlamaktadır.

2.3.ZİHİN KURAMI

2.3.1. Zihin Kuramının Tanımı ve Gelişimi

Zihin Kuramı(ZK), diğerlerinin fikir, inanç, duygular gibi zihinsel durumlarını algılama ve bunların davranışları üzerindeki etkilerini öngörebilme yeteneğidir (12). ZK becerisi ile kişi, diğer insanların zihinsel durumlarının kendi zihinsel durumundan farklı olabileceğini farkederek ve buna bağlı olarak başarılı bir sosyal etkileşim ve iletişim sürdürebilir(13).

Zihin Kuramı kavramını ilk kez 1978 yılında primatolog ve psikolog olan Premack ve Woodruff şempanzelerle yaptığı çalışmalar sonrasında kullanmıştır(95). Psikiyatride ZK becerilerinde bozulmalar ilk kez otizm ve diğer yaygın gelişimsel bozukluk tanılı çocuklarda saptanmıştır. Baron Cohen ve ark.(1985) ZK becerilerindeki bozulmaların otizm spektrum bozukluğundaki sosyal etkileşimde zorlanmalar ile ilişkili olabileceğini göstermiştir(96).

2.3.2. Zihin Kuramı Alt Tipleri

Zihin kuramı becerisi bilişsel ve duygusal iki öğeye sahiptir. Diğerinin ne düşündüğü, neye inandığı soruluyorsa bilişsel zihin kuramı, nasıl bir duygu içerisinde olduğu soruluyorsa duygusal zihin kuramı becerilerinin gerektiği belirtilmiştir(13). Her iki zihin kuramı ögesi sosyal ortamlarda diğerlerinin zihinsel durumlarını anlayabilmek için birlikte kullanılmaktadır(97).

Zihin kuramı, birinci düzey yanlış inanç, ikinci düzey yanlış inanç, metafor ve ironi kavrama ve gaf (faux pas) kavrama becerilerinden oluşmaktadır(98). Birinci düzey zihin kuramı; en basit ve ilk gelişen zihin kuramı becerisidir ve bir kişinin diğerlerinin yanlış düşüncesini anlama yetisi olarak tanımlanmaktadır. Bu beceri, birinci düzey yanlış inanç görevleriyle değerlendirilmektedir(98). Bu görevlerde bir bireyin yanlış düşüncesine atıfta bulunularak kişinin bu bireyin davranışını doğru olarak yorumlayıp yorumlamadığına bakılır.

İkinci düzey zihin kuramı; ikinci sırada gelişen zihin kuramı yetisidir. Perner ve Wimmer bu beceriyi, “inanç hakkındaki inanç” veya “düşünce hakkındaki düşünce” olarak tanımlamıştır. Ötekinin diğer bir birey için inançlarına dair bizim inançlarımız şeklinde açıklanabilir (99,100). İkinci düzey zihin kuramı becerilerini test etmek için, ikinci düzey yanlış inanç görevleri kullanılmaktadır ve bu görevler birinci düzey yanlış inanç görevlerine göre daha komplikedir(101).

Metafor ve imayı anlama; kelimelerin, cümlelerin ilk anlamları dışındaki anlamlarını tanıyarak konuşmacının gerçek amacını anlamamızı sağlayan zihin kuramı becerileridir. Bu beceri, birinci ve ikinci düzey zihin kuramlarına göre daha karmaşıktır(102). Bir söylemin anlaşılması sadece kelimelerin anlamına (semantik) ya da cümlelerin yapısına bağlı değildir(103). İnsanlar ima ettikleri şeyleri doğrudan

söylemediklerinden dolayı diğerlerinin niyetlerini anlamak iyi bir sosyal iletişim için gereklidir(104). Metafor anlamının en azından birinci düzey zihin kuramı yetisi; ironi anlamının ise daha komplike olan ikinci düzey zihin kuramı yetisi gerektirdiği belirtilmiştir(105,106).

Gaf (faux pas) kavrama; pot kırma ya da gaf yapma şeklinde de adlandırılabilen, gelişimsel açıdan daha karmaşık bir zihin kuramı becerisidir. Anlatan kişi dinleyicinin duymak istemeyebileceğini, alınabileceğini ya da söylediklerinden dolayı rencide olabileceğini düşünmeden bir söylemde bulunduğu oluşur. Gaf görevlerinde birbiri ile sohbet eden iki kişiden biri fark etmeden söylememesi gereken bir şey söyler ve bu durumla ilgili bir dizi soru sorulur. Gaf kavrama görevi, ince zihin kuramı bozukluklarını değerlendirmede iyi bir ölçüm aracıdır(13,98)

2.3.3. Zihin Kuramı ve Bağlanma

Ebeveynlerine bağlanmayla çocuklar erken dönemlerden itibaren kendilerinin ve ilişki kurduğu diğerlerinin iç temsillerini oluştururlar(107–109). Güvenli bir bağlanma ilişkisi, çocuğa bakım verenin fikirlerinin ve duygularının düzenli bir şekilde zihinsel temsillerini sağlar ve bu da diğerlerinin zihinsel durumlarını tanımak için genelleştirilebilir. Güvensiz bağlanma sonucu oluşan olumsuz zihinsel temsiller kişinin kendisi, başkaları ve dünyayla ilişkili edindiği bilgileri hatalı kodlamasına, diğerlerinin zihinsel durumu ile ilgili yanlış yorumlar yapmasına sebep olabilmektedir(110).

Fonagy ve arkadaşlarına göre(2000), annenin zihin kuramı becerileri, çocuk ve anne arasındaki güvenli ve güvensiz bağlanma ayrımına sebep olur(111). Anne kendisinde ve çocuktaki duyguyu anlayabilir, düzenleyebilir ve kendisindeki duyguyu yansıtarak çocukta bu duygunun oluşumunu sağlayabilir. Bu zihin kuramı becerisindeki bozukluk anne ve çocuklarda güvensiz bağlanmaya neden olur(112). Bebeğin duygusunun yeterli bir şekilde kendisine aynalanması ile zihin kuramının duygusal ögesinin esas kısmını oluşturan kendi zihnine ait ikincil temsillerin oluşması sağlanmaktadır. Duygusal zihin kuramı becerisi, ruhsal sağlık ve olumlu kişilerarası iletişim için son derece önemli görülmektedir. Yoğun duygusal durumlar yeterince farkedilmediğinde strese sebep olur ve uygun baş etme becerileri

bulunmayan bireylerde dış düzenleyicilerin (örneğin alkol ya da madde) kullanımına sebep olabilir(113).

2.3.4. Zihin Kuramı ve Madde Kullanım Bozukluğu

Zihin kuramı ile madde kullanım bozukluğu arasındaki bağlantı tam olarak açıklanmasa da madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bozulmuş sosyal etkileşimlerinde, zihin kuramı becerilerindeki eksikliklerden kaynaklı olduğu düşünülmektedir(14).

Esrar akut etki olarak empati duygusunun artmasına, sosyalleşmeye, öforiye sebep olurken, yoğun kullanımda ise başkalarının hislerinin ayırt edilmesini bozabilir(114,115). Platt ve ark.'ın yaptığı bir çalışmada esrar kullanım bozukluğu olan bireylerde zihin kuramı becerileri testlerinde kontrollere göre daha düşük skorlar elde edildiği ve sorulara yanıt vermede geçen sürenin daha fazla olduğu bulunmuştur(18). Başka bir çalışmada esrar kullanım bozukluğu olan bireyler ile sağlıklı kontrollerin zihin kuramı becerileri karşılaştırılmış, esrar kullanım bozukluğu olan grupta zihin kuramı becerilerinde, yüksek psikotik risk taşıyanlarla benzer oranda bir bozulma olduğu bulunmuştur(116).

Arunogiri ve ark.'ın (2019) metamfetamin kullanan ve psikotik belirtisi olan/olmayan bireyler ile sağlıklı kontrolleri karşılaştırdığı bir araştırmada, psikotik belirtisi olsun olmasın her iki metamfetamin kullanan grupta da duygu tanıma becerilerinin anlamlı oranda azaldığı bulunmuş, buna ek olarak psikotik belirtisi olan grupta kızgın ve üzgün yüzleri tanımada anlamlı oranda bir bozulma olduğu saptanmıştır(117).

2.4. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Çocukluk çağı travmaları; başta anne- baba olmak üzere çocuğun bakım, sağlık, koruma ve gelişiminden sorumlu bireyler tarafından ya da etrafındaki erişkin kişilerce uygulanan yada uygulanmayan davranışlar neticesinde çocuğun her türlü bedensel, zihinsel, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi ve tehlikeye maruz kalması olarak açıklanabilir. Uygulanan davranışların çocuk tarafından

farkedilebilmesi veya erişkin birey tarafından kasıtlı bir şekilde yapılması şart değildir(15). Çocukluk döneminde yaşanan travmalar kültür, din, ırk, mezhep, etnik köken farketmeksizin toplumun her kesiminde rastlanabilecek bir sorundur(118). Çocukluk çağı travmaları ihmal ve istismar (kötüye kullanım) olmak üzere ikiye ayrılır, ihmal daha çok edilgen bir eylem iken, istismar ise etkin tarzda bir eylem olarak nitelendirilir (119). Yeryüzünde çocuk istismar ve ihmali prevalansının yaklaşık olarak %10-74 arasında seyrettiği bildirilmiştir(120,121). Ülkemizde yapılan, 50 çocuğun incelendiği bir araştırmaya göre çocukların %60'ında fiziksel istismar, %26'sında cinsel istismar, %20'sinde ihmal ve %18'inde duygusal istismara maruz kaldığı bildirilmiştir(122). Yine Türkiye'deki başka bir çalışmaya göre, en sık görülen travma türü %24,7 oranıyla duygusal ihmaldir, onu duygusal kötüye kullanım %18,7, fiziksel ihmal %17,3, fiziksel kötüye kullanım %15,3, ensest %13,3, cinsel kötüye kullanım %11,3 olacak şekilde izlemiştir(123). Çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarına uğramış çocuklar ve aileleri zihinsel bozukluklar, madde kullanım bozukluğu ve davranış bozuklukları geliştirmeye karşı yüksek risk taşırlar(124).

Çocukluk çağı travmaları, erişkin dönemde gelişebilecek major depresif bozukluk, kişilik bozuklukları, alkol/madde kullanım bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu gibi birçok ruhsal sorunla ilişkili bulunmuştur(125,126).

Duygusal ihmal: çocuğun duygusal ihtiyaçlarının bakım veren kişiler tarafından sürekli olarak göz ardı edildiği, görmezden gelindiği, geçersiz kılındığı veya takdir edilmediği bir ilişki örüntüsü olarak tanımlanabilir(127).

Fiziksel ihmal ise, çocuğa bakım veren kişi ya da kişilerin, çocuğu yetersiz besleme, giydirme ya da diğer fiziksel ihtiyaçlarını(barınma, ısınma vs) yerine getirmemesi sonucunda çocuğun zarara uğraması durumudur(128).

Duygusal istismar, bir çocuğun sürekli olarak duygusal olarak kötü muamele görmesini içeren her türlü istismardır. Duygusal istismar, bir çocuğu kasten korkutmaya, küçük düşürmeye, sürekli eleştirmeye, suçlamaya, izole etmeye veya görmezden gelmeye çalışmayı içerebilir(129,130).

Fiziksel istismar, 18 yaşından küçük çocuğa ya da gence ebeveyni veya bakımıyla yükümlü kişiler tarafından uygulanan kasıtlı vurma, yumruk atma, yakma vs gibi beden bütünlüğüne zarar verebilecek bütün eylemleri kapsar(128). Fiziksel

istismara maruz kalma açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak cinsiyet dağılımında çocuğun yaşına bağlı olarak değişkenlik görülebilmektedir. Örneğin: puberte döneminde kızlar daha fazla fiziksel istismara uğramaktadırlar(131). Fiziksel istismara ait bulgular sıklıkla dört-sekiz yaş aralığındaki çocuklarda gözlenmiş olup, yaş arttıkça görülme sıklığı azalmaktadır. Fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklar yakın ilişki kurmakta zorluk çekme, çatışmalı, emosyonel gücü az, artmış kıskınlık ve istismar eylemi içeren ilişkiler kurabilmekte, sosyal alanlara uyum sağlamakta zorlanmaktadırlar(128). Bu çocuklarda ek olarak bilişsel becerilerde eksiklik ve okul başarısında yetersizliğe sık rastlanılmaktadır(132). Madde kötüye kullanımı kişilik bozuklukları, dikkat eksikliği- hiperaktivite bozukluğu ve anksiyete bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıklara sahip bireylerin çocukluk döneminde fiziksel istismar ve ihmale sık maruz kaldıkları gözlenmiştir(128,133,134).

Cinsel istismar, bir yetişkinin cinsel istek ve arzularını karşılamak için çocuklara karşı yapmış olduğu her türlü davranışı tanımlar(135). Cinsel istismar sık rastlanan ve senelerce sürebilen bir durum olmakla birlikte sıklıkla gizli kalmaktadır. Olguların sadece %15'inin bildirildiği tahmin edilmektedir(136).

Cinsel istismara uğrayan kişilerin herhangi bir sosyodemografik grup içerisinde yoğunlaşmadığı, her sosyodemografik düzeyde gözlenebileceği bildirilmiştir(137). Anksiyete bozuklukları, majör depresif bozukluk, disosiatif bozukluklar, öfke tepkileri, zayıf dürtü kontrolü cinsel istismara uğramış çocuklarda görülebilmektedir(135,138).

2.4.1.Çocukluk Çağı Travmaları ve Madde Kullanım Bozukluğu

Çocukluk çağında travmatik yaşam olaylarına maruz kalan bireylerde normal popülasyonla kıyaslandığında daha fazla madde kullanım bozukluğu geliştiği bildirilmiştir(16). Çocukluğunda travmaya maruz kalan bireylerin, bunun sonucunda ortaya çıkan düşük benlik saygısından kurtulabilmek, depresyon/ anksiyete belirtilerini kontrol edebilmek amacıyla madde kullanmaya meyilli oldukları belirtilmektedir(17).

Yapılan bazı çalışmalara göre çocukluk döneminde travmaya maruz kalma, artmış madde kullanımı, erken yaşta alkole başlama, enjeksiyon yoluyla madde kullanımı ile ilişkili bulunmuştur(139–141). Ülkemizde 2004 yılında yayınlanan bir çalışmada, madde kullanımı olan bireylerin, çocukluk çağı travmatik yaşam olaylarına, kontrollere kıyasla daha yüksek oranda uğradıkları bildirilmiştir(142).

2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları ve Zihin Kuramı

Çocukluk döneminde yaşanan ihmal veya istismar, özellikle duygu tanıma kapasitesi gibi sosyal biliş için gerekli olan bazı alanlarda düşük performansla ilişkili bulunmuştur(143). Duygu tanıma, bireyin kendisinin ve diğerlerinin zihinsel durumlarını anlama ve farklılaştırma becerisi olan zihin kuramının bir bileşenidir(144). Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, duyguları ayırt edebilme yetisi ve zihin kuramı becerileri ile ilişkili olduğu çeşitli araştırmalarla gösterilmiştir(145–148). Daha derin çalışmalar çocukluk çağı kötüye kullanımının bozuk veya gecikmiş zihin kuramı becerileri ile ilişkili olduğunu saptamıştır(146,148,149).

Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile zihin kuramı arasındaki ilişkiyi inceleyen çoğu çalışma şizofreni hastalarıyla yürütülmüştür. Çocukluk çağı kötüye kullanımı şizofrenide sosyal işlevselliğin bozulma ihtimalini yükseltmektedir. Bununla birlikte bu olumsuz etkinin nasıl oluştuğu halen belirsizliğini korumaktadır(150).

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Örneklem

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Polikliniği'ne başvurmuş, Metamfetamin Kullanım Bozukluğu tanısı konulan 20 gönüllü hasta, Esrar Kullanım Bozukluğu tanısı konulan 20 gönüllü hasta ve Çoklu Madde Kullanım Bozukluğu (metamfetamin, kannabis ve sentetik esrardan en az ikisini kullanan) tanısı konulan 20 gönüllü hasta ile 20 gönüllü sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Madde kullanım bozukluğu tanısı DSM-5 tanı kriterlerine dayalı klinik görüşme ile konulmuş olup, tanıyı desteklemek amaçlı hastalardan alınan idrarda madde analizi kullanılmıştır. Hasta grubunun örneklemini AMATEM Polikliniği'ne madde kullanımı nedeniyle başvuran hastalar arasından, sağlıklı kontrol grubunun örneklemini ise Genel Psikiyatri ve AMATEM poliklinikleri dışındaki polikliniklere ayaktan başvurmuş, psikiyatrik hastalık ve psikiyatrik tedavi öyküsü olmayan kişiler arasından seçilmiştir.

Gönüllü Hasta Grubu için dahil etme kriterleri;

- DSM 5 tanı ölçütlerine göre Metamfetamin kullanım bozukluğu, Kannabis kullanım bozukluğu ya da Birden çok psikoaktif madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılamak,
- 18-65 yaş arasında,
- Okur-yazar olmak,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek olarak belirlenmiştir.

Gönüllü Hasta Grubu için dışlama kriterleri;

- 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak,
- Nörogelişimsel veya yaygın gelişimsel bozukluk tanısının varlığı (Entellektüel Yeti Yitimi, Otizm Spektrum Bozukluğu vb.),
- Nörolojik hastalık varlığı (Demans, Parkinson Hastalığı, Epilepsi vb),
- Kafa travması ve bilinç kaybı öyküsü,
- Şizofreni veya diğer psikotik bozukluk tanılarının varlığı,

- SCID-I ile madde bağımlılığı dışındaki başka bir ruhsal bozukluk için tanı ölçütlerini karşılıyor olmak,
- Ağır kişilik patolojisini düşündürecek davranım problemlerine sahip olmak (tekrarlayıcı özkıyım girişimi öyküsü, geçmiş cezaevi yaşantısı yada devam eden çoklu adli süreçlerin varlığı vb.) dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

Sağlıklı Kontrol Grubu için dahil etme kriterleri;

- 18-65 yaş arasında,
- Okur-yazar olmak,
- Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmek olarak belirlenmiştir.

Sağlıklı Kontrol Grubu için dışlama kriterleri;

- 18 yaşından küçük, 65 yaşından büyük olmak,
- Nörogelişimsel veya yaygın gelişimsel bozukluk tanısının varlığı (Entellektüel Yeti Yitimi, Otizm Spektrum Bozukluğu vb.),
- Nörolojik hastalık varlığı (Demans, Parkinson Hastalığı, Epilepsi vb),
- Kafa travması ve bilinç kaybı öyküsü,
- Şizofreni veya diğer psikotik bozukluk tanılarının varlığı,
- SCID-I ile herhangi bir ruhsal bozukluk için tanı ölçütlerini karşılıyor olmak,
- Ağır kişilik patolojisini düşündürecek davranım problemlerine sahip olmak (tekrarlayıcı özkıyım girişimi öyküsü, geçmiş cezaevi yaşantısı yada devam eden çoklu adli süreçlerin varlığı vb.) dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

3.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm gönüllülere uygulanacak testler ve değerlendirme süreci detaylı olarak anlatıldı ve yazılı onamları alındı. Tüm gönüllü katılımcılara SCID-I (DSM-IV-TR Eksen-I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme), araştırmacılar tarafından oluşturulmuş sosyodemografik veri formu,

Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), İlişki Ölçekleri Anketi, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Zihin Kuramı Testleri uygulandı.

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu

Tüm katılımcılara yaş, cinsiyet, eğitim süresi, medeni durum, çalışma durumu, adli olay öyküsü, geçmiş özkıyım öyküsü, alkol ve sigara kullanımı gibi sosyodemografik bilgileri içeren ve araştırmacılar tarafından oluşturulmuş sosyodemografik veri formu uygulanmıştır. Gönüllü hasta grubuna yukarıdakilere ek olarak kullanılan maddelerin türü, kullanım sıklığı ve miktarı, remisyon ve tedavi öyküleri gibi klinik özelliklerin sorgulandığı ek sorular yöneltmiştir. Sosyodemografik veri formuna ekler kısmında yer verilmiştir(EK 2).

3.2.2.DSM-IV Eksen-I Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Aracı(SCID-I)

Klinisyen tarafından uygulanan bu yarı yapılandırılmış görüşme aracı ile DSM-IV tanı ölçütlerine göre herhangi bir birinci eksen tanısının olup olmadığı araştırılır. SCID-I, First ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş olup Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Çorapçıoğlu ve arkadaşları (1999) tarafından yapılmıştır (151,152).

3.2.3. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

Otuz yedi sorudan oluşan bu ölçek, alkol veya madde kullanan kişilerin bağımlılık özelliklerini ölçme niteliğine sahip olması nedeniyle farklı maddeler için tek seferde değerlendirme olanağı sağlar. BAPİ aynı zamanda “madde kullanım özelliklerini, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini, madde kullanımı için şiddetli isteği (craving) ve maddeyi bırakma motivasyonunu” ölçen 5 alt ölçekten oluşur. Ölçeğin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenirlik çalışması Ögel ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin uygulama sürecinde kullanılabilen özbildirim formu ve uygulayıcı formu olmak üzere iki farklı formu bulunmakta olup, çalışmamızda kişi tarafından doldurulan özbildirim formu kullanılmıştır.(153).

3.2.4. İlişki Ölçekleri Anketi

Bağlanma biçimlerini değerlendirmek amacıyla Griffin ve Bartholomew (1994) tarafından geliştirilen anket toplam 30 maddeden oluşmaktadır ve farklı maddeler toplanarak dört bağlanma alttipi (güvenli, kayıtsız, korkulu, saplantılı) değerlendirilebilmektedir. Katılımcılardan, her bir maddenin kendilerini ve yakın ilişkilerdeki genel tutumlarını ne derece tanımladığını 7 basamaklı bir skala üzerinde işaretlemeleri istenir (1 = beni hiç tanımlamıyor; 7 = tamamıyla beni tanımlıyor). Güvenli ve kayıtsız bağlanma biçimleri beşer madde, saplantılı ve korkulu bağlanma biçimleri ise dörder madde ile değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Sümer ve Güngör (1999) tarafından yapılmıştır (154,155). İlişki Ölçekleri Anketi'ne ekler bölümünde yer verilmiştir.

3.2.5. Zihin Kuramı Testleri

Çalışmamızda kişinin, diğer insanların zihinsel durumu ve duyguları hakkında doğru çıkarımlarda bulunup bulunmadığını ölçmek için ZK testleri kullanılmıştır. Katılımcılara zihin kuramı işlevlerini ölçmek için, iki adet birinci derece ZK testi, iki adet ikinci derece ZK testi, ikişer hikayeden oluşan imayı anlama testi (*hinting*) ve pot kırmayı fark etme testi (*faux pas*) ile biri alıştırma resmi olacak şekilde 33 resimden oluşan gözlerden zihin okuma testi (GZOT) uygulanmıştır. Ne kadar çok soruya doğru cevap verilirse, kişinin ZK işlevlerinin o düzeyde yüksek olacağı kabul edilmektedir. Birinci derece ZK, ikinci derece ZK, imayı anlama ve pot kırmayı fark etme testlerinden alınan puanların toplamı ZK total puanı olarak değerlendirilmiştir.

3.2.5.1. Birinci Derece Zihin Kuramı Testleri

Bu test ile katılımcılara dört farklı hikaye okunup sonrasında okunan hikayelerle ilgili diğer kişilerin yanlış inanç ya da düşüncelerini saptamaya yönelik sorular sorulmaktadır.

İlk iki hikayeyi Perner ve Wimmer 1985 yılında, diğer ikisini ise Frith ve Corcoran 1996 yılında geliştirmiştir (156,157). Katılımcılara ZK becerilerini ölçmeye yönelik sorulara ek olarak gerçeklik ve bellek ile ilgili sorular da yöneltilmektedir.

Bu sayede bireylerin hikayeyi yeterli seviyede anlayıp anlamadıkları değerlendirilebilmektedir. Buradaki amaç yapılan yanlışın bireyin öyküyü kavramamasından mı, yoksa ZK becerilerindeki sorundan mı kaynaklandığını saptayabilmektir. Çalışmamızda Yücel (2008) ve Bilgiç (2017)'in çalışmalarında kullandıkları gibi Birinci Derece Zihin Kuramı Testleri'nin 3 öyküsü kullanılmıştır(158,159). Bu testten alınabilecek toplam puan en fazla 9'dur. Birinci Derece Zihin Kuramı Testleri'ne ekler bölümünde yer verilmiştir.(EK 3)

3.2.5.2. İkinci Derece Zihin Kuramı Testleri

Bu testte katılımcılara iki farklı hikaye okunur ve sonrasında zihin kuramı becerilerini ölçmek için sorular sorulur. Kullanılan öykülerden ilki Bowler tarafından 1992 yılında, diğeri ise Frith ve Corcoran tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir(157,160). İki hikayede de ZK işlevlerini ölçen sorulara ek olarak bireylere bellek, gerçeklik ve doğrulama soruları yöneltilir, ayrıca zaman zaman hatırlatıcı sorular da sorulur. Birinci derece ZK testlerinde olduğu gibi burada da amaç bireylerin öyküyü yeteri kadar anlayıp anlamadıklarını değerlendirebilmektir. Çalışmamızda Yücel (2008) ve Bilgiç (2017)'in çalışmalarında kullandıkları gibi ikinci derece ZK testinin 2 öyküsü kullanılmıştır(158,159). Bu test ile alınabilecek toplam puan en fazla 7'dir. İkinci Derece Zihin Kuramı Testleri'ne ekler bölümünde yer verilmiştir.(EK 3)

3.2.5.3. İmayı Anlama Testi

Dolaylı olarak söylenmiş ifadelerin altında yatan niyetlerin tahmin edilebilme yeteneğini ölçer. 1995 yılında Corcoran ve arkadaşları tarafından oluşturulmuştur(161). Çalışmada katılımcılara 2 öykü okunur, sonrasında öyküdeki bireyin gerçekte ne anlatmak istediği sorulur ve eğer katılımcı ilk ima sorusuna yanlış cevap verirse daha açık bir ima içeren ikinci soru sorulur. Katılımcı ilk ima sorusuna doğru cevap verirse 2 puan, eğer uygun cevap veremeyip daha açık ima sorusuna cevap verirse 1 puan alır, soruların ikisine de cevap veremezse puan verilmez. Çalışmamızda Yücel (2008) ve Bilgiç (2017)'in çalışmalarında kullandıkları gibi ima testinin 2 öyküsü kullanılmıştır(158,159). Bu testten

alınabilecek toplam puan en fazla 4 tür. İmayı Anlama Testi'ne ekler bölümünde yer verilmiştir.(EK 3)

3.2.5.4. Pot Kırmayı Fark Etme Testi(PKFT)

Bir bireyin söylememesi gereken bir ifadeyi, söylememesi gerektiğinin farkında olmadan söylediğini kavrayabilme becerisini ölçen bir testtir. Baron-Cohen (1999) tarafından oluşturulan Pot kırma(Faux pas) testinde, sohbet eden iki bireyden biri söylememesi gerektiğini bilmeden ya da fark etmeden söylememesi gereken bir şey söyler ve bununla ilgili bir dizi soru sorulur(162). Bu sorular sırayla, pot kırmanın farkedilmesini, pot kırmayı anlamayı, dinleyicinin zihinsel durumunu ve pot kırmayı duyan kişinin ne hissettiğinin anlaşılıp anlaşılmadığını ölçer. Çalışmamızda Yücel (2008) ve Bilgiç (2017)'in çalışmalarında kullandıkları gibi PKFT'nin 2 öyküsü kullanılmıştır(158,159). Bu testten alınabilecek toplam puan en fazla 12'dir. PKFT'ne ekler bölümünde yer verilmiştir.(EK 3)

3.2.5.5. Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)

İlk kez Baron-Cohen ve ark. tarafından 1997'de ortaya çıkarılmış ve 2001'de yeniden düzenlenip, geliştirilmiş formu oluşturulmuştur. Zihin teorisinin önemli bir alanı olan “zihin okuma” becerilerini ölçtüğü düşünülmektedir(163,164). GZOT, katılımcının empati yeteneğini ve başkalarının zihinsel durumlarını anlayabilme becerisini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. Testin son halinde biri alıştırma resmi olacak şekilde toplamda 37 resim bulunmaktadır. Katılımcıdan görseldeki bireyin zihinsel durum veya emosyonunu en iyi tanımlayan 4 seçenekten birini işaretlenmesi istenir. Yıldırım ve ark.(2011) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılmış olup, iç tutarlılığı düşük bulunduğu için orijinal araştırma ekibinin de onayı ile 4 resim testten çıkarılmış ve Türkçe formunda 33 resim kullanılmıştır(165).

Gözlerden Zihin Okuma Testinde yer alan duygular negatif, nötral ve pozitif değerler olmak üzere üç alt gruba ayrılmıştır (166). Pozitif değerler neşeli, hayal kuran, düşünceli, arkadaş canlısı, işveli, kendinden emin; nötral değerler arzulu, ısrarcı, tedirgin, kötümser, zihni meşgul, temkinli, şüpheli, bekleyen, mütefekkir, kararlı, tereddütlü, merak eden, dalgın, ciddi, kaygılı; negatif değerler üzüntülü,

endişeli, pişman, suçlayıcı, şüphelenmiş, zihni meşgul, küstah, düşmanca, temkinli, güvenilmez, kuşkucu şeklindedir.

3.2.6. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Erişkin dönem öncesi istismar ve ihmal gibi durumları değerlendirmek için David P. Bernstein (1995) tarafından geliştirilen Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Vedat Şar (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin 28 ve 53 soruluk iki versiyonu mevcut olup çalışmamızda 28 soruluk kısa form kullanılmıştır. Ölçeğin duygusal ihmal, fiziksel ihmal, cinsel istismar, duygusal istismar ve fiziksel istismar şeklinde 5 alt ölçeği vardır. Beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeği olup cevap seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla ve (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soru 1-5 arası puanlandırılır. Duygusal ihmal 5, 7, 13, 19 ve 28. sorular; fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6 ve 26. sorular; duygusal istismar 3, 8, 14, 18 ve 25. sorular; fiziksel istismar 9, 11, 12, 15 ve 17. sorular; cinsel istismar 20, 21, 23, 24 ve 27. sorular ile sorgulanır. 10, 16 ve 22. sorular minimizasyon-inkâr sorularıdır. 2, 5, 7, 13, 19, 26 ve 28. sorular ters sorulardır ve puanlamada ters çevrilir. Minimizasyon-inkâr soruları da ters sorulardır ancak bunların puanlamada ters çevrilmelerine gerek yoktur(167,168).

3.3. İstatistiksel Analiz

Araştırmaya katılan kişilerin demografik ve klinik özellikleri betimleyici istatistiksel analizlerle (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma vb.) değerlendirilmiştir. Araştırmada değerlendirilen vakalar arasında oransal demografik özelliklerin karşılaştırılması Fisher's Exact Testine ve Ki-Kare Analizlerine göre incelenmiştir. MK vakaların klinik özellikleri, BAPİ skor ortalamalarının karşılaştırılması ve vakalar arasında bağlanma, ZK, ÇÇT özelliklerinin karşılaştırılması Kruskal Wallis H testi ile; gruplar arasındaki ikili karşılaştırmalar Mann Whitney U testi sonucuna göre değerlendirilmiştir. Çoklu Madde, Esrar ve Metamfetamin KB olanlarda ZK ve psikometrik özellikler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak belirlendi. Analizlerin uygulamasında IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır.

4.BULGULAR

Çalışmamızda Çoklu madde grubu (n=20), Metamfetamin grubu (n=20), Esrar grubu (n=20) ve Sağlıklı kontrol (SK) (n=20) olacak şekilde toplam 80 katılımcı dahil edilmiştir. Çalışmamızda değerlendirilen çoklu gruptaki katılımcıların yaş ortalamalarının $28,00 \pm 5,09$, esrar grubunun $28,25 \pm 5,98$, Metamfetamin grubunun $30,05 \pm 9,13$, Sağlıklı kontrol grubunun $30,40 \pm 6,27$ olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak gruptaki katılımcılar ile yaş ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı seviyede benzer olduğu ($p=0,386$) bulunmuştur. Metamfetamin grubunda bir kadın katılımcının olması dışında tüm katılımcılar erkeklerden oluşturulmuştur. Gruplar arasında aylık gelir durumu ($p<0,001$), eğitim süresi ($p<0,001$), sigara kullanımı ($p<0,001$), alkol kullanımı ($p<0,026$) ve ailede alkol kullanım bozukluğu varlığı ($p=0,044$) açısından istatistiksel olarak anlamlı seviyede farklılık olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki grupların sosyodemografik özellikleri Tablo 1 de verilmiştir.

Tablo 1: Araştırmada değerlendirilen grupların demografik özelliklerin karşılaştırılması(n=80)

		Çoklu Madde Grubu		Esrar Grubu		Metamfetamin Grubu		Sağlıklı Kontrol Grubu		
		n	%	n	%	n	%	n	%	p
Cinsiyet	Erkek	20	100,0	20	100,0	19	95,0	20	100,0	0,386 ^a
	Kadın	0	0,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	
Medeni Durum	Evli	9	45,0	4	20,0	10	50,0	11	55,0	0,228 ^b
	Bekar	10	50,0	13	65,0	8	40,0	9	45,0	
	Boşanmış	1	5,0	3	15,0	2	10,0	0	0,0	
Aylık Gelir	500 tl ve altı	1	5,0	0	0,0	2	10,0	0	0,0	<0,001 ^a
	501-1000tl arası	3	15,0	0	0,0	3	15,0	0	0,0	
	1001-2000tl arası	4	20,0	0	0,0	1	5,0	0	0,0	
	2001-5000tl arası	12	60,0	12	60,0	12	60,0	5	25,0	
	5001 tl ve üstü	0	0,0	8	40,0	2	10,0	15	75,0	
Anne-Baba Ayrılık durumu	Dul	4	20,0	3	15,0	7	35,0	3	15,0	0,251 ^a
	Boşanmış	4	20,0	5	25,0	4	20,0	0	0,0	
	Halen beraber	12	60,0	12	60,0	9	45,0	17	85,0	
Ailede Alkol Kullanım bozukluğu varlığı	Yok	12	60,0	17	85,0	18	90,0	18	90,0	0,044 ^b
	Var	8	40,0	3	15,0	2	10,0	2	10,0	
Ailede Madde kullanımı varlığı	Yok	19	95,0	18	90,0	16	80,0	18	90,0	0,498 ^b
	Var	1	5,0	2	10,0	4	20,0	2	10,0	
Sigara	Yok	0	0,0	0	0,0	2	10,0	10	50,0	<0,001 ^a
	Bırakılmış	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	10,0	
	Var	20	100,0	20	100,0	18	90,0	8	40,0	
Alkol	Yok	1	5,0	0	0,0	1	5,0	5	25,0	0,026 ^a
	Var	19	95,0	20	100,0	19	95,0	15	75,0	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	P ^c
Yaş		28,00	5,09	28,25	5,98	30,05	9,13	30,40	6,27	0,558
Eğitim süresi(yıl)		9,60	2,46	10,65	2,32	10,55	2,70	16,20	2,14	<0,001
Anne eğitim süresi(yıl)		6,05	2,68	4,95	3,46	5,40	3,22	6,30	4,54	0,681
Baba eğitim süresi(yıl)		5,90	2,65	6,70	3,74	7,30	2,75	7,80	4,14	0,416

a=Fisher's Exact Test, b=Ki-Kare Analizi, c=Mann Whitney U testi, Ort.=ortalama, SS.=Standart Sapma

Çalışmamızda çoklu madde grubunun %90'ının, metamfetamin grubunun %65'inin ve esrar grubunun tamamının ilk kullandığı madde esrar olarak saptanmıştır. Çoklu madde grubunun %80'inin sentetik kannabinoidleri ve metamfetamini haftada 2 veya daha fazla sıklıkla kullandığı, metamfetamin grubunun % 90'ının metamfetamini haftada 2 veya daha fazla sıklıkla kullandığı, esrar grubunun %45'inin esrarı 15 günde bir kullandığı bulunmuştur. Çoklu madde grubunun tamamı ile metamfetamin grubunun %95 inin daha önce madde kullanımı nedeniyle tedaviye başvurduğu, esrar grubunun ise %30 unun daha önce madde kullanımı nedeniyle tedaviye başvurduğu tespit edilmiştir. Madde kullanan grupların maddeyi ilk kullandıkları yaşları ortalaması çoklu madde grubu için $17,15 \pm 3,60$, metamfetamin grubu için $18,65 \pm 4,49$ ve esrar grubu için $20,40 \pm 4,27$ olarak tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Araştırmada değerlendirilen madde kullanan grupların klinik özellikleri

		Çoklu Madde Grubu		Esrar Grubu		Metamfetamin Grubu	
		n	%	n	%	n	%
İlk Kullanılan Madde	Esrar	18	90,0	20	100,0	13	65,0
	Metamfetamin	2	10,0	0	0,0	7	35,0
Esrar Kullanım Sıklığı	Hiç	18	90,0	0	0,0	20	100,0
	Ayda birden az	0	0,0	2	10,0	0	0,0
	15 günde bir	1	5,0	9	45,0	0	0,0
	Haftada bir	1	5,0	3	15,0	0	0,0
	Hafada 2-3 kez	0	0,0	3	15,0	0	0,0
	Hergün	0	0,0	3	15,0	0	0,0
Sentetik Kanabinoid kullanım Sıklığı	Hiç	2	10,0	20	100,0	20	100,0
	Haftada bir	2	10,0	0	0,0	0	0,0
	Hafada 2-3 kez	7	35,0	0	0,0	0	0,0
	Hergün	9	45,0	0	0,0	0	0,0
Metamfetamin kullanım Sıklığı	Hiç	0	0,0	20	100,0	0	0,0
	Ayda birden az	2	10,0	0	0,0	0	0,0
	Ayda birden az	2	10,0	0	0,0	0	0,0
	Hafada 2-3 kez	10	50,0	0	0,0	7	35,0
	Hergün	6	30,0	0	0,0	13	65,0
En son madde kullanım zamanı	Son 1 gün içinde	0	0,0	0	0,0	1	5,0
	1-3 gün önce	4	20,0	0	0,0	4	20,0
	3-7 gün önce	6	30,0	1	5,0	6	30,0
	7-30 gün önce	6	30,0	6	30,0	9	45,0
	1-3 ay önce	4	20,0	9	45,0	0	0,0
	3 aydan daha önce	0	0,0	4	20,0	0	0,0
Daha önce tedavi öyküsü	yok	0	0,0	14	70,0	1	5,0
	var	20	100,0	6	30,0	19	95,0
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Maddeye başlama yaşı		17,15	3,60	20,40	4,27	18,65	4,49
En uzun remisyon süresi(ay)		7,00	6,94	11,90	12,26	3,40	3,90

Çalışmamızda BAPİ-Toplam (Bağımlılık şiddeti) ($p<0.001$), Tanı ($p<0.001$), Madde kullanım özellikleri ($p<0.001$), Yaşam üstüne etkileri ($p<0.001$), Şiddetli istek ($p<0.001$), Motivasyon ($p<0.001$) alt ölçek puanları ile dört grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olduğu bulunmuştur. Çoklu madde grubu ve metamfetamin grubunun sırasıyla BAPİ-Toplam (Bağımlılık şiddeti) ($p=0,000$, $p=0,000$), Tanı ($p=0,000$, $p=0,000$), Madde kullanım özellikleri ($p=0,002$, $p=0,006$), Yaşam üstüne etkileri ($p=0,000$, $p=0,000$), Şiddetli istek ($p=0,004$, $p=0,003$), Motivasyon ($p=0,005$, $p=0,000$) alt ölçek puan ortalamalarının, Esrar

grubunun puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür(Tablo 3).

Tablo 3: Madde kullanan gruplar arasında BAPİ Toplam ve Alt Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Çoklu Madde Grubu		Metamfetamin Grubu		Esrar Grubu		X ²	p ^a		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.		1-2	1-3	2-3
BAPİ-Toplam(Bağımlılık şiddeti)	12,43	2,57	12,05	2,59	6,39	4,23	18,22**	,507	,000	,000
Tanı	15,70	4,38	14,77	4,24	6,48	6,58	19,71**	,456	,000	,000
Madde kullanım özellikleri	2,52	1,16	2,12	1,15	1,18	1,38	12,91**	,154	,002	,006
Yaşam üstüne etkileri	26,15	7,61	26,75	5,70	11,45	9,36	22,28**	,968	,000	,000
Şiddetli istek	9,70	4,64	8,75	3,68	4,70	4,57	12,15**	,333	,004	,003
Motivasyon	10,55	2,26	11,00	2,49	7,20	3,96	14,78**	,199	,005	,000

X²=Kruskal Wallis H testi, *<0,05, **<0,01, a=Mann Whitney U testi sonucu, 1=Çoklu madde grubu 2= Metamfetamin grubu, 3=Esrar grubu, Ort.=ortalama, SS.=Standart Sapma

Çalışmamızda İÖA korkulu alt ölçeği puan ($p<0.001$) ve İÖA Kayıtsız alt ölçeği puan ($p<0.05$) ortalamaları ile dört grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olduğu bulunmuştur. Çoklu madde grubu, metamfetamin grubu ve esrar grubunun, İÖA korkulu alt ölçek puan ortalamalarının SK grubunun puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p=0,001$, $p=0,001$, $p=0,024$). Çoklu madde grubunun İÖA kayıtsız alt ölçek puan ortalamasının, esrar ve SK grubunun puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir (sırasıyla $p=0,032$, $p=0,001$). Esrar grubunun İÖA güvenli alt ölçek puan ortalamasının, çoklu madde grubunun puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,042$). (Tablo 4)

Tablo 4: Grupların İÖA Alt Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Çoklu Madde Grubu		Metamfetamin Grubu		Esrar Grubu		Sağlıklı Kontrol		X2	p ^a					
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.		1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Güvenli	3,85	,68	3,86	1,11	4,56	1,06	4,42	,92	7,23	,713	,042	,061	,063	,080	,694
Korkulu	4,66	1,61	4,40	1,45	4,03	1,62	2,87	1,10	15,02**	,569	,179	,001	,356	,001	,024
Saplantılı	3,70	1,06	3,68	1,10	3,50	1,33	3,35	1,24	,74	,902	,633	,478	,645	,497	,807
Kayıtsız	5,29	1,12	4,89	1,12	4,56	1,14	4,09	1,16	10,06*	,227	,032	,001	,472	,125	,654

X2=Kruskal Wallis H testi, *<0,05, **<0,01, a=Mann Whitney U testi sonucu

1=Çoklu madde grubu 2= Metamfetamin grubu, 3=Esrar grubu, 4= Sağlıklı kontrol grubu, Ort.=ortalama, SS.=Standart Sapma

Çalışmamızda İkinci derece ZK ($p<0.05$), İmayı anlama ($p<0.05$), ZK Total($p<0.001$) puan ortalamaları ile dört grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olduğu bulunmuştur. Esrar ve SK gruplarının ZK Total puan ortalamalarının, çoklu madde ve metamfetamin gruplarının puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Esrar ve SK gruplarının İmayı anlama test puan ortalamalarının, çoklu madde puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,014$, $p=0,006$). SK grubunun ikinci derece ZK test puan ortalamasının, çoklu madde ve metamfetamin gruplarının puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu izlenmiştir (sırasıyla $p=0,017$, $p=0,013$). Metamfetamin ve SK gruplarının GZOT Total puan ortalamalarının, çoklu madde grubunun puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu izlenmiştir (sırasıyla $p=0,032$, $p=0,019$). (Tablo 5)

Tablo 5: Araştırmada değerlendirilen gruplar arasında ZK test puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Çoklu		Metamfetamin		Esrar		Sağlıklı Kontrol		X2	p ^a					
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.		1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Birinci Derece ZK	8,30	1,38	8,65	,67	8,80	,70	8,80	,62	3,08	,776	,191	,191	,244	,269	0,999
İkinci Derece ZK	6,15	1,09	6,00	1,21	6,60	,88	6,80	,62	8,85*	,765	,114	,017	,084	,013	,383
İmayı anlama	3,20	,83	3,45	1,00	3,75	,64	3,80	,62	10,44*	,187	,014	,006	,259	,131	,671
Pot kırma	11,00	1,69	11,05	1,73	11,80	,62	11,75	,79	6,32	,795	,054	,064	,104	,112	,959
ZK Total	28,65	3,73	29,15	2,37	30,95	1,61	31,15	1,09	17,16**	,763	,011	,006	,003	,001	,877
GZOT-Negatif	7,05	1,82	7,35	2,01	6,55	1,32	7,10	1,68	2,26	,610	,378	,891	,152	,690	,268
GZOT-Nötral	10,15	2,28	11,70	1,63	10,55	2,42	11,30	1,87	4,52	,045	,422	,124	,268	,680	,473
GZOT-Pozitif	3,30	1,34	3,75	1,37	3,85	1,69	4,35	,93	6,03	,277	,145	,011	,540	,154	,723
GZOT-Total	20,50	3,33	22,80	2,73	20,95	4,08	22,75	3,31	7,50	,032	,585	,019	,159	,859	,117

X2=Kruskal Wallis H testi, *<0,05, **<0,01, a=Mann Whitney U testi sonucu,

1=Çoklu madde grubu 2= Metamfetamin grubu, 3=Esrar grubu, 4= Sağlıklı kontrol grubu, Ort.=ortalama, SS.=Standart Sapma

Çalışmamızda Duygusal İstismar alt ölçek ($p<0.05$), Fiziksel İhmal alt ölçek ($p<0.05$), ÇÇTÖ-Toplam puan ($p<0.05$) ortalamaları ile dört grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklılık olduğu bulunmuştur. Çoklu madde ve metamfetamin grubunun Duygusal İstismar alt ölçek (sırasıyla $p=0,038$, $p=,015$) ve ÇÇTÖ-Toplam puan (sırasıyla $p=0,026$, $p=,032$) ortalamalarının esrar grubunun puan ortalamasından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Çoklu madde grubunun Fiziksel ihmal alt ölçek puan ortalamasının, esrar ve SK gurplarının puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0,020$, $p=0,024$). Metamfetamin grubunun Duygusal İstismar alt ölçek ve Cinsel istismar alt ölçek puan ortalamalarının, SK grubunun puan ortalamalarından istatistiksel açıdan anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0,025$, $p=0,038$)(Tablo 6)

Tablo 6: Araştırmada değerlendirilen gruplar arasında ÇÇTÖ Toplam ve Alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Çoklu		Metamfetamin		Esrar		Sağlıklı Kontrol		X2	p ^a					
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.		1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Duygusal İstismar	7,80	3,22	8,10	2,85	6,25	2,31	6,35	1,98	9,41*	,592	,038	,088	,015	,025	,684
Fiziksel İstismar	6,90	3,54	6,90	2,99	5,90	1,77	5,70	1,42	1,43	,736	,462	,275	,645	,425	,720
Fiziksel İhmal	5,75	2,51	5,60	2,80	4,10	1,48	4,25	2,05	9,05*	,710	,020	,024	,060	,056	,892
Duygusal İhmal	4,20	3,59	5,40	4,32	4,10	4,81	4,00	3,20	1,96	,384	,521	,967	,195	,377	,603
Cinsel İstismar	5,30	,66	5,35	,81	5,05	,22	5,00	,00	6,43	,969	,144	,038	,144	,038	,317
Minimizasyon	,90	,91	,60	,82	,95	,83	,95	1,15	2,09	,264	,763	,897	,161	,370	,731
ÇÇTÖ-Toplam puan	30,85	9,53	31,95	9,72	26,35	9,00	26,25	6,27	8,34*	,715	,026	,065	,032	,074	,568

X2=Kruskal Wallis H testi, *<0,05, **<0,01, a=Mann Whitney U testi sonucu ,

ÇÇTÖ= Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği, 1=Çoklu madde grubu 2=

Metamfetamin grubu, 3=Esrar grubu, 4=Sağlıklı kontrol grubu, Ort.=ortalama,

SS.=Standart Sapma

Çoklu Madde grubunda; İÖA Korkulu alt ölçek puan ortalaması ile GZOT-Negatif puan ortalaması toplam skorları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulunmuştur (p=0,020). Buna ek olarak İÖA Güvenli alt ölçek puan ortalaması ile GZOT-Pozitif puan ortalaması arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu tespit edilmiştir (p=0,003).

Çoklu Madde grubunda; Birinci Derece ZK puan ortalamaları ile Duygusal ihmal alt ölçek (p=0,003), ÇÇTÖ-Toplam puan (p=0,034) ortalamaları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulunmuştur. Buna ek olarak Minimizasyon alt ölçek puan ortalaması ile Birinci Derece ZK puan ortalaması arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon olduğu izlenmiştir (p=0,023). İmayı anlama test puan ortalamaları ile Fiziksel istismar alt ölçek (p=0,022), Duygusal ihmal alt ölçek (p=0,027) ve ÇÇTÖ-Toplam puan (p=0,047) ortalamaları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu gözlenmiştir. Minimizasyon alt ölçek puan ortalaması ile GZOT-Negatif puan ortalaması arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon görülmüştür(p=0,012). Fiziksel ihmal alt ölçek puan ortalaması ile GZOT-Negatif puan ortalaması arasında anlamlı seviyede pozitif korelasyon saptanmıştır (0,043). (Tablo 7)

Tablo 7: Çoklu Madde grubunda ZK Test puan ortalamaları ile BAPİ toplam, İÖA ve ÇÇTÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Birinci Derece ZK	İkinci Derece ZK	İmayı anlama	Pot kıрма	ZK total	GZOT- Negatif	GZOT- Nötral	GZOT- Pozitif	GZOT- Total
BAPİ-toplam(bağımlılık şiddeti)	r -,083 p ,728	,043 ,857	-,057 ,810	,297 ,203	,130 ,586	,214 ,365	,342 ,140	,200 ,398	,415 ,069
Güvenli	r -,102 p ,669	,036 ,879	-,378 ,100	,171 ,472	-,052 ,826	,082 ,731	,173 ,466	-,628 ,003*	,002 ,992
Korkulu	r ,210 p ,374	,015 ,951	,240 ,308	,046 ,847	,202 ,392	-,517 ,020*	-,001 ,997	,267 ,255	-,285 ,223
Saplantılı	r -,139 p ,559	-,020 ,934	-,164 ,490	,026 ,913	-,125 ,598	-,369 ,109	,097 ,684	,361 ,118	-,048 ,841
Kayıtsız	r ,065 p ,787	-,014 ,954	-,148 ,533	-,123 ,607	-,020 ,932	-,100 ,676	-,056 ,814	,036 ,881	-,119 ,617
Duygusal istismar	r -,309 p ,184	-,146 ,540	-,327 ,159	-,305 ,190	-,249 ,290	,251 ,286	-,246 ,297	-,215 ,363	-,087 ,715
Fiziksel istismar	r -,136 p ,568	,133 ,575	-,510 ,022*	-,031 ,896	-,038 ,873	,061 ,797	,177 ,455	-,357 ,122	,084 ,725
Fiziksel ihmal	r -,192 p ,417	-,097 ,683	-,100 ,676	-,016 ,946	-,140 ,555	,457 ,043*	,232 ,325	,106 ,655	,399 ,081
Duygusal ihmal	r -,621 p ,003*	-,071 ,766	-,492 ,027*	-,098 ,681	-,330 ,156	,238 ,313	,339 ,144	-,305 ,191	,292 ,212
Cinsel istismar	r ,283 p ,226	,203 ,391	,353 ,127	,195 ,410	,404 ,077	,286 ,221	,441 ,052	-,014 ,952	,416 ,068
Minimizasyon	r ,504 p ,023*	,214 ,364	,437 ,054	,194 ,412	,421 ,064	-,548 ,012*	-,335 ,149	,308 ,187	-,404 ,077
ÇÇTÖ-Toplam puan	r -,477 p ,034*	-,099 ,678	-,449 ,047*	-,189 ,425	-,277 ,236	,178 ,452	,245 ,299	-,248 ,291	,190 ,422

Spearman Korelasyon Analizi, BAPİ=Bağımlılık profil indeksi, ÇÇTÖ= Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği, İÖA= İlişki Ölçekleri Anketi, *<0,05

Metamfetamin grubunda; BAPİ toplam puan ortalaması ile GZOT pozitif puan ortalaması arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulunmuştur (p=0,015).İÖA güvenli alt ölçek puan ortalaması ile imayı anlama test puan ortalaması arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir (p=0,019).

Metamfetamin grubunda; GZOT negatif test puan ortalaması ile duygusal istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulunmuştur (sırasıyla p=0,025, p=0,023, p=0,032). Minimizasyon alt ölçek puan ortalaması ile İmayı anlama test puan ortalaması arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulunmuştur (p=0,002) (Tablo 8)

Tablo 8:Metamfetamin grubunda ZK Test puan ortalamaları ile BAPİ toplam, İÖA ve ÇÇTÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki

	Birinci Derece ZK	İkinci Derece ZK	İmayı anlama	Pot kırma	ZK- Total	GZOT- Negatif	GZOT- Nötral	GZOT- Pozitif	GZOT- Total
BAPİ- Toplam(bağımlılık şiddeti)	r ,264 p ,261	r ,168 p ,478	r -,106 p ,656	r -,173 p ,466	r -,057 p ,813	r ,090 p ,707	r -,328 p ,158	r -,535 p ,015*	r -,327 p ,160
Güvenli	r ,143 p ,547	r -,258 p ,272	r ,519 p ,019*	r ,249 p ,289	r ,256 p ,276	r -,040 p ,867	r ,085 p ,721	r -,131 p ,581	r -,159 p ,504
Korkulu	r -,011 p ,963	r ,217 p ,358	r -,237 p ,313	r -,232 p ,325	r -,180 p ,448	r ,115 p ,629	r -,045 p ,851	r -,123 p ,604	r ,039 p ,870
Saplantılı	r ,394 p ,086	r -,206 p ,384	r -,135 p ,570	r ,119 p ,617	r ,074 p ,757	r ,036 p ,881	r ,183 p ,440	r -,383 p ,095	r -,047 p ,842
Kayıtsız	r -,023 p ,922	r ,165 p ,486	r ,083 p ,729	r -,147 p ,537	r ,075 p ,752	r -,246 p ,296	r -,304 p ,193	r -,128 p ,591	r -,290 p ,214
Duygusal istismar	r ,062 p ,795	r ,140 p ,557	r ,077 p ,748	r -,065 p ,785	r ,190 p ,422	r -,499 p ,025*	r ,420 p ,065	r ,210 p ,374	r -,089 p ,708
Fiziksel istismar	r -,136 p ,567	r -,107 p ,655	r ,310 p ,183	r -,183 p ,440	r ,079 p ,740	r -,504 p ,023*	r -,039 p ,870	r ,185 p ,434	r -,295 p ,207
Fiziksel ihmal	r ,162 p ,494	r ,014 p ,955	r ,370 p ,108	r -,057 p ,812	r ,302 p ,196	r -,480 p ,032*	r ,087 p ,715	r -,094 p ,692	r -,351 p ,129
Duygusal ihmal	r -,007 p ,975	r -,014 p ,952	r -,059 p ,805	r -,282 p ,229	r -,175 p ,460	r ,067 p ,778	r -,005 p ,982	r -,034 p ,888	r -,013 p ,957
Cinsel istismar	r -,278 p ,235	r -,182 p ,442	r ,319 p ,170	r -,183 p ,439	r -,150 p ,528	r -,258 p ,271	r -,127 p ,593	r ,034 p ,887	r -,305 p ,190
Minimizasyon	r -,244 p ,300	r ,205 p ,386	r -,640 p ,002*	r ,305 p ,192	r -,014 p ,953	r -,028 p ,906	r ,321 p ,167	r ,277 p ,238	r ,326 p ,161
ÇÇTÖ- Toplam puan	r -,067 p ,780	r ,100 p ,675	r ,096 p ,689	r -,135 p ,569	r ,125 p ,599	r -,427 p ,061	r ,137 p ,565	r ,141 p ,553	r -,193 p ,416

Spearman Korelasyon Analizi , BAPİ=Bağımlılık profil indeksi, ÇÇTÖ= Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği, İÖA= İlişki Ölçekleri Anketi, *<0,05

Esrar grubunda; BAPİ toplam puan ortalamaları ile imayı anlama test puan (p=,018) ve ZK Total puan (p=0,017) ortalamaları arasında anlamlı seviyede negatif korelasyon olduğu bulunmuştur.

Esrar grubunda; İÖA Kayıtsız alt ölçek puan ortalaması ile Birinci derece ZK (p=0,018) test puan ve ZK total (p=0,021) puan ortalamaları arasında negatif korelasyon saptanmıştır. Buna ek olarak, İÖA Kayıtsız alt ölçek puan ortalaması ile GZOT total puan ortalamaları arasında pozitif korelasyon gözlenmiştir (p=0,017).(Tablo 9)

Tablo 9: Esrar grubunda ZK Test puan ortalamaları ile BAPİ toplam, İÖA ve ÇÇTÖ alt ölçek puan ortalamaları arasındaki ilişki

		Birinci Derece ZK	İkinci Derece ZK	İmayı anlama	Pot kıрма	ZK- total	GZOT- Negatif	GZOT- Nötral	GZOT- Pozitif	GZOT- Total
BAPİ toplam(bağımlılık şiddeti)	r	-,009	-,156	-,524	-,275	-,528	,211	,310	,005	,348
	p	,971	,511	,018*	,241	,017*	,372	,184	,982	,133
Güvenli	r	-,013	,098	-,088	,073	,067	-,129	,017	,175	,049
	p	,956	,682	,713	,761	,779	,586	,942	,461	,838
Korkulu	r	,004	,021	,057	-,336	-,060	,015	,223	,064	,214
	p	,988	,929	,812	,148	,802	,949	,344	,789	,365
Saplantılı	r	,323	,112	-,193	-,145	-,086	-,267	,002	-,054	-,138
	p	,165	,637	,414	,542	,720	,255	,995	,820	,562
Kayıtsız	r	,524	,396	,153	,102	,511	-,320	-,434	-,305	-,526
	p	,018*	,084	,521	,668	,021*	,169	,056	,191	,017*
Duygusal istismar	r	,029	,207	,113	-,065	,140	,113	,208	-,012	,142
	p	,905	,381	,635	,784	,556	,635	,380	,962	,551
Fiziksel istismar	r	-,020	-,114	,299	,238	,180	,297	,164	,199	,321
	p	,932	,632	,200	,312	,449	,203	,488	,399	,168
Fiziksel ihmal	r	,286	,296	,178	-,016	,327	,048	,179	-,143	,064
	p	,221	,205	,452	,947	,160	,840	,451	,547	,787
Duygusal ihmal	r	-,009	-,007	,145	-,296	-,042	,006	,074	-,041	,073
	p	,970	,978	,542	,205	,861	,982	,756	,864	,759
Cinsel istismar	r	,076	,114	,096	,076	,181	-,082	,165	-,083	,020
	p	,749	,633	,687	,749	,446	,732	,486	,728	,932
Minimizasyon	r	,194	,012	-,389	,184	-,076	,360	-,190	-,434	-,085
	p	,412	,960	,090	,438	,752	,119	,422	,056	,721
ÇÇTÖ-Toplam puan	r	,111	,100	,133	-,176	,086	,140	,155	-,120	,143
	p	,640	,675	,577	,458	,718	,556	,515	,614	,547

Spearman Korelasyon Analizi , BAPİ=Bağımlılık profil indeksi, ÇÇTÖ= Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği, İÖA= İlişki Ölçekleri Anketi, *<0,05

5.TARTIŞMA

Bu çalışmanın bulguları madde kullanan bireylerde korkulu bağlanma biçimlerinin sağlıklı bireylerden fazla olduğunu, çoklu madde kullananlarda ise kayıtsız bağlanma biçiminin esrar kullanan ve sağlıklı bireylerden daha fazla olduğunu göstermektedir. Çoklu madde kullanımı ve metamfetamin kullanım bozukluğu olan bireylerin zihin kuramı işlevlerinin esrar kullanım bozukluğu olan bireylere göre daha çok bozulmuş olduğu, zihin kuramı işlevlerinin esrar kullanan bireylerde sağlıklı bireylerle benzer olduğu görülmüştür. Çoklu madde ve metamfetamin kullanım bozukluğu olan bireylerde çocuk çağı travmalarının esrar kullanım olan bireylerden daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Çoklu madde ve metamfetamin kullanım bozukluğu olan bireylerde zihin kuramı işlevlerinin çocukluk çağı travmaları ve güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkili olduğu, esrar kullanım bozukluğu olan bireylerde ise zihin kuramı işlevlerinin bağımlılık şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Araştırmamıza dahil edilen örnekleme çoklu madde kullanımı, metamfetamin kullanım bozukluğu, esrar kullanım bozukluğu olan bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, anne ve baba eğitim durumu gibi sosyodemografik özelliklerinin sağlıklı bireylerle benzer olduğu gözlenmiştir. Bunun yanında bu dört grup arasında aylık gelir düzeylerinin istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, madde kullanım bozukluklarının düşük sosyoekonomik statü ile ilişkilendirildiği önceki literatür bilgileri ile uyumludur(169). Sentetik kannabinoidler diğer maddelerle karşılaştırıldığında daha ucuz olduğu bilindiğinden, çoklu madde kullanan kişiler ekonomik olarak karşılayabilecekleri sentetik kannabinoidleri tercih ediyor olabilir. Çalışmamızda metamfetamin grubundaki bireylerin sosyoekonomik durumlarının kötü olmasına rağmen metamfetamin gibi diğer maddelerle kıyaslandığında nispeten pahalı bir maddeyi tercih etmelerinin sebebi, metamfetamin maddesinin daha şiddetli bağımlılık yapıyor olmasından kaynaklandığı tahmin edilmiştir.

Çalışmamızda SK grubunun eğitim süresinin madde kullanan gruplara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Gfroerer ve ark. (1997)'nın ABD'nde üniversite çağındaki gençlerde eğitim durumu ile madde kullanım oranlarını karşılaştırdığı çalışmalarında; eğitim durumunun, madde kullanımının anlamlı bir yordayıcısı olduğu ve yasa dışı uyuşturucu ve sigara kullanım oranlarının liseyi terk edenler arasında en yüksek olarak sapandığı bildirilmiştir(170). Ülkemizde yürütülmüş bir çalışmada, AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören 434 madde bağımlısının eğitim düzeylerini incelenmiş ve bizim bulgularımızla benzer şekilde hastaların büyük çoğunluğunun (> %70) eğitim düzeyinin 10 yılın altında olduğu görülmüştür(171). Bu sonuçlar eğitim düzeyi ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen önceki çalışmalar ile uyumludur(172–174).

Çalışmamızda madde kullanan gruplar arasında ilk maddeye başlama yaş ortalaması 18 olarak bulunmuştur. Swendsen ve ark.(2012) ABD'nde madde kullanımı olan ergenlerle yapmış olduğu çalışmada ilk yasa dışı madde kullanımı için ortalama yaşı 14 yıl olarak saptamıştır(175). Ülkemizde Sivas ilinde liseli öğrencilerle yapılan bir çalışmada da ilk olarak esrar deneme oranının 14 yaş civarında en yüksek olduğu saptanmıştır(176).Çalışmamızda maddeye başlangıç yaşının Swendsen(2012) ve Doğan(2001)'ın çalışmalarına kıyasla daha geç bir yaş olması, çalışmamıza dahil edilen madde kullanan katılımcı sayısının az olması nedeniyle tüm toplumu temsil etmemesi ile açıklanabilir.

Örneklelimizdeki madde kullanan bireyler arasında sigara ve alkol kullanımı sağlıklı kontrol grubundan daha fazla bulunmuştur. Alkol bağımlılığında başka bir madde bağımlılığının yaşam boyu eş tanı oranı %64 olarak bildirilmiştir(177). Weinberger ve ark.(2016) yaptığı derleme de alkol/madde bağımlılığı olan bireylerin, alkol/madde bağımlılığı olmayan bireylerle karşılaştırıldığında daha fazla sigara kullandığı ve sigara bırakma olasılığının daha düşük olduğunu bildirmiştir(178). Çalışma bulgularımız madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sigara ve alkol kullanım oranlarının fazla olduğunu ve madde kullanımı için risk teşkil ettiğini bildiren önceki çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir(179–181).

Madde kötüye kullanımının aile üyeleri arasında kalıtsal açıdan bir yüke sahip olduğu, yalnızca güçlü ebeveyn etkileriyle değil, aynı zamanda beşinci derece

akrabalara kadar artan risk artışıyla birlikte olduğu iyi bilinmektedir(182,183). Kolej ve üniversite öğrencilerinin alkol/madde kullanımını inceleyen bir meta-analiz çalışmasında, ailede alkol kullanım bozukluğu varlığının, öğrencilerin psikoaktif madde kullanım oranları üzerine güçlü bir etkisi olduğu bildirilmiştir(182). Bizim örneklemimizdeki madde kullanan bireylerde ailede alkol kullanım bozukluğu öyküsünün fazla olması, madde bağımlılığın ailesel geçişini gösteren önceki literatürü destekler niteliktedir(184). Ailede alkol kullanım öyküsü, kişileri psikoaktif maddeleri daha fazla denemeye ve daha fazla riskli davranışlar gerçekleştirmeye yatkın hale getirebilir.

Çalışmamızda madde kullanan grupların her birinin korkulu bağlanma puanlarının, SK grubuna göre daha yüksek olduğu; çoklu madde grubunun ise esrar ve SK gruplarına göre kayıtsız bağlanma ölçek puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Schindler ve ark.(2015) madde kullanım bozukluğu ile güvensiz bağlanma arasında güçlü kanıtların olduğunu bildirmiştir(185). Literatür incelendiğinde kayıtsız bağlanmaya sahip kişilerin güvenli veya saplantılı bağlanmaya sahip kişilere göre daha fazla madde kötüye kullanım oranlarına sahip olduğu görülmektedir(186,187). Bizim bulgularımız da literatürle uyumlu olarak kayıtsız bağlanma biçiminin özellikle çoklu madde kullanan bireylerde daha fazla olduğunu göstermektedir. Kayıtsız bağlanma biçimine sahip kişiler kendilerinin değer verilmeye layık olduklarını ancak diğerlerinin güvenilmez olduklarını düşündüklerinden, duygusal düzenleme ile ilgili olarak sorun yaşadıklarında madde kötüye kullanımı gibi uyum bozucu davranışlara eğilebildikleri ileri sürülmektedir. Kayıtsız ve güvensiz bağlanma biçiminin, madde bağımlılığı tedavi sürecini de etkileyebileceği, bağlanma sorunlarını yansıtabilecek şekilde tedaviye de bağlanamadıkları ve tedaviden çok yüksek düzeyde ayrılma gösterdikleri belirtilmektedir (188).

Çalışmamızda çoklu madde ve metamfetamin gruplarının Zihin kuramı becerilerinin, esrar ve SK gruplarına göre anlamlı derecede düşük olduğu; çoklu madde ve metamfetamin gruplarının 2. Derece ZK testlerine daha fazla yanlış cevaplar verdikleri görülmüştür. Madde kullanan ergenlerle yapılan çalışmaların değerlendirildiği bir meta-analizin sonuçlarına göre, alkol ve madde kullanımının sosyal bilişteki bazı yeti eksiklikleri ile ilişkili olduğu, ancak esrar kullanan kişilerde

böyle bir ilişkinin olmadığı bildirilmiştir(189). ZK becerilerini inceleyen bazı çalışmalarda esrarın azalmış ZK becerileri ile ilişkili olduğu bildirilirken, bazı araştırmalarda ise esrar kullanan kişiler sağlıklı kontrol grubuna dahil edildiklerinden böyle bir ilişki gösterilememiştir(116). Altıntaş ve ark.(2019) sentetik kannabinoid kullananlar ile sağlıklı gönüller arasında ZK becerileri açısından anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir(190). Kim ve ark. (2011) ise metamfetamin kullanıcılarında bilişsel esneklikteki bozulmalar olduğunu, yüz ifadelerinden duyguları tanıma ve başkalarının zihinsel durumlarını anlama kapasitesinin bozulduğunu bildirmiştir(191). Çalışmamızda çoklu madde ve metamfetamin grubunda ZK becerilerinde daha fazla bozulma olması, metamfetaminin bilişsel bozulmalara daha fazla neden olması ve çoklu madde grubundaki bireylerin çoğunun metamfetamin kullanıyor olması ile açıklanabilir. Madde kullanım bozukluğu hastalarının zihin kuramı işlevlerindeki bozulma tedavi sürecini de etkilemektedir. Terapistin, hastaların sözel olmayan duygusal durumları tanıma yeteneğinin azaldığının farkında olması ve bu zorluklara rağmen onlarla etkileşim kurmanın yollarını bulması önemlidir(192). Örneğin, hastaları, yüz ifadelerini doğru yorumlama ve doğru ipuçlarına bakmaları için eğitmenin, şizofrenide bozulmuş duygu tanımanın tedavisinde etkili olduğu gösterilmiştir(193). Zihin kuramı işlevlerindeki olası bozulma bakımından metamfetamin kullanım bozukluğu ve çoklu madde kullanımı olan bireylerin tedavi öncesi daha ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ve zihin kuramı becerilerini geliştirmeye yönelik müdahalelerin tedavi sürecinde ele alınması bakımından önemlidir.

Çocukluk çağı travmaları bakımından çalışma örneklemimiz incelendiğinde, çoklu madde ve metamfetamin kullanım bozukluğu olan bireylerin, esrar kullanım bozukluğu olan bireylere kıyasla çocukluk çağı duygusal istismarına daha fazla uğradığı ve genel olarak çocukluk çağı travmalarına daha fazla maruz kaldığı saptanmıştır. Zhang ve ark.(2020)'nın yaptığı bir meta-analizde, madde kullanan bireylerin çocukluk çağında en fazla duygusal istismara uğradıkları bildirilmiştir(194). Ergelen ve ark.(2018), sentetik kannabinoid kullanan bireylerin, alkol ve eroin kullananlara göre çocukluk çağı travmalarına genel olarak daha fazla maruz kaldıklarını bildirmişlerdir(195). Lee ve ark.(2022) ise çocukluk çağı travmalarına çok kez maruz kalmanın, esrar kullanımına daha erken başlama, daha

fazla miktarda, daha sık kullanım ve daha şiddetli bağımlılık semptomları ile ilişkili olduğunu bildirmiştir(196). Çalışmamızda çoklu madde ve metamfetamin kullanan bireylerin çocukluk çağında daha fazla duygusal istismara maruz kalması, erişkinlik döneminde duygusal sıkıntılarıyla baş etmekte zorlanmalarına ve travmayla ilişkili olumsuz duygularını hafifletmek için metamfetamin ve sentetik kannabinoidler gibi daha fazla nörobilişsel etkileri olan maddelere yönelmelerine yol açıyor olabilir.

Bu çalışmanın önemli bulgularından biri de çoklu madde kullanımı olan bireylerde ZK işlevleri ile korkulu bağlanma ve ÇÇT arasında negatif yönlü korelasyon olduğunu görülmesidir. Bağlanma biçimleri ve ZK işlevleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir metanalizin sonuçları, kişide güvenli bağlanma özellikleri ne kadar yüksekse, ZK becerilerinde de aynı derecede iyi olduğunu göstermiştir(197). Henry ve ark.(2022)'nin genç yetişkinlerde GZOT, sosyal biliş değerlendirme filmi ve yetişkin bağlanma kısa formunu kullanarak yaptığı çalışmada güvenli bağlanan grubun kaçınan ve kararsız bağlanan gruplara göre daha iyi ZK performanslarına sahip olduğunu göstermiştir(198). Ülkemizde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre güvensiz bağlanma biçimi ve GZOT performansındaki düşüklük internet bağımlılığı gelişimi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir(199). Alkol bağımlısı hastalarda yapılan bir çalışmada, sosyal biliş için önemli olan yüz ifadeleri ve vücut duruşları da dahil olmak üzere sözel olmayan girdileri tanımadaki güçlüklerin kişilerarası iletişimde zorlanmalara yol açtığı, alkol ve madde kullanan kişilerdeki sözel olmayan uyarıları tanıma_becerilerinin bağlanma biçimlerinden önemli ölçüde etkilenebileceği öne sürülmüştür(200). Anne çocuk arasında bağlanma sorunları, çocuğun ebeveynleri ile yeterince ilişki kuramamasına, ebeveynleri yeterli gözlemleyememesine ve ebeveynlerinin duygularını tanıyamamasına neden olabilir. Psikopatik özelliklere sahip çocukların anneleriyle düşük düzeyde göz teması kurduğu, bağlanma figürlerinin gözlerine bakamadıkları gözlemlenmiştir(201). Ailede alkol bağımlılığı olan ve alkol bağımlılığı için yüksek risk taşıyan gençlerde beynin yüz duygularını işleme bölgelerinin sağlıklı kontrollere göre daha düşük cevaplar verdiği saptanmıştır(202,203). Çalışmamızda özellikle çoklu madde kullanan bireylerde GZOT pozitif ifadeleri tanıma becerisi ile güvenli bağlanma biçimi arasında ve GZOT negatif ifadeleri tanıma becerisi ile korkulu bağlanma biçimi arasında negatif yönde korelasyon olduğu bulunmuştur. Korkulu bağlanan bireylerin olumsuz

duyguları tanıma becerisinin daha fazla bozulması, güvenli bağlanan bireylerin ise olumlu duyguları tanıma becerisinin daha fazla bozulması önceki çalışma sonuçları ile çelişen bir bulgu olup, bu çelişkinin örneklem sayısının yetersiz olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Esrar kullanım bozukluğu olanlarda ise kayıtsız bağlanma biçimi ile birinci derece ZK test puanları ve ZK toplam puanları arasında pozitif yönde, GZOT toplam puanları arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu görülmüştür. Birinci derece ZK testleri zihin kuramı işlevlerinin bilişsel yönünü, GZOT ise daha çok duygusal yönünü değerlendirdiğinden, esrar kullanım bozukluğu olan bireylerde bilişsel ZK becerilerinin korunduğu, güvensiz bağlanma biçiminin daha çok duygusal zihin kuramı işlevlerindeki bozulma ile ilişkili olduğu sonucuna varılabilir.

Metamfetamin kullanım bozukluğu olan bireylerde ZK işlevlerinden imayı anlama becerisi ile güvenli bağlanma biçimi arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır. İmayı anlama becerisi ZK işlevlerinin daha çok bilişsel yönünü temsil etmektedir. Metamfetamin kullanımının ZK işlevlerinin duygusal bileşenindeki bozulma ile ilişkili olduğu ve güvenli bağlanma biçimi olanlarda bilişsel alanda ZK becerilerinin korunduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu bulgular, ZK işlevlerinin kullanılan maddeden ziyade bağlanma biçimleri ile ilişkili olduğu görüşünü destekler niteliktedir.

Sosyal ortamlarda başarılı bir iletişimde bulunabilmek için diğer insanların zihinsel durumlarının yeterince tanınması, diğer insanların zihinsel durumlarının kendimizinkinden farklı olduğunu farkedilme yetisi etkili bir duygu düzenleme stratejisi geliştirmemize yardımcı olur. Çocuk ve ebeveyni arasındaki erken etkileşimlerin, çocuğun duygusal öz-farkındalığını ve duygu düzenleme becerilerini şekillendirdiğine inanılmaktadır(204). Çocukluk çağında gerçekleşen travmalar, çocuğun kendi zihinsel durumlarının doğru temsillerinin gelişimini engelleyebilir ve yetişkinlikte sınırlı ZK becerileri ile sonuçlanabilir(205). Yakın zamanda yapılan çalışmalar, çocukluk çağı travmalarından kaynaklanan ZK bozukluklarının genel yetişkin popülasyonunda da yaygın olduğunu doğrulamış, olumsuz çocukluk deneyimlerinin kalıcı etkilerine dikkat çekmiştir(206). Madde bağımlılarında yapılan önceki çalışmalarda, çocukluk çağında travmatik yaşam olaylarına maruz kalmanın

zihin kuramı işlevlerinde bozukluk ve artan semptom şiddetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur(207,208). Çalışmamızda çoklu madde ve metamfetamin kullanan bireylerde ZK becerileri ile ÇÇT arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu izlenmiştir. Esrar kullanımı olan bireylerde hem ZK becerileri hem de ÇÇT bakımından sağlıklı bireylerle benzer olarak bulunmuş, ZK işlevleri ile ÇÇT arasında bir ilişki görülmemiştir. Bu bulgular, madde kullanım bozuklukları ile ZK işlevleri ve ÇÇT arasındaki ilişkinin, bağımlılık kavramından ziyade kullanılan madde türü ile ilişkili olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Kopera ve ark.(2020) alkol kullanım bozukluğu olan bireylerle yapmış olduğu çalışmanın sonucunda GZOT negatif duyguları tanıma becerisi ile çocukluk çağı duygusal istismar ve duygusal ihmal arasında pozitif yönde bir korelasyon olduğunu bildirmiştir(209). Çalışmamızda metamfetamin kullanım bozukluğu olan bireylerde GZOT negatif duyguları tanıma becerisi ile duygusal istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmal arasında negatif yönde bir korelasyon olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdaki metamfetamin kullanım bozukluğu olan bireylerde ÇÇT ve ZK becerilerindeki genel bozulmanın esrar kullananlara göre daha fazla olduğu ancak GZOT negatif duyguları tanıma becerisinin tüm madde kullanan bireylerde sağlıklı bireylerle benzer olduğu görülmüştür. Bu çelişkili bulgu çalışmamızdaki örneklem sayısının küçük olmasından kaynaklanıyor olabilir.

6.SONUÇLAR

Çoklu madde kullanımı ve metamfetamin kullanım bozukluğu olan bireylerde ÇÇT ve zihin kuramı becerilerindeki bozulmanın esrar kullanım bozukluğu olan bireylere göre daha fazla olduğu, zihin kuramı işlevlerinin çocukluk çağı travmaları ve güvensiz bağlanma biçimleri ile ilişkili olduğu görülmüştür. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde özellikle metamfetamin ve çoklu madde kullanımı olan bireylerin ZK becerilerindeki bozulmalar bakımından daha ayrıntılı ele alınması gereklidir. ZK becerilerindeki bozulmaların iyileştirilmesi için spesifik bilişsel müdahalelerin yanında çocukluk çağı travmaları ve bağlanma biçimlerine yönelik etkili psikoterapötik müdahalelerin de tedavi sürecine dahil edilmesi, madde bağımlılık şiddeti ile beraber kişinin aile ilişkileri ve sosyal işlevsellik üzerine olumlu bir etki yaratabilir. Bu bağlamda, etkin müdahale yöntemlerinin geliştirilebilmesi için, madde kullanım bozukluklarında ZK becerileri, bağlanma biçimleri, ÇÇT ve bunlarla ilişkili olabilecek diğer etmenler arasındaki karmaşık ilişkileri inceleyen daha geniş örneklemli çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir.

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Kesitsel tasarımlı olması, bağlanma biçimleri ve madde kullanımına ilişkin özelliklerin öz bildirim ölçekleri yoluyla değerlendirilmiş olması, örneklem büyüklüğünün kısıtlı olması, bir kadın katılımcı dışındaki tüm katılımcıların erkek olması araştırmamızın sınırlılıkları içinde sayılabilir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde madde kullanımının klinik özellikleri ile bağlanma biçimleri, ZK işlevleri ve ÇÇT'nin daha kapsamlı olarak incelendiği ve bunların hastalığa yatkınlaştırıcı bir neden mi yoksa hastalığın bir sonucu mu olduğunun derinlemesine araştırıldığı geniş örneklemli çalışmaların yapılması, madde kullanım bozukluğu etyopatogenezinde henüz aydınlatılamamış noktalara ışık tutabilir.

7. KAYNAKLAR

1. Ögel K, Tamar D KA ve ark. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları El Kitabı. İstanbul, Amatem, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi; 1998.
2. Acar, S. , Şaşman Kaylı D. An Analysis About Studies Conducted on Addiction Field with Methods of Qualitative and Mixed Patterns in Turkey. Cyprus Turkish J Psychiatry Psychol. 2021;3(1):37–47.
3. Bowlby J. Attachment and Loss: vol. 1. Attachment. New York: Basic Books; 1969.
4. Hazan C, Shaver P. Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. J Pers Soc Psychol. 1987;52(3):511–24.
5. Bowlby J. Attachment and Loss: vol 2. Separation: Anxiety and Anger. New York: Basic Books; 1973.
6. Flores PJ. Addiction As An Attachment Disorder. New York: Jason Aronson; 2004.
7. EJ. K. Understanding addictive vulnerability. Neuro-Psychoanalysis. 2003;5:5–21.
8. Massey SH, Compton MT KN. Attachment security and problematic substance use in low-income, suicidal, african american women. Am J Addict. 2014;23:294–9.
9. Kassel JD, Wardle M RJ. Adult attachment security and college student substance use. Addict Behav. 2007;32:1164–76.
10. Schindler A, Thomasius R, Sack PM ve ark. Attachment and substance use disorders. A review of the literature and a study in drug dependent adolescents. Attach Hum Dev. 2005;17:207–28.
11. Schindler A, Thomasius R, Petersen K SP. Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers. Attach Hum Dev. 2009;11:307–30.
12. Biedermann F, Frajo-Apor B, Hofer A. Theory of mind and its relevance in schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. 2012;25(2):71–5.
13. Brüne M, Brüne-Cohrs U. Theory of mind-evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. Neurosci Biobehav Rev. 2006;30(4):437–55.
14. Bora E, Zorlu N. Social cognition in alcohol use disorder: a meta-analysis. Addiction. 2017;112(1):40–8.
15. Turla A. Çocuk İstismarı Ve İhmali Olgularında Tıbbi Yaklaşım. OMÜ Tıp Derg [Internet].

2009 Dec 23 [cited 2021 Dec 8];19(4):291–300. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/omujecm/216007>

16. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse Negl.* 2002;26(6–7):715–29.
17. Riggs S, Alario A MC. Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *J Pediatr.* 1990;116(5):815–21.
18. Platt B, Kamboj S, Morgan CJA, Curran HV. Processing dynamic facial affect in frequent cannabis-users: Evidence of deficits in the speed of identifying emotional expressions. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2010;112(1–2):27–32. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.05.004>
19. British Psychological Society (BPS) (2016). *Addiction. Psychology Today.*
20. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
21. Güleç, G., Köşger, F., & Eşsizoglu A. Alcohol and Substance Use Disorders in DSM-5. *Curr Approaches Psychiatry.* 2015;7(4):1.
22. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Gözden Geçirilmiş Beşinci Baskı (DSM-5).* (Çev. E. Köroğlu), Ankara: Hekimler Yayın Birliği;
23. Leshner AI. (1997).Addiction is a brain disease, and it matters. *Science* (80-). 278(5335):45–7.
24. Lundqvist T. (2005). Cognitive Consequences of Cannabis Use: Comparison With Abuse Of Stimulants And Heroin With Regard To Attention, Memory And Executive Functions. *Pharmacol Biochem Behav.* 81(2):319–30.
25. Volkow, N. D. ve Li TK. (2005). Drugs and Alcohol: Treating and Preventing Abuse, Addiction and Their Medical Consequences. *Pharmacol Ther.* 108(1):3–17.
26. Ersche, K. D. ve Sahakian BJ. (2007). The Neuropsychology of Amphetamine and Opiate Dependence: İmplications For Treatment. *Neuropsychol Rev.* 17(3):317–36.
27. Verdejo-García, A., Pérez-Expósito, M., Schmidt-Río-Valle, J., Fernández-Serrano, M. J., Cruz, F., Pérez-García, M. ve Campoy C. (2010). Selective Alterations Within Executive Functions in Adolescents With Excess Weight. *Obesity.* 18(8):1572–8.
28. United Nations Office on Drugs and Crime U. *World Drug Report 2020* [Internet]. [cited 2022 Feb 12]. Available from: https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_1.pdf

29. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2021). European drug report 2021: Trends and developments.
30. T.C. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. (2019). Türkiye uyuşturucu raporu 2019 (Yayın Katalog No. 703).
31. Zuardi AW. History of cannabis as a medicine: a review. *Brazilian J Psychiatry*. 2006;28:153–7.
32. Pisanti, S., & Bifulco M. Modern history of medical cannabis: from widespread use to prohibitionism and back. *Trends Pharmacol Sci*. 2017;38(3):195–8.
33. United Nations Office on Drugs and Crime. 2018 World Drug Report, Vienna. Vienna; 2018.
34. United Nations Office on Drugs and Crime. 2019 World Drug Report - Booklet 5: Cannabis and Hallucinogens. 2019.
35. Hasin D. US epidemiology of cannabis use and associated problems. *Neuropsychopharmacology*. 2018;43(1):195–212.
36. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi. 2017 Türkiye Uyuşturucu Raporu, Ankara. Ankara; 2017.
37. Vanyukov M, Tarter R, Kirillova G, Kirisci L, Reynolds M, Kreek M, et al. Common liability to addiction and “gateway hypothesis”: theoretical, empirical and evolutionary perspective. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2012 Jun [cited 2021 Sep 4];123 Suppl(Suppl 1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22261179/>
38. Van Gundy K, Rebellon C. A Life-course Perspective on the “Gateway Hypothesis.” *J Health Soc Behav* [Internet]. 2010 Sep [cited 2021 Sep 4];51(3):244–59. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20943588/>
39. Richmond-Rakerd L, Slutske W, Deutsch A, Lynskey M, Agrawal A, Madden P, et al. Progression in substance use initiation: A multilevel discordant monozygotic twin design. *J Abnorm Psychol* [Internet]. 2015 Aug 1 [cited 2021 Sep 7];124(3):596–605. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26098047/>
40. Hartman RL, Brown TL, Milavetz G, Spurgin A G, DA, Gaffney G HM. Controlled Cannabis Vaporizer Administration: Blood and Plasma Cannabinoids with and without Alcohol. *Clin Chem*. 2015;61:850–69.
41. Beyazyürek M ŞT. Madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatr Dünyası*. 2000;4:50–6.
42. Galanter M, Stillman R, Wyatt RJ, Vaughan TB, Weingartner H NF. Marihuana and social behavior: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1974;30(4):518–21.

43. Tart C. On being stoned: A psychological study of marijuana intoxication. Science and Behavior Books; 1971.
44. Clopton PL, Janowsky DS, Clopton JM, Judd LL HL. Marijuana and the perception of affect. Psychopharmacology (Berl). 1979;61(2):203–6.
45. Fattore, L., Fratta W. (2011). Beyond, T. H. C.: the new generation of cannabinoid designer drugs. Front Behav Neurosci. 5:60.
46. Özkanlı F. (2017). Synthetic cannabinoids. FABAD J Pharm Sci. 42(1):67.
47. Gurney SM, Scott K, Kacinko S, Presley B LB. (2014). Pharmacology, toxicology, and adverse effects of synthetic cannabinoid drugs. Forensic Sci Rev. 26(1):53–78.
48. TUBİM, Emniyet Genel Müdürlüğü, Uyuşturucu ile Mücadele Daire Başkanlığı. Sentetik Kannabinoidler. 2016 [Internet]. [cited 2022 Feb 16]. Available from: <http://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/Arsiv/TUBIM/Documents/TURKIYE UYUSTURUCU RAPORU 2016.pdf>
49. Castaneto MS, Gorelick DA, Desrosiers NA, Hartman RL, Pirard S HM. (2014). Synthetic cannabinoids: Epidemiology, pharmacodynamics, and clinical implications. Drug Alcohol Depend. 144:12–41.
50. Ergül, D. F., Ekemen, S. ve Yelken BB. (2015). Synthetic cannabinoid ‘bonzai’ intoxication: Six case series. Turkish J Anaesthesiol Reanim. 43(5):347.
51. T.C. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü. Türkiye Uyuşturucu Raporu 2020, Eğilimler ve Gelişmeler.
52. Evren C BM. (2013). Synthetic cannabinoids: Crisis of the decade. Dusunen Adam. 26(1):1–11.
53. Castellanos D, Singh S, Thornton G, Avila M MA. (2011). Synthetic cannabinoid use: A case series of adolescents. J Adolesc Heal. 49(4):347–9.
54. Vardakou I, Pistos C SC. (2010). Spice drugs as a new trend: Mode of action, identification and legislation. Toxicol Lett. 197(3):157–62.
55. Auwärter V, Dresen S, Weinmann W, Müller M, Pütz M FN. (2009). ‘Spice’ and other herbal blends: harmless incense or cannabinoid designer drugs? J Mass Spectrom. 44(5):832–7.
56. Zawilska J. (2015). “Legal Highs” - An emerging epidemic of novel psychoactive substances. Int Rev Neurobiol Elsevier Inc. 120(1):273–300.
57. Cruickshank CC DK. A review of the clinical pharmacology of methamphetamine. Addiction. 2009;104:1085–99.

58. de Matos EG, Hannemann TV, Atzendorf J, Kraus L PD. The consumption of new psychoactive substances and methamphetamine. *Dtsch Arztebl Int.* 2018;115:49–55.
59. McKetin R, Dawe S, Burns RA, Hides L, Kavanagh DJ, Teesson M, et al. The profile of psychiatric symptoms exacerbated by methamphetamine use. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2016;161:104–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.01.018>
60. Degenhardt L, Mathers B, Guarinieri M, Panda S, Phillips B, Strathdee SA, et al. Meth/amphetamine use and associated HIV: Implications for global policy and public health. *Int J Drug Policy* [Internet]. 2010;21(5):347–58. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.11.007>
61. Anglin MD, Burke C, Perrochet B, Stamper E, Dawud-Noursi S. History of the methamphetamine problem. *J Psychoactive Drugs.* 2000;32(2):137–41.
62. The United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). World drug report 2019 [Internet]. [cited 2022 Feb 13]. Available from: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>
63. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) 2017, European Drug Report 2017: Trends and Developments, Publications Office of the European Union, Luxemburg. Luxemburg; 2017.
64. Karakukcu C, Ciraci MZ, Kocer D, Erturk-Zararsiz G R, M AI. Regional drug abuse prevalence depending on laboratory based urine illicit drug screening results. *Anadolu Psikiyatr Derg.* 2018;19(169–176).
65. Salo R, Flower K, Kielstein A, Leamon MH, Nordahl TE, Galloway GP. Psychiatric comorbidity in methamphetamine dependence. *Psychiatry Res* [Internet]. 2011;186(2–3):356–61. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.014>
66. Schürer S, Klingel K, Sandri M, Majunke N, Besler C, Kandolf R, et al. Clinical Characteristics, Histopathological Features, and Clinical Outcome of Methamphetamine-Associated Cardiomyopathy. *JACC Hear Fail.* 2017;5(6):435–45.
67. Lecomte T, Dumais A, Dugré J, Potvin S. The prevalence of substance-induced psychotic disorder in methamphetamine misusers: A meta-analysis. *Psychiatry Res* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2021 Aug 22];268:189–92. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30041133/>
68. Grant K, LeVan T, Wells S, Li M, Stoltenberg S, Gendelman H, et al. Methamphetamine-associated psychosis. *J Neuroimmune Pharmacol* [Internet]. 2012 Mar [cited 2021 Aug 22];7(1):113–39. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21728034/>
69. Morgan E, Woods S, Poquette A, Vigil O, Heaton R, Grant I. Visual memory in

- methamphetamine-dependent individuals: deficient strategic control of encoding and retrieval. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 2012 Feb [cited 2021 Aug 22];46(2):141–52. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22311530/>
70. Newton T, Kalechstein A, Duran S, Vansluis N, Ling W. Methamphetamine abstinence syndrome: preliminary findings. *Am J Addict* [Internet]. 2004 May [cited 2021 Aug 29];13(3):248–55. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15370944/>
 71. Potvin S, Pelletier J, Grot S, Hébert C, Barr AM LT. Cognitive deficits in individuals with methamphetamine use disorder: a meta-analysis. *Addict Behav*. 2018;80:154–60.
 72. Hser Y, Evans E, Huang D, Brecht M, Li L. Comparing the dynamic course of heroin, cocaine, and methamphetamine use over 10 years. *Addict Behav* [Internet]. 2008 Dec [cited 2021 Aug 29];33(12):1581–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18790574/>
 73. Hasin, DS., O’Brein, CP., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K. ve Budney A. DSM-5 Criteria for Substance use Disorders: Recommendations and Rationale. *Am J Psychiatry*. 2013;170:34–51.
 74. Alblooshi, H., Hulse, G., Kashef, A., Hashmi, H., Shawky, M., Ghaferi, H., Safar, H. ve Tay G. The Pattern Of Substance Use Disorder İn The United Arab Emirates in 2015: Results Of a National Rehabilitation Centre Cohort Study. *J Addict*. 2015;12(10):52–6.
 75. Hagen, E., Erga, A., Hagen, P., Nesvag, M., McKay, R., Lundervold ve Walderhaug E. Assessment of Executive Function in Patients With Substance Use Disorder: A Comparison of Inventoryand Performance-Based Assessment. *J Subst Abuse Treat*. 2016;66:1–8.
 76. Ainsworth MDS. Infant — Mother Attachment. 1979;34(10):932–7.
 77. Shaver, P. R., & Hazan C. Adult romantic attachment: Theory and evidence. In: Jones IDP& W, editor. *Advances in personal relationships: A research annual(vol4)*. London: Jessica Kingsley Publishers.; 1993. p. 29–70.
 78. Hazan, C., & Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychol Inq*. 1994;5:1–22.
 79. Shaver, P. R., Hazan, C., & Bradshaw D. Love as attachment: The integration of three behavioral systems. In: Barnes RJS& ML, editor. *The psychology of love*. New Haven: Yale University Press.; 1988. p. 68–99.
 80. Bartholomew K. Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *J Soc Pers Relat*. 1990;7:147–78.
 81. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment Styles Among Young Adults: A Test of a Four-Category Model. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(2):226–44.

82. Brennan, K. A., Shaver, P. R., & Tobey AE. Attachment styles, gender, and parental problem drinking. *J Soc Pers Relat.* 1991;8:451–66.
83. Armsden GC, McCauley E, Greenberg MT, Burke PM, Mitchell JR. Parent and peer attachment in early adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol.* 1990;18(6):683–97.
84. Broberg AG, Hjalms I, Nevenon L. Eating disorders, attachment and interpersonal difficulties: A comparison between 18- to 24-year-old patients and normal controls. *Eur Eat Disord Rev.* 2001;9(6):381–96.
85. Caspers KM, Yucuis R, Troutman B, Spinks R. Attachment as an organizer of behavior: Implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Subst Abus Treat Prev Policy.* 2006;1(1):7–10.
86. Doron G, Moulding R, Nedeljkovic M, Kyrios M, Mikulincer M, Sar-El D. Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychol Psychother Theory, Res Pract.* 2012;85(2):163–78.
87. Meredith P, Ownsworth T, Strong J. A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(3):407–29.
88. Pacchierotti C, Bossini L, Castrogiovanni A, Pieraccini F, Soreca I, Castrogiovanni P. Attachment and panic disorder. *Psychopathology.* 2002;35(6):347–54.
89. De Rick A, Vanheule S, Verhaeghe P. Alcohol addiction and the attachment system: An empirical study of attachment style, alexithymia, and psychiatric disorders in alcoholic inpatients. *Subst Use Misuse.* 2009;44(1):99–114.
90. Ponizovsky AM, Vitenberg E, Baumgarten-Katz I, Grinshpoon A. Attachment styles and affect regulation among outpatients with schizophrenia: Relationships to symptomatology and emotional distress. *Psychol Psychother Theory, Res Pract.* 2013;86(2):164–82.
91. Allen JP, Hauser ST B-SE. Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11 year follow-up study. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:254–63.
92. Rosenstein DS HH. Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:244–53.
93. Finzi-Dottan R, Cohen O, Iwaniec D ve ark. The drug-user husband and his wife: Attachment styles, family cohesion and adaptability. *Subst Use Misuse.* 2003;38:271–92.
94. Mickelson KD, Kessler RC, Shaver PR. Adult attachment in a nationally representative sample. *J Pers Soc Psychol.* 1997;73(5):1092–106.
95. Premack D, Woodruff G. Premack and Woodruff: Chimpanzee theory of mind. *Behav Brain*

- Sci. 1978;4(1978):515–26.
96. Baron-Cohen S, Leslie AM FU. Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*. 1985;21:37–46.
 97. Tager-Flusberg H, Sullivan K. A componential view of theory of mind: Evidence from Williams syndrome. *Cognition*. 2000;76(1):59–90.
 98. Bach LJ, Happe F, Fleminger S, Powell J. Theory of mind: Independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. *Cogn Neuropsychiatry*. 2000;5(3):175–92.
 99. Perner J, Wimmer H. “John thinks thPerner, J., & Wimmer, H. (1985). “John thinks that Mary thinks that...” attribution of second-order beliefs by 5- to 10-year-old children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 39, 437–471. [http://doi.org/10.1016/0022-0965\(85\)90051-7](http://doi.org/10.1016/0022-0965(85)90051-7)at Ma. *J Exp Child Psychol*. 1985;39:437–71.
 100. Wellman BH, Cross D, Watson J. Meta-analysis of theory of mind development: The truth about false belief. *Child Development* 72. 2010;72(3):655–84.
 101. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT. Frontal lobe contributions to theory of mind. *Sci Ment Heal Vol 2 Autism*. 2013;226–42.
 102. Youmans G, Bourgeois M. Theory of mind in individuals with Alzheimer-type dementia. *Aphasiology*. 2010;24(4):515–34.
 103. Frith U, Frith CD. Development and neurophysiology of mentalizing. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*. 2003;358(1431):459–73.
 104. Meltzoff AN. ORIGINS OF THEORY OF MIND, COGNITION AND COMMUNICATION. *J Commun Disord* [Internet]. 1999 Jul [cited 2021 Nov 10];32(4):251. Available from: [/pmc/articles/PMC3629913/](http://pmc/articles/PMC3629913/)
 105. Langdon R, Davies M, Coltheart M. Understanding minds and understanding communicated meanings in schizophrenia. *Mind Lang*. 2002;17(1–2):68–104.
 106. Happe FGE. Communicative competence and theory of mind in autism: A test of relevance theory. *Cognition*. 1993;48(2):101–19.
 107. Korver-Nieberg N, Berry K, Meijer CJ, De Haan L. Adult attachment and psychotic phenomenology in clinical and non-clinical samples: A systematic review. *Psychol Psychother Theory, Res Pract*. 2014;87(2):127–54.
 108. Berry K, Barrowclough C, Wearden A. Attachment theory: A framework for understanding symptoms and interpersonal relationships in psychosis. *Behav Res Ther* [Internet]. 2008;46(12):1275–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.009>

109. Rajkumar RP. Childhood attachment and schizophrenia: The “attachment-developmental-cognitive” (ADC) hypothesis. *Med Hypotheses* [Internet]. 2014;83(3):276–81. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2014.05.017>
110. Ontai LL, Thompson RA. Attachment , Parent – Child Discourse and Theory-of-Mind Development. 2008;
111. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. *Psychiatr Clin North Am*. 2000;23(1):103–22.
112. Masterson JF. Bağlanma kuramı ve nörobiyolojik kendilik gelişimi açısından kişilik bozuklukları. (çev) HŞ, editor. İstanbul: Litera Yayıncılık; 2008.
113. Herrmann AS, Beutel ME, Gerzymisch K, Lane RD, Pastore-Molitor J, Wiltink J, et al. The impact of attachment distress on affect-centered mentalization: An experimental study in psychosomatic patients and healthy adults. *PLoS One*. 2018;13(4):1–18.
114. Galanter M. Marihuana and Social Behavior. *Arch Gen Psychiatry*. 1974;30(4):518.
115. Clopton PL, Janowsky DS, Clopton JM, Judd LL, Huey L. Psychopharmacology Marijuana and the Perception of Affect. Group. 1979;206:203–6.
116. Roser P, Lissek S, Tegenthoff M, Nicolas V, Juckel G, Brüne M. Alterations of theory of mind network activation in chronic cannabis users. *Schizophr Res* [Internet]. 2012;139(1–3):19–26. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2012.05.020>
117. Arunogiri S, Verdejo-Garcia A, McKetin R, Rubenis AJ, Fitzpatrick RE, Lubman DI. Emotion Recognition and Impulsive Choice in Relation to Methamphetamine Use and Psychosis Symptoms. *Front Psychiatry*. 2019;10(December):1–7.
118. Bostanci N, Albayrak B, Bakoğlu I, Çoban Ş. Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmalarının Depresif Belirtileri Üzerine Etkisi. *Yeni Symp*. 2006;44(4):189–95.
119. Polat O. Klinik Adli Tıp (1. baskı) Ankara: Seçkin Yayıncılık. 2004;
120. Elliman D. The physical punishment of children. *Arch Dis Child*. 2000;83:196–8.
121. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child Abuse and Neglect: Diagnosis and Management. *Dtsch Arztebl*. 2010;107(13):231–40.
122. Oral R, Can D, Kaplan S, Polat S, Ates N, Cetin G, et al. Child abuse in Turkey: An experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abus Negl*. 2001;25(2):279–90.
123. Yanik M, Özmen M. Psikiyatri poliklinigine basvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtimal yasantilari ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler

- arasındaki ilişki/The relationship of childhood abuse/neglect to suicide, selfmutilative beha. Anadolu Psikiyatr Derg. 2002;3(3):140.
124. Aral N, Gürsoy F. Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı. Milli Eğitim Derg. 2001;151(5):27–54.
125. Brown GR, Anderson B. Psychiatric Morbidity in Adult Inpatients with Childhood Histories of Sexual and Physical Abuse. Am J Psychiatry. 1991;148(1):55–61.
126. Merry SN, Andrews LK. Psychiatric Status of Sexually Abused Children 12 Months after Disclosure of Abuse. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet]. 1994;33(7):939–44. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199409000-00002>
127. Stephen Ludwig AR. Chapter 10 - Family Function and Dysfunction. In: William B. Carey, Allen C. Crocker, William L. Coleman, Ellen Roy Elias HMF, W.B. Saunders, editors. Developmental-Behavioral Pediatrics (Fourth Edition). 2009. p. 103–18.
128. Kaplan S, Pelcovitz D L V. Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(10):1214–22.
129. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. Child Abus Negl. 2002;26(6–7):697–714.
130. Garbarino J GA. Emotional Maltreatment of Children. 2 ed. Chicago: National Committee to Prevent Child Abuse; 1994.
131. Powers JL, Eckenrode J JB. Maltreatment among runaway and homeless youth. Child Abus Negl. 1990;14:87–98.
132. Gökler I. Çocuk istismarı ve ihmali: erken dönem stresin nörobiyolojik gelişime etkisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg. 2002;9:47–57.
133. Pizarro, R. A., & Billick SB. Current issues in child abuse. Curr Opin Psychiatry. 1999;12(6):665–8.
134. Tackett KK. The health effects of child abuse: four pathways by which abuse can influence health. Child Abus Negl. 2002;26:715–29.
135. Green A. Child sexual abuse and incest. In: Lewis M, editor. Child and adolescent psychiatry A comprehensive textbook. 2nd ed. Ba. 1996. p. 1041–8.
136. Yates A. Sexual abuse of children. In: Wiener JM, editor. Textbook of child adolescent psychiatry. 2nd ed. Washington, American Psychiatric Press; 1997. p. 699–709.
137. Hedin L. Physical and sexual abuse against women and children. Curr Opin Obs Gynecol.

2000;12:349–55.

138. Pelcovitz D, Kaplan S, Goldenberg B et al. Post-traumatic stress disorder in physically abused adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:305–12.
139. Adriana M. T, Florence K MLOS. Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse Negl*. 2010;34:95–104.
140. Kerr T, Stoltz J, Marshall B, Lai C, Strathdee S WE. Childhood Trauma and Injection Drug Use Among High-Risk Youth. *J Adolesc Heal*. 2009;45(3):300–2.
141. Schafer I, Reininghaus U, Langeland W, Voss A, Zieger N, Haasen C KA. Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Compr Psychiatry*. 2007;48:539–45.
142. Cuneyt E, Sevil K DC. Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. *Addict Behav*. 2006;31:475–85.
143. Luke N, Banerjee R. Differentiated associations between childhood maltreatment experiences and social understanding: A meta-analysis and systematic review. *Dev Rev [Internet]*. 2013;33(1):1–28. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.dr.2012.10.001>
144. Luyten P, Fonagy P. TThe Neurobiology of Mentalizing. *Personal Disord Theory, Res Treat*. 2015;6(4):366–79.
145. Pollak SD, Cicchetti D, Hornung K, Reed A. Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Dev Psychol*. 2000;36(5):679–88.
146. Cicchetti D, Rogosch FA, Maughan A, Toth SL, Bruce J. False belief understanding in maltreated children. *Dev Psychopathol*. 2003;15(4):1067–91.
147. Edwards A, Shipman K, Brown A. The socialization of emotional understanding: A comparison of neglectful and nonneglectful mothers and their children. *Child Maltreat*. 2005;10(3):293–304.
148. Pears K, Fisher PA. Emotion understanding and theory of mind among maltreated children in foster care: Evidence of deficits. *Dev Psychopathol*. 2005;17(1):47–65.
149. Ensink K, Normandin L, Target M, Fonagy P, Sabourin S, Berthelot N. Mentalization in children and mothers in the context of trauma: An initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *Br J Dev Psychol*. 2015;33(2):203–17.
150. Palmier-Claus J, Berry K, Darrell-Berry H, Emsley R, Parker S, Drake R, et al. Childhood adversity and social functioning in psychosis: Exploring clinical and cognitive mediators. *Psychiatry Res [Internet]*. 2016;238:25–32. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.02.004>

151. First MB, Spitzer RL, Gibbon M WJ. User's guide for the Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version. American Psychiatric Pub. 1997.
152. Çorapçıoğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A KE. DSM-IV Eksen I Bozuklukları (SCID-I) için yapılandırılmış klinik görüşme, klinik versiyon. Ankara: Hekimler yayın birliği; 1999.
153. Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F. ve Gürol T. Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatr Derg. 2012;23(4):264–73.
154. Griffin, D. W., & Bartholomew K. The metaphysics of measurement: The case of adult attachment. In: Perlman IKB& D, editor. Attachment processes in adulthood. Jessica Kingsley; 1994. p. 17–52.
155. Sümer, N. & Güngör D. Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemini Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma. Türk Psikol Derg. 1999;14(43):71–106.
156. Perner, J., Wimmer H. “John thinks that Mary thinks that...”: attribution of second-order false beliefs by 5- to 10- year-old children. J Exp Child Psychol. 1985;39:437–71.
157. Frith, C.D., Corcoran R. Exploring “theory of mind” in people with schizophrenia. Psychol Med. 1996;26:521–30.
158. Yücel MO. Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarının Birinci Derece Yakınlarında Zihin Kuramı Bozuklukları. Ankara Üniversitesi; 2008.
159. Bilgiç Ö. Ebeveynlerinde Psikoz Öyküsü Olan ve Olmayan Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Zihin Kuramı ve Bilişsel İşlevler Açısından Karşılaştırılması. Ege Üniversitesi, İzmir; 2017.
160. Bowler DM. “Theory of Mind” in Asperger Syndrome. J Child Psychol Psychiatry. 1992;33:877–95.
161. Corcoran R, Mercer G FC. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating “theory of mind” in people with schizophrenia. Schizophr Res. 1995;17(1):5–13.
162. Baron-Cohen S, O’Riordan M, Stone V, Jones R PK. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. J Autism Dev Disord. 1999;29:407–18.
163. Baron-Cohen S, Jolliffe T, Mortimore C RM. Another Advanced Test of Theory of Mind: Evidence from Very High Functioning Adults with Autism or Asperger Syndrome. J Child Psychol Psychiatry. 1997;38:813–22.
164. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y PI. The “Reading the Mind in the Eyes” Test

- revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger's syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(2):241–51.
165. Yıldırım EA, Kaşar M, Gdk M, Ateş E, Kkparlak İ ÖE. Gzlerden Zihin Okuma Testi'nin Trke Gvenirlik alışması. *Trk Psikiyatı Derg*. 2011;22(3):177–86.
166. Harkness, K., Sabbagh, M., Jacobson, J., Chowdrey, N., & Chen T. Enhanced accuracy of mental state decoding in dysphoric college students. *Cogn Emot*. 2005;19(7):999–1025.
167. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L FJ. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 1994;151(8):1132–6.
168. şar V, Öztrk E İE. Cocukluk ağı ruhsal travma leğinin trke uyarlamasının gecerlilik ve gvenilirliği. *Trkiye Klin*. 2012;32(4):1054–63.
169. Henkel D. (2011). Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). *Current drug abuse reviews*, 4(1), 4-27.
170. Gfroerer, J. C., Greenblatt, J. C., & Wright DA. (1997). Substance use in the US college-age population: differences according to educational status and living arrangement. *American journal of public health*, 87(1), 62-65.
171. Mutlu, E. A., & Öztrk Sarıkaya Ö. (2019) Evaluation of sociodemographic data in patients treated in an alcohol and drug addiction treatment center (ASATC) clinic (tur). *Journal of Clinical Psychiatry*, 22(3), 276-285.
172. Lee, J. O., Herrenkohl, T. I., Kosterman, R., Small, C. M., & Hawkins JD. (2013). Educational inequalities in the co-occurrence of mental health and substance use problems, and its adult socio-economic consequences: a longitudinal study of young adults in a community sample. *Public health*, 127(8), 745-753.
173. Crum, R. M., Helzer, J. E., & Anthony JC. (1993). Level of education and alcohol abuse and dependence in adulthood: a further inquiry. *American Journal of Public Health*, 83(6), 830-837.
174. Arteaga, I., Chen, C. C., & Reynolds AJ. (2010). Childhood predictors of adult substance abuse. *Children and Youth Services Review*, 32(8), 1108-1120.
175. Swendsen, J., Burstein, M., Case, B., Conway, K. P., Dierker, L., He, J., & Merikangas KR. (2012). Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents: Results of the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement. *Archives of general psychiatry*, 69(4), 390-398.
176. DOğAN O. (2001). Sivas ilindeki lise ğrencilerinde madde kullanımı yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, 2(2), 53-56.
177. Staines, G. L., Magura, S., Foote, J., Deluca, A., & Kosanke N. (2001). Polysubstance use

- among alcoholics. *Journal of addictive diseases*, 20(4), 57-73.
178. Weinberger, A. H., Funk, A. P., & Goodwin RD. (2016). A review of epidemiologic research on smoking behavior among persons with alcohol and illicit substance use disorders. *Preventive medicine*, 92, 148-159.
 179. Cooney, N. L., Cooney, J. L., Perry, B. L., Carbone, M., Cohen, E. H., Steinberg, H. R., ... & Litt MD. (2009). Smoking cessation during alcohol treatment: a randomized trial of combination nicotine patch plus nicotine gum. *Addiction*, 104(9), 1588-1596.
 180. Lemon, S. C., Friedmann, P. D., & Stein MD. (2003). The impact of smoking cessation on drug abuse treatment outcome. *Addictive behaviors*, 28(7), 1323-1331.
 181. Prochaska, J. J., Delucchi, K., & Hall SM. (2004). A meta-analysis of smoking cessation interventions with individuals in substance abuse treatment or recovery. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(6), 1144.
 182. Elliott, J. C., Carey, K. B., & Bonafide KE. (2012). Does family history of alcohol problems influence college and university drinking or substance use? A meta-analytical review. *Addiction*, 107(10), 1774-1785.
 183. Tyrfingsson, T., Thorgeirsson, T. E., Geller, F., Runarsdóttir, V., Hansdóttir, I., Bjornsdottir, G., ... & Stefansson K. (2010). Addictions and their familiarity in Iceland. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1187(1), 208-217.
 184. Kendler, K. S., & Prescott CA. (2007). *Genes, environment, and psychopathology: Understanding the causes of psychiatric and substance use disorders*. Guilford Press.
 185. Schindler A, Bröning S. A review on attachment and adolescent substance abuse: Empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Subst Abus.* 2015;36(3):304–13.
 186. Caspers, K. M., Yucuis, R., Troutman, B., & Spinks R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 1(1), 1-10.
 187. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, et al. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(1):22–31.
 188. Najavits, L. M., & Weiss RD. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*, 89(6), 679-688.
 189. Winters, D. E., Brandon-Friedman, R., Yepes, G., & Hinckley JD. (2021). Systematic review and meta-analysis of socio-cognitive and socio-affective processes association with adolescent substance use. *Drug and Alcohol Dependence*, 219, 108479.

190. Altıntaş, M., İnanç, L., Hunca, A. N., Ektiricioğlu, C., Yılmaz, N., Tuna, Z. O., & Üney R. (2019). Theory of mind, aggression and impulsivity in patients with synthetic cannabinoid use disorders: a case-control study.
191. Kim, Y. T., Kwon, D. H., & Chang Y. (2011). Impairments of facial emotion recognition and theory of mind in methamphetamine abusers. *Psychiatry Research*, 186(1), 80-84.
192. Ramseyer, F., & Tschacher W. (2011). Nonverbal synchrony in psychotherapy: coordinated body movement reflects relationship quality and outcome. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 284.
193. Russell, T. A., Green, M. J., Simpson, I., & Coltheart M. (2008). Remediation of facial emotion perception in schizophrenia: concomitant changes in visual attention. *Schizophrenia research*, 103(1-3), 248-256.
194. Zhang, S., Lin, X., Liu, J., Pan, Y., Zeng, X., Chen, F., & Wu J. (2020). Prevalence of childhood trauma measured by the short form of the Childhood Trauma Questionnaire in people with substance use disorder: A meta-analysis. *Psychiatry research*, 294, 113524.
195. Ergelen, M., Yalçın, M., & Bilici R. (2018). The comparison of violence, and the relationship with childhood trauma in Turkish men with alcohol, opiate, and synthetic cannabinoid use disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 14, 3169.
196. Lee, C. P., Mersky, J., Marsee, I., & Fuemmeler B. (2022). Childhood polyvictimization and marijuana use trajectories. *Development and Psychopathology*, 34(1), 273-283.
197. Szpak, M., & Białecka-Pikul M. (2020). Links between attachment and theory of mind in childhood: Meta-analytic review. *Social Development*, 29(3), 653-673.
198. Henry, A., Allain, P., & Potard C. (2022). Relationships between Theory of Mind and Attachment Styles in Emerging Adulthood. *Journal of Adult Development*, 1-13.
199. Akdeniz, B., Gunduz, M., Calli, S., Demirdogen, S., & Yavuz M. (2020). Parental Attachment and the Theory of Mind Abilities as Predictors of Internet Addiction in Turkish Adolescents. *Turk. Adolesc. Psychiatry Clin. Psychopharmacol*, 30, 222-229.
200. Kornreich C. (2017). Commentary on Bora & Zorlu (2017): Social cognition deficits in addiction—an attachment problem?. *Addiction*, 112(1), 49-50.
201. Dadds, M. R., Allen, J. L., Oliver, B. R., Faulkner, N., Legge, K., Moul, C., ... & Scott S. (2012). Love, eye contact and the developmental origins of empathy v. psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, 200(3), 191-196.
202. Hill, S. Y., Kostelnik, B., Holmes, B., Goradia, D., McDermott, M., Diwadkar, V., & Keshavan M. (2007). fMRI BOLD response to the eyes task in offspring from multiplex

- alcohol dependence families. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(12), 2028-2035.
203. Glahn, D. C., Lovallo, W. R., & Fox PT. (2007). Reduced amygdala activation in young adults at high risk of alcoholism: studies from the Oklahoma family health patterns project. *Biological psychiatry*, 61(11), 1306-1309.
 204. Gergely, G., & Watson JS. (1996). The Social Biofeedback Theory Of Parental Affect-Mirroring:: The Development Of Emotional Self-Awareness And Self-Control In Inf. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 1181-1212.
 205. Dunn, E. C., Crawford, K. M., Soare, T. W., Button, K. S., Raffeld, M. R., Smith, A. D., ... & Munafò MR. (2018). Exposure to childhood adversity and deficits in emotion recognition: results from a large, population-based sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 845-854.
 206. Germine, L., Dunn, E. C., McLaughlin, K. A., & Smoller JW. (2015). Childhood adversity is associated with adult theory of mind and social affiliation, but not face processing. *PloS one*, 10(6), e0129612.
 207. Nazarov, A., Frewen, P., Parlar, M., Oremus, C., MacQueen, G., McKinnon, M., & Lanius R. (2014). Theory of mind performance in women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129(3), 193-201.
 208. Francke, I. D. A., Viola, T. W., Tractenberg, S. G., & Grassi-Oliveira R. (2013). Childhood neglect and increased withdrawal and depressive severity in crack cocaine users during early abstinence. *Child abuse & neglect*, 37(10), 883-889.
 209. Kopera, M., Zaorska, J., Trucco, E. M., Suszek, H., Kobyliński, P., Zucker, R. A., ... & Jakubczyk A. (2020). Childhood trauma, alexithymia, and mental states recognition among individuals with alcohol use disorder and healthy controls. *Drug and Alcohol Dependence*, 217, 108301.