



T.C

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE SINIR  
(BORDERLINE) KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN KENDİNE ZARAR  
VERME VE İNTİHAR DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SUZAN ÖZDEMİR

167150108

DANIŞMAN: Dr. Öğr. Üyesi Pervin TUNÇ

İSTANBUL, 2019



T.C

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE  
SINIR (BORDERLINE) KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN  
KENDİNE ZARAR VERME VE İNTİHAR  
DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan: **SUZAN ÖZDEMİR**

## KABUL VE ONAY

Suzan ÖZDEMİR tarafından hazırlanan ‘Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Sınır (borderline) Kişilik Özelliklerinin Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışları Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi’ başlıklı bu çalışma, Savunma Sınavı tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

(Danışman) Üye : [Dr. Öğr. Üyesi Pervin Tunç]

Üye : [Prof. Dr. Mazlum Çöpür]

Üye : [Prof. Dr. Fatma Yasemin Kutlu]

Yukarıdaki imzaların adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

[ İ m z a ]

[Unvanı, Adı ve SOYADI]

Enstitü Müdürü Not: Bu tezde kullanılan özgün ve başka kaynaktan yapılan bildirişlerin, çizelge ve şekillerin kaynak gösterilmeden kullanımı, 5846 sayılı Fikir ve Sanat Eserleri Kanunundaki 17 hükümlere tabidir.

## BİLDİRİM

Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım:

Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Tezim sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.

Tezimin 2 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Suzan ÖZDEMİR

## YEMİN

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum ‘Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerde Sınır (borderline) Kişilik Özelliklerinin Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışları Üzerindeki Etkisinin Değerlendirilmesi’ adlı çalışmanın, tarafımdan bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Kaynakça’ da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Suzan ÖZDEMİR

## ÖZET

### MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN BİREYLERDE SINIR (BORDERLINE) KİŞİLİK ÖZELLİKLERİNİN KENDİNE ZARAR VERME VE İNTİHAR DAVRANIŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Suzan ÖZDEMİR

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

DANIŞMAN: Dr.Öğr.Üyesi Pervin TUNÇ

Haziran, 2019

Bu çalışmanın amacı, Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) tanısı olan ve MKB tanısı olmayan gruplarda, Sınır (borderline) kişilik özelliklerinin kendine zarar verme ve intihar davranışları üzerindeki yordayıcılığının değerlendirilmesidir. Araştırmanın örneklemini Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Psikiyatri servisinde tedavi görmekte olan MKB tanılı olgu grubu (n=122) ve İstanbul Arel Üniversitesi öğrencilerinden oluşan kontrol grubu (n=124) oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında Demografik Bilgi Formu, Sınır (borderline) Kişilik Envanteri (BKE), Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) ve İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ) kullanılmıştır. Gruplar arası farkların belirlenmesinde, bağımsız örneklemler için t- Testi ve tekrarlı olmayan ölçümler için Tek Yönlü Varyans Analizi (One- Way ANOVA); değişkenler arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması için ise Pearson korelasyon analizi ve çoklu hiyerarşik regresyon analizi tekniklerinden yararlanılmıştır. Araştırma sonuçlarında, MKB tanılı ve kontrol grubunda, Sınır (borderline) kişilik özellikleri arttıkça kendine zarar verme davranışları düzeyinin arttığı bulunmuştur. Yine tanılı ve kontrol grubunda KZVD Envanterinden sağlanan puanları kıyaslandığında anlamlı farklılık gözlenmemesine karşın iki grup arasında KZVD yöntemlerinin farklılaştığı gözlenmiştir. Çalışmanın diğer bir sonucu ise Sınır (borderline) kişilik özelliklerinin ve intihar davranış puanlarının kontrol grubuyla farklılaştığı ve kontrol grubundan daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Tanılı grupta katılımcıların cinsiyetleri ile kendine zarar verme arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki gözlenirken, aynı değişkenler arasındaki ilişki kontrol grubunda pozitif yönde ve yine

istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Araştırmadan elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılıp araştırmacılara önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Sınır (Borderline) Kişilik Bozukluğu, Madde Kullanım Bozukluğu, Kendine Zarar Verme Davranışı, İntihar Davranışı



## ABSTRACT

# EXPLORATION OF THE EFFECT OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER ON SELF-INJURING AND SUICIDAL BEHAVIORS IN INDIVIDUALS WITH SUBSTANCE USE DISORDERS

Suzan ÖZDEMİR

Master Thesis, Department of Nursing

Advisor: Ass. Prof. Pervin TUNÇ

June, 2019

The aim of this study was to evaluate the predictors of borderline personality traits on self-harm and suicidal behaviors in groups with substance use disorder (SUD) and without SUD. The sample of the study consists of a case group (n = 122) diagnosed with substance use disorder (n = 122) receiving treatment in the Psychiatry Department of the Balikli Greek Hospital and a control group (n = 124) of Istanbul Arel University students. Demographic Information Form, Borderline Personality Inventory (BMI), Self-Harm Behavior Assessment Inventory (NSSI) and Suicide Behavior Scale (ISS) were used to collect data. T-Test for independent samples and One-Way ANOVA for non-repetitive measurements (One-Way ANOVA); Pearson correlation analysis and multiple hierarchical regression analysis techniques were used to compare the relationships between variables. As a result of the study, it was found that the level of self-harm behaviors increased as Borderline personality traits increased in the diagnosis and control group. Again, when the scores obtained from the Self-Harm Behavior Inventory were compared in the diagnosed and control groups, no significant difference was observed, but the self-harm methods differed between the two groups. As a result of the study, it was concluded that borderline personality traits and suicidal behavior scores differed from the control group and were higher than the control group. While there was a negative



correlation between the gender of the participants and self-harm in the diagnosed group, the relationship between the same variables was found to be positive and statistically significant in the control group. The findings obtained from the research were discussed in the light of the literature and recommendations were made to the researchers. The findings obtained from the research were discussed in the light of the literature and recommendations were made to the researchers.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, Substance Use Disorder, Self-Harm Behavior, Suicidal Behavior



## ÖNSÖZ

Madde Kullanım Bozukluğu olan kişiler, farmakolojik tedavi gereksiniminin yanında aile ve toplum desteğine ihtiyaç duyan kimselerdir. Bu kişilerin ihtiyaçlarının karşılanması bir yana aileden başlayıp toplumun kendileri için en uzak noktasına kadar bu destekten mahrum bırakılıp damgalanmaya uğratılmış kimselerdir. Balıklı Rum Hastanesi ve Bakırköy Ruh ve Sınır Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde tanık olduğum vakaların tekrarlı yatışları, hayata karşı olumsuz duruşları ve tedaviye dirençli bir grup olması, onları anlama ve baş etme gücü bulmalarında çözümler üretmelerine yardımcı olmak amacıyla bu çalışmayı yapmayı istedim. MKB olan kişilerin maddeyi bırakma ve maddeyle gerileyen hayatlarını toparlama, topluma dâhil olma konusunda multidisipliner bir yaklaşımla hemşirelerin rol bu süreçte rol kazanması düşüncesi bu çalışma için bana yol gösterici oldu. Madde kullanımı bozukluğu olan ve sağlıklı grubun çalışmama verdiği destekten dolayı teşekkür ederim.

Tez çalışmanın zorlu süreçlerinde, desteğini esirgemeyip, yönlendirmeleriyle çalışmamı anlamlandıran tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Pervin Tunç'a minnet duyar ve çok teşekkür ederim. Bana lisans döneminde psikiyatri alanını sevdiren ve farkındalık kazandıran, yüksek lisansta yol göstericiliği ile yolumu açan, tez danışmanımı seçmeme vesile olan Prof. Dr. Nesrin Aştı' ya teşekkür ederim. Balıklı Rum Hastanesi çalışanlarına vaka yönlendirmeleriyle destekledikleri için teşekkür ederim.

Tezimin istatistik analizlerinde desteğini esirgemeyen, arkadaşlığı ve yol göstericiliğiyle her daim yanımda olan Uzm. Psikolojik Danışman Ahmet Altınok'a teşekkür ederim.

Beni dolaysız, yalın bir içtenlikte sevip, eğitimime önem verip, kişiliğimin mihenk taşı olan babama, disipliniyle hayata hazırlayan anneme sonsuz teşekkür ederim.

Suzan ÖZDEMİR

## İçindekiler Tablosu

KABUL VE ONAY.....	i
BİLDİRİM .....	ii
YEMİN .....	iii
ÖZET.....	vii
ABSTRACT .....	ix
ÖNSÖZ.....	x
TABLolar .....	xiv
KISALTMALAR .....	xv
1. GİRİŞ.....	1
Araştırma Soruları.....	4
1.1. Madde Kullanım Bozukluğu (MKB).....	4
1.1.1. Bağımlılık Yapan Maddelerin Farmakolojik Özellikleri ve Etkileri.....	5
1.1.1.1. Opiyatlar .....	5
1.1.1.2. İnhalanlar .....	6
1.1.1.3. Cannabis.....	6
1.1.1.4. Kokain .....	7
1.1.1.5. Halüsinojenler .....	7
1.1.1.6. Sedatif/Hipnotik/anksiyolitikler .....	7
1.1.2 Madde Kullanım Bozukluğu Tanımı .....	8
1.1.2. Madde Kullanım Bozukluğunun Tarihçesi.....	9
1.1.3. Madde Kullanımının Etiyolojisi .....	10
1.1.3.1. Maddenin (Farmakolojik ve Fiziksel) Özellikleri.....	10
1.1.3.2. Çevresel etki ve akran etkisi.....	11
1.1.3.2. Kişisel (Kişilik ve Genetik.) Özellikleri.....	11
1.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi.....	11
1.1.4.1. Dünyada Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi.....	12

1.1.4.2.	Türkiye’de Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi .....	12
1.2.	Sınır Kişilik Bozukluğu .....	13
1.2.1.	Sınır Kişilik Bozukluğu Tanımı.....	14
1.2.2.	Sınır Kişilik Bozukluğu ve Epidemiyolojisi .....	14
1.2.3.	Sınır Kişilik Özellikleri ve Etiyolojisi .....	15
1.2.4.	Madde Kullanım Bozukluğu ve Sınır Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişki.....	15
1.3.	Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD) .....	16
1.3.1.	Kendine Zarar Verme Davranışı Tanım .....	17
1.3.2.	Kendine Zarar Verme Davranışı ve Epidemiyolojisi .....	17
1.3.3.	Kendine Zarar Verme Davranışı ve Etiyolojisi .....	18
1.3.4.	Kendine Zarar Verme Davranışı ve Madde Kullanım Bozukluğu .....	19
1.3.5.	Kendine Zarar Verme Davranışı ve Sınır Kişilik Bozukluğu.....	20
1.3.6.	Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar.....	20
1.4.	İntihar .....	21
1.4.1.	İntihar ve Epidemiyolojisi.....	22
1.4.2.	İntihar ve Risk Etmenleri.....	22
1.4.2.1.	Sosyodemografik Risk Faktörleri .....	22
1.4.2.2.	Ailesel Risk Faktörleri.....	23
1.4.2.3.	İntihar ve Psikopatoloji .....	23
1.4.3.	İntihar ve Madde Kullanım Bozukluğu.....	23
1.4.4.	İntihar, Kendine Zarar Verme ve Madde Kullanım Bozukluğu.....	25
2.	BÖLÜM.....	26
YÖNTEM.....		26
2.1.	Araştırma Modeli.....	26
2.2.	Çalışma Grubu.....	26
2.3.	Veri Toplama Araçları .....	29
2.3.1.	Demografik Bilgi Formu .....	29
2.3.2.	Borderline Kişilik Envanteri (BKE) .....	29

2.3.3. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) .....	30
2.3.4. İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ) .....	30
2.4. Verilerin Toplanması ve Analizi.....	30
<b>3.BÖLÜM</b> .....	<b>32</b>
<b>BULGULAR</b> .....	<b>32</b>
3.1. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda SKB'nin, KZVD ve İntihar Davranışı Düzeyinin Değerlendirilmesi .....	32
3.2. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda Sınır Kişilik Özellikleri, KZVD ve İntihar Davranışının Farklılaşması.....	35
3.3. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda KZVD Farklılaşması .....	35
3.4. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda KZVD ve İntihar Davranışlarının Yordanmasına İlişkin Bulgular .....	37
3.5. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda KZVD'nin Yordayıcılarına İlişkin Bulgular .....	39
3.6. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda İntihar Davranışlarının Yordayıcılarına İlişkin Bulgular .....	41
<b>4.BÖLÜM</b> .....	<b>44</b>
<b>TARTIŞMA ve YORUM</b> .....	<b>44</b>
4.1. Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerine Göre Bulgularının Tartışılması	44
4.2. MKB Tanılı Olan Ve Olmayan Grupta SKB, KZVD ve İntihar Davranışı Düzeyleri İle İlgili Bulguların Tartışılması .....	46
4.3. MKB Tanılı ve Kontrol Gruplarında SKB, KZVD ve İntihar Davranışları Düzeylerinin farklılaşmasına dair bulguların tartışılması.....	49
4.4. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda KZVD Farklılaşmasına Dair Bulguların Tartışılması.....	50
4.5. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışlarının Yordanmasına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	51
4.5.1. MKB Tanısı Olan Ve Olmayan Gruplarda KZVD'lerinin Yordayıcılığına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	54

4.5.2. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda İntihar Davranışlarının Yordayıcılarına İlişkin Bulgular .....	54
SONUÇ, KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER .....	55
KAYNAKLAR.....	<b>Hata! Yer işareti tanımlanmamış.</b>
EK-1: BORDERLINE KİŞİLİK ENVANTERİ (BKE).....	77
EK-2: KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ENVANTERİ (KZVDE).....	79
EK-3: İNTİHAR DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ (İDÖ) .....	81
EK-4: DEMOGRAFİK BİLBİ FORMU .....	82
ÖZGEÇMİŞ.....	85



## TABLULAR

Tablo 1. Çalışma Grubuna Ait Demografik Özellikler

Tablo 2. Çalışma Grubuna Ait Demografik Özellikler(Devamı)

Tablo 3. Tanılı ve Kontrol Gruplarında Olan Katılımcıların Sınır (borderline) Kişilik Özelliklerine Sahip Olma, Kendine Zarar Verme Davranışları ve İntihar Davranışları Düzeylerine İlişkin Betimleyici İstatistikler

Tablo 4. Sınır (borderline) Kişilik Özellikleri, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışlarının MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplara Göre Farklılaşması

Tablo 5. Kendine Zarar Verme Davranışlarının MKB Olan ve Olmayan Gruba Göre Farklılaşması

Tablo 6. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Grupta, Sınır (borderline) Kişilik Özellikleri, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışları Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları

Tablo 7. MKB Olan ve Olmayan Grupta Demografik Özellikler Kontrol Edildiğinde Sınır (borderline) Kişilik Özelliklerinin Kendine Zarar Verme Davranışları Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 8. MKB Olan ve Olmayan Grupta Demografik Özellikler Kontrol Edildiğinde Sınır (borderline) Kişilik Özelliklerinin İntihar Davranışları Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları

## KISALTMALAR

**BKE** : Borderline Karakter Envanteri

<b>SKB</b>	:Sınır (Borderline) Kişilik Bozukluğu
<b>İDÖ</b>	:İntihar Davranışı Ölçeği
<b>KZVD</b>	:Kendine Zarar Verme Davranışı
<b>SPSS</b>	:Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı)
<b>DSM</b>	:Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)





## 1.BÖLÜM

### 1. GİRİŞ

İnsanlar yüzyıllar boyunca fiziksel ve ruhsal acılarını azaltmak ve bilinç durumlarında değişiklik sağlamak, duygu durumunda coşku yaratmak amacıyla merkezi sinir sistemine etki eden maddeleri kullanmışlardır. Bu tür maddelerin kullanımının sonuçları yıkıcı olmasına karşın ilk kullanımlarda, kullanımın kökeninde yatan temel nedenlere bakıldığında mutluluk, enerji vermesi ve hoşagitmesidir (Kring ve arkadaşları, 2015).

Madde Kullanım Bozukluğu (MKB), kullanılan psikoaktif maddelerin beynin işlevlerinde yarattığı değişiklikler ve bozulmalar sonucu oluştuğu bilinmekte ve beyindeki algı, duygu durumlarını değiştirmektedir. Nöroloji araştırmaları MKB'nin, biyolojik ve genetik temeli olan; kronik ve tekrarlayan bir bozukluk olduğu yönündedir (Olçay, 2016). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), MKB kavramını "kullanılan bir psikoaktif maddeye kişinin daha önceden değer verdiği diğer uğraşlardan ve nesnelere belirgin olarak daha yüksek bir öncelik tanıma davranışı" olarak tanımlamıştır (Yorgancıoğlu ve Esen, 2000).

Alkol Kullanım Bozukluğunun dünya genelinde yaşam boyu yaygınlığının yaklaşık %7,4 olduğu belirtilmiştir (Whiteford ve arkadaşları, 2013). Bu konuda yapılan farklı çalışmada da Amerika örneğinde, alkol kullanım bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığının %13,2, MKB'nin yaşam boyu yaygınlığının ise %7.9 olduğu; cinsiyetler açısından ise alkol kullanım bozukluğunda fark olmadığı ancak MKB olan erkeklerin oranının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Merikangas ve McClair, 2012). Alkol Kullanım Bozukluklarına eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkların değerlendirildiği uluslararası bir çalışmada, madde bozukluklarına en çok kaygı bozukluklarının eşlik ettiği belirtilmiştir (Merikangas ve arkadaşları, 1998; Bernstein ve ark., 1994). Aynı zamanda, madde kullanım bozukluklarının, Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB) olan kişilerde oldukça yaygın olarak gözlenen bir problem olduğu belirtilmiştir. Özellikle, SKB olan bireylerin MKB kriterlerini karşılama oranlarının da diğer psikiyatrik bozukluklardan fazla olduğu vurgulanmıştır (Koenigsberg, Kaplan, Gilmore ve Cooper, 1985; Loranger, 1985; Dulit ve ark., 1990).

MKB olan bireylerde en çok rastlanan kişilik bozukluğu ise SKB'dir. Sınır (borderline) kişilik bozukluğu gösteren hastalar sıra dışı, stabil olmayan duygu durumu, kişilik ve davranış özellikleri gösterirler. Kimlik duygusunda ve duygulanımda tutarsızlıklar vardır. Dürtülerini kontrol etmek onlar için zorlayıcıdır (APA, 2003). SKB olan kişilerin yalnız kalma ve terk edilme ile ilgili derin korkuları vardır. Manipülatif intihar girişimleri, eylemsel davranışlar, alkol ve uyuşturucu kullanımı ve rastgele cinsel ilişkiler sıktır. Ani duygu değişimleri ve duygu geçişleri sebebiyle içlerinde boşluk duyguları yaşarlar (APA, 2003). Trull ve arkadaşlarının yaptığı (2000) çalışmada yatarak tedavi gören ve ayaktan izlenen hastalarda en sık görülen kişilik bozukluğunun SKB olduğu görülmüştür. SKB'nin MKB ile birlikte görüldüğü vakalarda, sınır kişilik özelliklerinin madde kullanımını olumsuz etkilediği görülmüştür (Shea ve ark. 1992). SKB'nin en sık MKB, duygu durum bozuklukları ve diğer kişilik bozuklukları ile birlikte görüldüğü saptanmıştır (Yancar, 2005; Güleç ve ark., 2015).

Madde kullanımı olan kişilerde, Kendine Zarar Verme Davranışı'nın (KZVD) yüksek oranda görüldüğü ve yineleyici özelliği olduğu saptanmıştır (Oyefeso ve ark., 2008; Çelik ve Hocoğlu, 2017; Karatay ve Kubilay, 2004). SKB olan kişilerde madde kullanımının yaygın olduğu belirtilmektedir (APA, 2003). KZVD olan kişilerde madde kullanım yaygınlığının %90, karışık madde kullanımının %66.7, bağımlılık düzeylerinin %71.1 olduğu yapılan araştırmaların sonuçları arasındadır. KZVD olan kişiler, KZVD olmayan kişilerle kıyaslandığında madde kullanımına küçük yaşlarda başladıkları (Tutkun ve arkadaşları, 1995; Aksoy ve Ögel, 2003).

MKB olan kişilerin topluma göre intihar risklerinin yüksek olduğu ve MKB olan bireyler arasında intihar oranlarının genel nüfusa göre 20-30 kez daha fazla olduğu bulunmuştur (Ögel ve arkadaşları, 1998). Gençlerde tekrar eden intihar olgularında risk faktörleri arasında alkol ve madde kötüye kullanımı yer alır. Kişinin kendine ve başkalarına yönelik saldırgan davranışlarının madde kullanımıyla güçlü bir bağı olduğu ancak bu bağı gerçek doğası net bir biçimde ortaya konamamıştır (Akgör, 2012). MKB olan kişilerde intihar girişimi nedenlerini araştıran bir çalışmada, majör depresyon tanılarının sık olduğu,

bağımlılık şiddetinin yüksek, çoklu madde kullanımı ve SKB gibi ek tanılarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (Berglund ve Krantz, 1987; Ögel ve arkadaşları, 1998).

MKB olan bireylerde sınır (borderline) kişilik özellikleri ile KZVD arasındaki ilişkilerin değerlendirildiği bir çalışmada, MKB olan bireylerde KZVD'nin yaygın olduğu belirtilmiştir (Gratz ve Tull, 2010; Kural ve ark., 2005). Bu çalışmanın yanında, 43 çalışmadan ve toplam 870 örneklem ile yürütülen bir meta-analiz çalışmasında, madde kullanım bozuklukları ile intihar düşüncesi, intihar teşebbüsü ve intihara bağlı ölüm arasında güçlü bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Poorolajal, Haghtalab, Farhadi ve Darvishi, 2016). MKB ile intihar davranışları arasında ilişki olduğu Türkiye'de yapılan çalışmalarda da vurgulanmıştır (Balcıoğlu ve Abanoz, 2009; Ekici, Savaş ve Çıtak, 2001).

Madde kullanım bozuklukları ve ilişkili olduğu diğer değişkenler hakkında geniş bilgi sahibi olmak, geçmişe dönük değerlendirmeler yapabilmek, ilgili kamu politikalarını oluşturabilmek, koruyucu çalışmalar yapabilmek önemlidir. Hemşirelerin madde kullanımıyla ilgili, sağlığı koruma ve geliştirme doğrultusunda gerekli girişimleri planlayıp uygulamaları beklenmektedir (Asi-Karakaş ve Ersöğütçü, 2016). Ruh sağlığı alanında çalışan kişilerin madde kullanım bozuklukları ile mücadelede bilinçlendirilmesinin, özellikle önleyici hizmetlerin geliştirilmesi açısından önemli olduğu vurgulanmıştır (Özer, 2016; Engin ve Savaşan, 2001). Bu araştırma önleyici sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri alanında çalışan kişiler için bilgi temeli sağlayacaktır.

İlgili alanda daha çok araştırma yapılmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Çünkü MKB tanısı almış bireylerde sınır kişilik özelliklerinin, kendine zarar verme ve intihar davranışları üzerindeki etkisini birlikte değerlendiren bir çalışmaların yeterli olmadığı görülmüştür. Ayrıca, bu çalışmada, bu değişkenler arasındaki ilişkiler hem MKB tanısı olan bireylerde hem de tanılı olmayan örneklemde karşılaştırmalı olarak değerlendirilecektir. MKB tanılı kişilerde, sınır kişilik özelliklerinin, kendine zarar verme ve intihar davranışlarını yordamasının değerlendirilmesi bu çalışmanın temel amacını oluşturmaktadır.

Bu araştırma önleyici sağlık hizmetleri alanında çalışan kişiler için bilgi temeli sağlayacaktır. Klinikte çalışan psikiyatri hemşireleri, MKB olup sınır kişilik özellikleri gösteren kişilerde oluşan kaygı ve duygu değişimlerini anlamak ve duygu sağaltımını sağlamak için, MKB ve SKB'yle ilgili bilgi birikimi oluşturmalarıdır. Klinikte yaşanabilecek intihar ve kendine zarar verme davranışları riskini birinci dereceden takip etmekle sorumlu psikiyatri hemşirelerine riskleri anlamada kaynaklık edecektir ve psikiyatri hemşirelerinin yapacakları bilimsel çalışmalara kaynak oluşturacaktır.

### **Araştırma Soruları**

- 1-Madde Kullanım Bozukluğu tanılı grubun demografik değişkenlerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu vb.) göre sınır kişilik bozukluğu ile fark var mıdır?
- 2- Kontrol grubunun demografik değişkenlerine (yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu vb.) göre sınır kişilik bozukluğu düzeyleri arasında fark var mıdır?
- 3- Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı ve kontrol gruplarında sınır kişilik bozukluğu düzeyleri arasında fark var mıdır?
- 4- Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı ve kontrol gruplarında kendine zarar verici davranışları düzeyleri arasında fark var mıdır?
- 5- Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı ve kontrol gruplarında intihar davranışları düzeyleri arasında fark var mıdır?
- 6- Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı ve kontrol gruplarında Kendine Zarar Verme Davranışlarının Yordayıcıları arasında fark var mıdır?
- 7- Madde Kullanım Bozukluğu Tanılı ve kontrol gruplarında intihar Davranışlarının Yordayıcıları arasında fark var mıdır?

#### **1.1. Madde Kullanım Bozukluğu (MKB)**

MKB, son yıllarda dünyada ve ülkemizde ciddi bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve maddi açıdan ülkelere ciddi yük meydana getirmektedir.

Merkezi sinir sistemini etkileyip, kişide zihinsel ve davranışsal sorunlar meydana getirip yaşam kalitesini düşürmektedir (Aksoy ve Ögel 2005).

Sosyal işlevde yetersizliğe sebep olan madde kullanımı kişileri sosyal alanının daralması konusunda tehdit etmekte, aile ve iş yaşamını sekteye uğratarak yaşamla mücadele, sorunlarla baş etmede yetersizliğe sebep olmakla birlikte sosyal destek almada bu kişilere ulaşım zorlaşmaktadır (Can 2012; Buzlu, 1995; Linehan ve Nielsen, 1981).

### **1.1.1. Bağımlılık Yapan Maddelerin Farmakolojik Özellikleri ve Etkileri**

Bağımlılığa sebep olan maddelerin sınıflandırılması; maddelerin farmakolojik etkileri, psikolojik ve fiziksel bağımlılık kriterleri, bağımlılığın sebep olduğu zararların kişisel ve toplumsal boyutu irdelenerek yapılabilir (Uzbay, 2009).

En çok kullanılan madde türleri; alkol, nikotin, barbitüratlar, amfetaminler, eroin, ekstazi ve esrardır.

#### **1.1.1.1. Opiyatlar**

Opiyatlar; opium, morfin ve kodein gibi maddelerin kimyasal değişikliklerle elde edilen yarı sentetik maddelerdir ve eroin, hidromorfin, oksikodon gibi maddelere dönüştürülür. Bu maddeler vücutta karaciğerde metabolize olup idrar ve safra ile vücuttan atılımı sağlanır. Metabolitlerin %90'ının ilk 24 saatte vücuttan atımı olur, ancak idrarda 48 saat boyunca da görülebilmektedir. Uzun etkili olan metadonun atılımı 48 saatten daha uzun sürede gerçekleşir (Okutan, 2013; Siyez ve ark., 2012).

Opiyatlar özgül nöronal reseptörlere bağlanır ve bu reseptörler beyin ve bağırsaklarda bulunur. Opiyatların etkilerine bakarsak; analjezik, duygu durumunda değişimler, sedasyon ve yüksek doz alımında ise santral sinir sistemi (SSS) baskılanır. Bunun sonucunda zihinsel etkinliklerde yavaşlama ve solunumu yavaşlatma etkisi gerçekleşir. Opiyatların damar yoluyla alımında kısa süreli yüksek düzeyde haz verici etkisi olur. Vücutta sıcaklık hissi, öfori ve

ayakta rüya hissi gibi yaşantılar deneyimlenir (Yancar, 2005; Yılmaz ve ark., 2014).

Opiyat yoksunluğuna giren kişide anksiyete, gözlerde yaşarma, burun akıntısı, terleme, uykuda azalma, kas ağrıları, tremor, bulantı, kusma ve ishal görülür. Opiyat yoksunluğu, noradrenerjik denge bozukluğu olarak yorumlanır. Opiyat yoksunluğunun yüksek şiddette seyretme nedeni noradrenerjik aktivitelerin düzeylerinin artmasından kaynaklanır. Bu bulgulara bakıldığında, klonidin gibi bazı alfa 2 adrenerjik reseptör antagonistlerinin, opiyat yoksunluğundan doğan semptomların tedavi de kullanılmasına sebep olmuştur (Yancar, 2005; Doğan, 1997).

Opiyat kullanımı çok hızlı fiziksel bağımlılığa sebep olur ve en şiddetli bağımlılık yapan türü eroindir (Yancar, 2005; Şahin, 2017; Okutan, 2013).

#### **1.1.1.2. İnhalanlar**

Yaygın olarak kullanılan uçucu maddeler; yapıştırıcı, tiner, boya, aseton, çakmak gazıdır. Bu maddelerin 2/5'i akciğerden metabolize edilmeden atılır. Uçucu maddeler, karaciğerde metabolize edilir. Bu uçucu maddeler kullanımdan 4 saat sonra kanda görülebilirler. Merkezi sınır sisteminde bulunan depresanlara benzerlik gösterdikleri ve gamaaminobutirikasit (GABA) sistemini yükselttikleri düşünülmektedir. Uçucu madde kullanımına bağlı etkiler aniden ortaya çıkar ve baş dönmesi, öfori, uyuşukluk veya canlılık hali, anlaşılmayan konuşmalar, değerlendirme yetisinin bozulması ve algıda dalgalanmalar ortaya çıkabilir.

Son zamanlarda kullanımın artış gösterme nedenlerinin; kullanan arkadaş olması, kolay ulaşılabilirliği, ucuz olması ve hızlı duygusal değişimlere sebep olduğu düşünülmektedir. Tiner gibi maddeler majör organlara zarar verir ve ani kalp durmasına sebep olabilir (Şahin, 2017).

#### **1.1.1.3. Cannabis**

Yapılan araştırmalara göre dünyada en çok kötüye kullanımı olan madde olduğu ve yaklaşık olarak 200-300 milyon kişinin kullandığı düşünülmektedir. Kannabis Sativa adlı bitkiden elde edilen kannabis, içindeki 9-tetrahidrocanabiol

(THC) maddesi psikoaktif etkiler oluşturur. 2/3'ü karaciğerde metabolize olurken 1/3'ü böbreklerden atılır. Kannabis, Santral sinir sisteminde (SSS) adenilat siklaz aktivitesini inhibe eder. Kannabis dışarıdan gelen uyarılara karşı duyarlılığı arttırıp, renklerin daha parlak algılanması ve zamanın daha yavaş aktığı hissini yaratır (Can, 2012).

#### **1.1.1.4. Kokain**

Erythroxilon coca denen bitkinin yapraklarından elde edilir. Ağız, burun ve ya damar yoluyla kullanıldığı bilinmektedir. Etkisi 0-90 dakika içerisinde ortaya çıkmaktadır. Karaciğerde metabolize edilir. Santral sınır sisteminde (SSS)'de mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik sistemleri etkiler. Kokain uyanıklık, duyu durumunda iyilik hali ve öfori oluşturur. Enerjide artış, uyku ihtiyacının azalması durumu yaşanır. Aynı zamanda paranoid düşünceleri arttırarak psikoza neden olabilir (Yancar, 2005; Şahin, 2017).

#### **1.1.1.5. Halüsinojenler**

Halüsinojen madde kümesinde liserjik asid dietilamid (LSD), fenil alkil aminler, indoller ve benzilat ester, ekstazi, metilendioksiamfetamin (MDMA) maddeleri yer almaktadır. Karaciğerde metabolize olur. Halüsinojenlerin stimulan etkisiyle, öfori ve özgüvende artış ile başlayıp zaman kavramının belirginliğini yitirmesi, değişen şekiller, ışığın daha parlak algılanması gibi durumlar ortaya çıkabilir. Taşikardi, hipertansiyon ve hipertermiye neden olabilir (Yancar, 2005).

#### **1.1.1.6. Sedatif/Hipnotik/anksiyolitikler**

Benzodizepin, meprobamat, glutetimid gibi çeşitli hipnotik etkisi olan maddeler bu grupta yer alır. Birçoğu ağız yoluyla alınıp karaciğerde metabolize edilir. Bu maddeler santral sinir sistemine (SSS) etki ederek sedasyona sebep olurlar. İlk alındığında kısa süreli öfori ve cinsel dürtülerde artma sağlarken zamanla koordinasyon bozukluğu görülür (Yancar, 2005).

### 1.1.2 Madde Kullanım Bozukluğu Tanımı

Bağımlılık; bağımlılığa sebep olan maddelerin ilk kullanımında yaşanan keyif ve iyilik halinin devamını sağlamak amacıyla giderek artan dozlarda ve artan sıklıklarda bağımlılık yapıcı maddenin alınmasıdır. Bedensel, psikolojik ve toplumsal sorunlar yaratmasına rağmen, maddenin yarattığı iyilik halini sürdürmek amacıyla madde alımının devam etmesi ve durdurulamaması olarak tanımlanır (Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal Politika ve Strateji Belgesinin Uygulanması İçin Eylem Planı, 2010-2012). Madde kullanan birey, zamanla madde kullanımına devam eder ve madde üzerindeki kontrolünü kaybederek madde kullanımı olmaksızın yaşamını sürdüremez hale gelir (Özer, 2016; Köksal, 2016, Buzlu, 1995).

DSÖ (1964), bağımlılığı; bireyin bağımlılık yapıcı maddeyle etkileşiminden kaynaklı, psişik ve fiziksel niteliğinde yani davranış ve uyanlara verilen cevaplarda değişimlere sebep olması şeklinde tanımlamıştır. Birey, madde alımı konusunda sürekli veya dönem dönem karşı konulamaz bir dürtüye sahip olur. Bu dürtü maddenin oluşturduğu psişik etkileri yaşama isteği veya maddenin oluşturduğu fiziksel sıkıntıyı giderme arzusundan kaynaklanır (Köksal 2016).

Bağımlılık; özünde bir ilişki türü ve sürecini içerir. Bağımlılığının içerdiği ilişki, kullanıcının seğimine ve kabulüne dayalı olarak direkt bu bağ ile kurulur. Bu ilişkinin bir ucunda kişinin kendisi varken diğer ucunda bir nesne, durum ya da başka bir kişi vardır. Kişinin nesne, durum veya diğer kişi ile ilişkisi sonradan ortaya çıkan özel durumdur. Madde kullanımı tutku haline geldiğinde bağımlılıktan söz edilebilir (Can, 2012; Selen, 2013). Haz verici bir etkinlik halini alan uyuşturucu madde kullanımı, kişiyi yaşımın olumsuzluklarından ve güçlüklerinden korumakta, yaşanan ruhsal acıyı hafifletip unutturmakta, hoşagitmeyen duyguları bastırmada etkin olmakta ve bunun sonucunda kişide haz yaratabilmektedir. Bu nedenler dışında kullanıcı için madde kullanımı bir amaç halini almış olup, neredeyse kişinin varlığının nedeni haline gelmiş ise, tam da bu noktada madde kullanımı için tutkudan ve dolayısıyla bağımlılıktan söz edilebilir (Ögel ve ark., 2005; Köksal, 2016; Kaplanhan, 2015).



Bağımlılık yapıcı maddeler, kısa zamanda alışkanlık hali yaratır ve zararlı sonuçlara neden olur (Kaplanhan, 2015). Merkezi sinir sistemi üzerinde tahrip edici özelliklere sahip olan bağımlılık yapıcı maddeler, kullanıldığı zamanla birlikte kişinin duygu, düşünce, ruhsal yaşam ve hareketleri üzerinde değişiklikler yaratarak kimyasal özelliklerinden dolayı bağımlılık tablosu oluşturur, alışkanlık ve bağımlılık tablosuyla birlikte sürece fiziksel bağımlılık ve maddeye tolerasyon gelişmesine neden olur (Köknel 1998; Yılmaz, 2015).

DSM-V'e göre, MKB, maddeye ilişkin belirgin sorunlara karşın bireyin maddenin kullanımını sürdürmesi ile ilişkili bilişsel, davranışsal ve ruhsal belirti kümesidir. DSM-V'e göre MKB tanı kriterlerinde; istenilenden daha uzun süre madde alımı, madde kullanımını bırakmada sonuç vermeyen çabalar, maddenin temin edilmesi ve kullanımı gibi çok fazla zaman ayrılması gibi durumlar yer alır. (American Psychiatric Association, 2013; Güleç ve ark., 2015).

### **1.1.2. Madde Kullanım Bozukluğunun Tarihçesi**

Bağımlılık yapıcı maddelerin kullanımı bütün dünya ülkelerinde finansal, sağlık ve sosyal sorunlara sebep olmaktadır (Yancar, 2005). Bağımlılığa sebep olan maddelerin 3500 yıl kadar eski bir geçmişi olduğu biliniyor. Tarih öncesine dayanan madde kullanımının yaygın kullanım durumlarına baktığımızda, dini törenlerde, zor geçen avlanma dönemlerinde, zor geçen doğumlarda yaygın kullanımına rastlanmaktadır (Yancar, 2005; Köksal, 2016; Türkcan, 1998).

İnsanlık tarihinin başlangıcından bu yana keyif verici, ağrı kesici ve hastalıkların tedavisinde işe yaradığı düşünüldüğü için uyuşturucu madde kullanılmıştır. Esrar ve afyonun, Tanrı'nın sıhhat ve mutluluk için gönderdiği bir hediye olduğu şeklinde bir düşünce hakimdi. Bazı toplumlarda erkekliğe geçiş ve kabile ayinlerinde vb. törenlerde farklı bir bilinç durumu yaşamak amacıyla dans, açlık, susuzluk, uykusuzluk gibi fiziksel durumlara ek olarak meditasyona, duaya ek olarak halüsinasyon gösteren bitkiler, afyon, esrar ve koka bitkileri kullanılmıştır (Kaplanhan, 2015; Yancar, 2005; Can, 2012).

Uyuşturucunun ilk kullanım zamanı dini ritüellerin yapıldığı zamana gitmektedir. Ayinlerde enstürümanlarla oluşturulan manevi ortamı güçlendirmek için madde kullanılırdı (Can, 2012). M.Ö. 6000'li yıllarda tedavi

amaçlı olarak bazı uyuşturucu maddeler kullanılmıştır. Sümerler tarafından da esrar ve afyon tedavi amacıyla kullanılmıştır. Çin’de esrarın faydalı bir bitki olduğu yazıtlarda görülmektedir.1960’lı yıllarda Amerika ve Avrupa’ da hızla yayılmıştır. Uyuşturucu maddelerin birçoğu 1930’larda üretilmeye başlanmış, kötüye kullanımı ise 2. Dünya Savaşı sıralarında olmuştur (Tabachnick ve Fidell, 2007). Osmanlı Devleti’nin dağılmasına yakın dönemde afyon maddesinin üretim ve ticareti tamamen serbest bırakılmıştır. Türkiye Cumhuriyeti Devleti kurulduktan sonra 3 Nisan 1932’de üretimi ve ticareti sınırlandırılmıştır (Yancar 2005; Aras, 2015).

### **1.1.3. Madde Kullanımının Etiyolojisi**

MKB çok etkenli bir bozukluk olarak kabul edilmektedir (Şahiner, 2012). Bağımlılığın kesin nedeni bilinmemekle birlikte bağımlılığa sebep olan koşullar olmasa da bağımlılığın oluşabileceği gerçeğini göz ardı etmemeliyiz. Madde kullanımı; sosyal, çevresel, genetik ve psikodinamik etkenlerle açıklanır (Şahin, 2017; Köksal, 2016; Özer, 2016).

#### **1.1.3.1. Maddenin (Farmakolojik ve Fiziksel) Özellikleri**

Bağımlılık yapıcı madde kullanımının sonrasına baktığımız zaman sahte iyi oluş halinin kısa sürede ortaya çıkması, o maddenin bağımlılık yapıcı yönünü ortaya çıkarmada etkindir (Şahin, 2017). Kullanılan bağımlılık yapıcı maddelerin özelliklerine baktığımızda; alkol, morfin, uyku ilaçları ve ağrı kesicilerin güçlü bağımlılık yapıcı özellikleri olduğu kullanıcılar üzerindeki etkilerinden anlaşılmaktadır. Bu maddelerin yoğun ve tekrarlayıcı kullanımları bağımlılığı oluşturmaktadır (Öztürk, 1994; Şahin, 2017; Yancar, 2005; Köksal, 2016).

Bağımlılık yapan maddeler beyindeki kimyasal maddelerde değişiklikler oluşturur ve tekrarlayıcı faaliyetlerle bağımlılık yapmaktadır. Madde kullanımından sonra kişi gevşeme, kasılma, uykuya dalma, uyarılma, enerjik hissetme gibi hisler yaşar. Böylece kişiler üzerinde fiziksel bağımlılık gelişmiş olur (Yancar, 2005; Özer, 2016; Ceyhun ve ark., 2001).

#### **1.1.4.2. Kişisel (Kişilik ve Genetik) Özellikleri**

Madde kullanımında, ergenlikten yetişkinliğe geçiş sırasında genetik etkinin arttığı çevresel faktörlerin etkisinin ise azaldığı yönünde ortaya konmuştur (Köksal, 2016). MKB olan bireyler incelendiğinde belirli bir kişilik örüntüsünün mevcut olmadığı belirlenmiştir. Madde kullanımı olan bireyler üzerinde yapılan çalışmalarda, bunların çoğunlukla düşük özgüvene sahip oldukları, kendilerine güvensiz oldukları ve bağımlı özellikler gösterdikleri, sınır konulmasına karşı aşırı duyarlı ve reddedici tutum içinde kaygılı ve otorite ile sorun yaşayan kişiler oldukları saptanmıştır. MKB'ye sıklıkla anksiyete ve depresyon, dikkat eksikliği ve hiperaktivite ve davranım bozuklukları eşlik etmektedir (Kasatura, 1998; Yancar, 2005; Özer, 2016; Şahin, 2017).

#### **1.1.3.2. Çevresel etki ve akran etkisi**

Çevrenin madde kullanımı üzerindeki etkisi incelendiğinde; kişinin dahil olduğu sosyal çevre ile etkileşiminin etkinliği büyük önem taşımakla birlikte, bağımlılığa sebep olan maddelerin yaygınlığı, ulaşılabilirliği ve teminin kolay olması önemli rol oynamaktadır (Tekalan, 2012; Uzbay, 1996; Beyazyürek ve ark., 1990).

Uyuşturucu maddeye ulaşmanın kolay olduğu bir çevrede ve madde kullanımının toplumsal açıdan sakıncalı görülmediği toplumlarda kullanımın daha yaygın olduğu ve bırakma yönünde faaliyetlerin desteklenmediği görülmektedir (Yüncü ve Aydın, 2012; Evren ve Çakmak, 2001).

#### **1.1.4. Madde Kullanım Bozukluğunun Epidemiyolojisi**

Madde kullanımının yaygınlığı konusunda yapılan çalışmalar artsa da madde kullanımının yasal olmaması kullanıcıların kimliklerini gizleme eğiliminde olmasına neden olmaktadır. Bu durumda sorulara doğru yanıt vermedikleri görülmektedir ve kullanıcıların sayısal oranlarının topluma oranla oldukça düşük çıkmasına neden olmaktadır. Bölgelere göre kullanımın artış göstermesi, yapılan çalışmalarda kullanıcılara ulaşıyor olsa da bağımlılıkla ilgili mutlak bir tanımın olmaması nedenleri göz önüne alındığında toplumdaki

madde kullanım yaygınlığını tespit etmekte zorluklar yaşanmaktadır (Karaer ve ark, 2003).

#### **1.1.4.1.Dünyada Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi**

MKB dünyanın bütün ülkelerinde toplumsal, ekonomik ve sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmakta ve günden güne kullanım oranları artmaktadır (Güler ve arkadaşları, 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1990-1992 yılları arasında yapılan çalışmanın sonucunda alkol kullanım bozukluğunun yaşam boyu yaygınlığı %13,8 olduğu görülmektedir. Cinsiyet dağılımına bakıldığında erkeklerde madde kullanım oranı, %23.8 kadınlarda ise %4,6'dır. Aynı çalışmanın verilerine göre madde kullanımı prevalansının %6,19 olduğu; erkeklerde %4,0, kadınlarda ise %1.3 olduğu görülmüştür (Saraçlı, 2007). 29 ülkede 1995 yılında yapılan Avrupa Alkol Madde Okul Projesinden elde edilen verilere göre ömür boyu en az bir kez esrar kullanımı %12'dir. İngiltere'de %41, İrlanda'da %37, İtalya'da %19, Danimarka'da %17, Polonya'da %8, Finlandiya'da %5, Türkiye'de %4, İsveç'te %6, , Norveç'te %6, Macaristan'da %4 olduğu sonucuna varılmıştır (Merkangas ve ark, 2012; Yalçın, 2012).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisinin, 2005 Yılı Dünya Uyuşturucu Raporuna göre; 15–64 yaş arası dünya nüfusunun %5' ine denk gelen 200 milyon kişi üzerinde madde kullanımı ile ilgili çalışma yürütülmüştür. Raporun sonuçlarına göre katılımcıların yaşamlarında en az bir kez madde kullandıkları görülmüştür. Yine aynı çalışmanın verilerine göre madde kullanan kişi sayısının giderek arttığı ve 2003-2004 yılları arasında büyük bir artış olduğu görülmüştür. Dünyada 24 milyon kişinin esrar, 6 milyon kişinin ecstasy, 14 milyon kişinin kokain, 16 milyon kişinin ise eroin kullandığı yürütülen tahminler arasındadır (Tansel, 2017).

#### **1.1.4.2. Türkiye'de Madde Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi**

Türkiye'de madde kullanımının yasal olmaması ve madde kullanıcılarının doğru bilgi verme konusunda çekingen davranması nedeni ile doğru araştırma verilerine ulaşma sorunu görülmektedir. Bu durum epidemiyolojik verilere ulaşmayı zorlaştırmaktadır (Güleç, 2012; Ögel ve ark., 2006).

2006-2007 Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığını İzleme Merkezi Ulusal Raporlarında; Türkiye’ de madde kullanımıyla ilgili ilk çalışma 200 kişiden oluşan, Türk Psikologlar Derneği tarafından yapılmış ve alkol madde kullanımının %0.3, yaşam boyu en az bir kez madde kullanımının %1.3 olduğu görülmüştür (Türkiye Ulusal Raporu, 2007).

2003’te Birleşmiş Milletler Uluslararası Uyuşturucu Kontrol Programı’nın 6 büyük ilde yaptığı çalışmaya göre, Türkiye’de afyon grubu madde kullanan 15-64 yaş popülasyonunun genel nüfus içindeki oranı %0.05, uçucu madde kullanım oranı ise %0.06 olarak tahmin edilmektedir (Türkiye Ulusal Raporu, 2007).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi’nin 2008 yılında yayınladığı bildiriye, Ankara’da öğrenim gören ilköğretim, lise ve üniversite öğrencileriyle yapılan çalışmada 13438 öğrenciye ulaşılmıştır. Bu çalışmanın sonucunda 52 kişi esrar, 26 kişi eroin, 5 kişi sedatif, 24 kişi halüsinojen, 22 kişi stimulan ve 35 kişi inhalan maddelerini devamlı kullandıklarını belirtmişlerdir. Madde kullanımı olan öğrencilerin %60.6’sı sadece bir madde kullanırken, %16.5’i ise üç ve daha fazla madde kullandığı tespit edilmiştir. Madde kullanım sıklığı gözden geçirildiğinde araştırma grubunun %31,1’i her gün, %21.4’ü yıl içinde birkaç kez kullandıklarını dile getirmişlerdir (EMCDDA Yıllık Raporu, 2008).

Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığının yayınladığı EMCDDA 2014 Türkiye Ulusal Raporu’nda belirtilen, 2011 yılında TUBİM’ in yaptığı genel nüfusta madde kullanım oranı araştırmasında 25 ilde 8145 kişiye ulaşılmış, yapılan görüşmeler sonucunda ömür boyu madde kullanım sıklığının %2,7 olduğu bulunmuştur.

## **1.2. Sınır Kişilik Bozukluğu**

SKB, işlevsellikte azalma ya da bozulma, kendine zarar verici davranış ve intihar riski ile karmaşık ve ciddi bir rahatsızlıktır (Tunç, 2016; Aydemir ve ark, 2006).

Kernberg (1999), SKB'yi kimlik dağılması, gerçeği değerlendirmede yetersizlik, ilkel savunma düzeneklerinin sık kullanıldığı, benlik duygusunda zayıflık olarak tanımlamıştır. Terk edilme kaygısının yoğun yaşanması, tutarsız kişiler arası ilişkiler, stres kökenli paranoya gibi özellikler SKB için kriterdir (Sayıl, 2010; Blais ve ark. 1999).

### **1.2.1. Sınır Kişilik Bozukluğu Tanımı**

SKB, genç erişkinlik döneminde başlayıp ve değişik koşullar altında ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik olduğu sürekli bir örüntü olarak tanımlanmaktadır (APA, 2013). Psikozla nevroz arasında kalan hasta grubu için 'sınırdaki' terimi kullanılma sebebinin, kişinin nevroitik görünümüne rağmen, yakın ilişkilerde psikoza benzer beklenmedik tepkiler vermelerinden kaynaklandığı ifade edilmiştir (Oldham, 1991; Pollack, 1999).

SKB, ruh halindeki süregelen değişkenlik, kişiler arası ilişkiler, benlik imgesi ve davranışlardaki tutarsızlıklarla kendini ortaya koyan bir rahatsızlıktır (Trull ve ark, 2000). SKB tanısı almış bu kişilerde yakın ilişkilerinde reddedilmeye ve terk edilmeye karşı hassasiyet taşırlar. Olumsuz yaşantı sonrasında duygularını düzenleme konusunda güçsüzlük ve tutarsızlık gösterirler (Gunderson ve Ridolfi, 2001). Bu kişilerde manipülatif özellikli intihar girişimleri ve duygusal çökkünlük dönemlerinde kendilerine zarar verme davranışlarına çok sık rastlanır (Trull ve ark, 2000; Leichenring, 1999).

B kümesinde yer alan SKB, DSM-V tanı ölçütlerinde; erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntü şeklinde tanımlanmıştır (American Psychiatric Association, 2013).

### **1.2.2. Sınır Kişilik Bozukluğu ve Epidemiyolojisi**

SKB olgularının toplum içindeki yaygınlığı %1.6-5.9, sağlık hizmeti veren kurumlarda %6, ayaktan tedavi veren psikiyatri hastanelerinde %10, yatarak tedavi gören hastalarda %20 oranlarında görülmektedir (DSM V, 2013).

Yapılan örnekleme ve değerlenmeye göre değişmekle birlikte, mahkumlar üzerinde yapılan çalışmaların sonucunda %25-%50 oranında sınır kişilik özellikleri gösterdikleri ortaya konmuştur (Sansone ve ark. 2012).

Başka bir çalışmanın sonucunda, SKB gösteren bireylerin %58'nin bazen ya da sık sık kavgalara dahil oldukları, %25'nin ise başkalarına karşı silah kullandıkları sonucu çıkmıştır (Aydın, 2016).

SKB gösteren bireylerin %75'inde intihar girişimi, %69-70'inden fazlasında Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD) olduğu, intihar girişiminde bulunanların %7-38'inde sınır kişilik özellikleri olduğu sonucu çıkmıştır. SKB'de medeni durum araştırmalarında bekâr ya da boşanmış olanların oranı %63-95 olarak bulunmuştur (Aydemir ve ark, 2006; Tunç, 2016).

### **1.2.3. Sınır Kişilik Özellikleri ve Etiyolojisi**

Birçok ruhsal hastalıkta olduğu gibi SKB'de biyolojik, psikolojik ve çevrenin etkili olduğu düşünölmektedir (Nehls,1998; Keskin, 2018).

Sınır kişilik özelliklerinin oluşmasında erken çocukluk döneminde anne-baba tutumlarının önemli etkisi olduğu görölmektedir (Cicchetti, 2014; Tarlacı, 1996). İlgü ve disiplinden yoksun veya aşırı kontrolcü bir tutumun bireyin kendilik duygusunun oluşmasını engellediği, ve özerklik duygusundan yoksun kalan bireyin ego sınırlarının gerektiği biçimde ve yeteri kadar sağlanamadığı öne sürölmüştür (Nehls,1998; Türkçapar ve ark, 2000).

Diğer kişilik bozukluklarında olduğu gibi SKB olgularında da genetik faktörler ve çocukluk döneminde yaşanan şiddet, ihmal, cinsel taciz, istismar, anne ve babanın ayrı yaşaması gibi olumsuz yaşantıların etken olduğu düşünölmektedir (Loranger, 1985).

### **1.2.4. Madde Kullanım Bozukluğu ve Sınır Kişilik Bozukluğu Arasındaki İlişki**

MKB'nin en sık göröldüğü kişilik bozukluklarından biri SKB'dir. SKB öfkeyi kontrol edememe, dürtüsellik, yoğun duygu değişimleri, hayatlarını tehlikeye atan davranışlar ve yakın ilişkilerde bozukluk ile karakterizedir.

Yapılan çalışmalarda SKB olan ailelerde normal popülasyona göre MKB'nin daha sık görüldüğü saptanmıştır (Türkçapar, 2000; Yancar, 2005).

Maddeyi kötüye kullanım, aşırı yemek yeme, rastgele cinsel ilişki gibi diğer sık görülen kendine zarar verme davranışları sıklıkla SKB tanısı alan kişilerde görülmektedir (Nysaeter ve Nordahl, 2012; Tunç, 2016; Baykız, 2003). SKB olan bireylerin madde kullanımı yönünden yüksek riskli grup oldukları görülmektedir (Berlin ve ark, 2005). SKB olan kişiler duygusal dalgalanmalar, boşluk duygusu ve sorunlarla başa çıkmada yetersizlik nedeni ile madde kullanımına yönelebilirler (Şahin, 2001). Bundan dolayı SKB olan kişiler madde kullanımına yönelebilmektedirler (Öner ve arkadaşları, 2002). MKB ve SKB arasındaki bir diğer ilişki, komorbidite geliştiği andan itibaren birbirlerini destekleyici bir nitelik taşımaya başlamalarıdır. Yapılan çalışmalar MKB'nin, SKB'nin kronik tablosunu, SKB'nde MKB kronik tablosunu arttırdığı yönündedir (Engin, 2007; Yancar, 2005).

MKB ve SKB incelendiğinde yüksek komorbidite oranının var olduğu görülmüştür (Engin ve Savaşan 2001). Dürtüsellik ve engellenmeye karşı aşırı duyarlılık gösteren kişilerin madde kullanımının stres azaltıcı etkisinden dolayı kullandıkları saptanmıştır (Loranger, 1985). Toplum tarafından dışlanma korkusu, depresif duygulanım ve başa çıkmada yetersiz kalma gibi durumlarda madde kullanımının arttığı ve bu özelliklerin belirgin yaşandığı SKB olgularında madde kullanımı yaygın olduğu görülmektedir (Keskin, 2018; Evren, 2004). Negatif duygulanımla başa çıkmada SKB olgularında kendine zarar verici davranış veya madde kullanımı söz konusudur. Yapılan çalışmalarda SKB ve MKB'nin tanı kriterlerinin benzerliği dikkat çekicidir (Stanley ve ark, 2010; Sayıl, 2010; Keskin, 2018).

### **1.3. Kendine Zarar Verme Davranışı (KZVD)**

Araştırmacılar tarafından günümüzde KZVD konusuna ilgi gittikçe artmaktadır. Psikiyatri kliniklerine ve acillere yapılan başvurularda KZVD görülmekte ve toplum içinde ergenler ve gençler arasında diğer popülasyonlara göre daha fazla görülmektedir (Çelik ve Hoccoğlu, 2017; Favazza, 1998). KZVD'nin altında yatan sebeplere bakıldığında; duygusal gerilimi azaltmak,



sorunlarla baş etmede yetersizlik ve gerilimi azaltmaya yönelik davranışlar olduğu görülmektedir. KZVD'nin sebepleri ve motivasyonunun anlaşılması kişilerin tedavi süreçlerinde önemli yer tutmaktadır (Favazza ve ark, 1989).

### **1.3.1. Kendine Zarar Verme Davranışı Tanım**

Geçmişten günümüze kendine zarar verme ile ilgili birçok tanımlama yapılmıştır ve çok fazla tanımın olması bu kavramla ilgili kafa karışıklığına sebep olmuştur. KZVD'nin tanımında göze çarpan ortak özellikler; vücudun bazı bölgelerine (kollar, bacaklar vb.) yapılıyor olması, tekrarlayan bir davranış olması, kişi tarafından bilinçli olarak yapılması, hayatı tehdit eden bir durumun çoğu kez olmaması ve ölüm amacı taşımaması şeklinde ifade edilmiştir (Ocak ve arkadaşları, 2013).

Farberow (1980), KZVD'nin kişinin kendisini ciddi derecede zarar verecek şekilde kesmesi ya da vücudunun belirli bölümlerine zarar verici davranış olarak tanımlar. Walsh ve Rosen (1988), kişinin isteği ile amaçlı olarak yapılan, genellikle ölümcül olmayan ve toplumun hoş karşılamadığı bir davranış olarak tanımlanmıştır. Favazza (1989), tekrarlayıcı özellikleri olan ama ölümcül özellik taşımayan, kişinin kendisine fiziksel zarar vermesi olarak tanımlamıştır. Favazza ve Conterio (1989), Kişinin yaşadığı durumlara katlanamaması, başa çıkmada yetersiz kalması sonucunda oluşan tahammülsüzlüğün kişide oluşturduğu baskı neticesinde kişinin kendisine yardım etme çabası ve bu yolla rahatlamaya çalışması olarak açıklamıştır (Khoury ve ark, 2010; Ocak ve ark, 2013).

Yapılan tanımlar doğrultusunda özetlenecek olursa, KZVD ölüm isteği olmaksızın tekrarlayıcı özelliği olan, isteyerek ve amaç doğrultusunda fiziksel hasarla sonuçlanan, kişinin kendisine yönelik davranışlardır (Alataş ve ark, 2014). Kişinin ortama uyumsuzluğuyla ortaya çıkan tahammülsüzlüğün doğurduğu baskıyı azaltıp rahatlamaya çalışma girişimi olarak da tanımlanabilir (Favazza, 1996; Ögel ve Aksoy, 2006).

### **1.3.2. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Epidemiyolojisi**

KZVD çoğunlukla ergenlik döneminde başlamaktadır. Ergenlik ve genç erişkin dönemde, erişkin döneme kıyasla daha fazla görülmektedir. KZVD'nin

ergenler üzerinde yapılan toplum çalışmalarında yaygınlığı %14-%40, klinikte yapılan çalışmalarda ise %40-%61 olduğu görülmüştür. KZVD için gözden geçirme çalışması yapılmış ve sonucunda yaşam boyu yaygınlığı %13.0- 23.2, bir yıllık sıklığı da %2.5-12.5 olarak bildirilmiştir. Yapılan başka bir çalışmaya göre genel toplumda görülme sıklığı %1 iken, bu oranın ergen ve genç erişkin yaş grubunda %12'ye kadar çıkabileceği düşünülmüştür (Briere ve Gil, 1998).

KZVD çoğunlukla 10-24 yaşları arasında başladığı, ortalama başlama yaşının 13-14 yaş grubu olduğu bulunmuştur. KZVD olan gençlerin çoğunluğunda birden fazla kez kendilerine zarar verici davranışları olduğu görülmüştür (Ögel ve Aksoy, 2006). Erkekler ve kadınlar arasında KZVD kıyaslandığında kimi çalışmalarda eşit oranda çıkarken, kimi çalışmalarda da kadınlarda erkeklerden daha fazla kendine zarar verme oranı bulunmuştur. Erkeklerde daha çok vurma ve yakma şeklinde KZVD olurken, kadınlarda ise kendini kesme ve vurma yöntemlerinin kullanıldığı bulunmuştur.

Bazı çalışmalarda kendini kesme, deriyi kazıma ve yakmanın ağır zarar verici davranış olduğu, vücudu bir yere çarpma, iğne batırma, saçını çekme, yara yerinden deri yolma gibi davranışlar daha hafif KZVD olarak kategorize edilmiştir ve KZVD'nin daha ağır formlarda görüldüğü kişilerin ağır psikopatolojilerinin olduğu vurgusu yapılmıştır (Favazza, 1996). Bu alanda yapılan bir çalışmada en sık zarar verilen bölgelerin %74 kollar, %44 bacaklar, %25 karın, %23 baş, %18 göğüs ve %8 genital bölgeler olduğu bildirilmiştir (Favazza, 1992; Zeki ve Çuhadaroğlu, 2012).

### **1.3.3. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Etiyolojisi**

KZVD'nin nedenleri incelendiğinde çocuklukta yaşanan kötü deneyimler (ihmal, istismar) ve biyolojik faktörlerin etkili olduğu görülmüştür. Psikodinamik ve davranışçı kurama göre KZVD'yi açıklayan sebepler sunulmuştur (Favazza ve Conterio, 1989; Çelik ve Hocoğlu, 2017; Tarlacı, 1996).

Çocukluğunda istismara uğramış kişiler zaman zaman bu deneyimleri hatırlayıp duygusal sıkıntıya girip kendilerine zarar vermektedirler. Zihinsel, bedensel duygusal veya cinsel yönden istismara uğramış bu kişiler yaşadıkları

baş edilmesi güç duyguları kendine zarar vermeyle azalttıkları görülmektedir. Yaşadıkları yüksek kaygı durumunda yalnız kaldıkları zamanlarda, KZVD'yi denedikleri ve oluşan yaraları saklama eğiliminde oldukları görülmüştür (Stanley ve ark, 2010; Klonsky ve ark, 2009).

Emerson (1913), kişinin kendine yönelik verdiği zararın sembolik olarak mastürbasyonun yerine geçtiğini, Fenichel (1945) ise 'mastürbasyonun eşdeğeri' olarak nitelemiştir. Kişinin KZVD göstermesinin altında yatan motivasyonun sekonder kazanç ve bulunduğu ortamda kendine zarar veren başka biri var ise onu taklit etme ileri sürülmektedir. KZVD olan kişilerin buldukları ortama uyum sağlama adına geçmişinde kendine zarar verme öyküsü olmamasına rağmen bu ortamlarda denedikleri, öfkelenme ve engellenmeye aşırı duyarlı kişilerin kendilerine zarar verme davranışları gösterdikleri gözlemlenmiştir (Bildik ve ark, 2012, Aksoy ve Ögel, 2003).

#### **1.3.4. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Madde Kullanım Bozukluğu**

Madde kullanımı ve KZVD aynı kişide birlikte görülme oranlarının hayli yüksek olduğu yapılan birçok çalışmanın ortak sonucudur. Maddenin kötüye kullanımı, KZVD'yi kasıtlı kılan önemli bir faktördür. Finlandiya'da bir psikiyatri servisinde yapılan araştırmaya göre madde kullanımı, kendine zarar veren kişilerde kendine zarar vermeyen kişilere göre dört kattan fazla risk faktörü olduğu sonucu çıkmıştır. Bu konuda tanımlanan neredeyse tüm çalışmalarda kendine zarar verme ve madde kullanımı arasında önemli ilişki olduğu bildirilmiştir (Aksoy ve Ögel, 2003; Gratz ve Tull. 2010).

Yapılan bazı çalışmalarda madde kullanımı olan kişilerin geçmiş yaşantılarında travmatik deneyimleri olduğu, KZVD'nin yanında, KZVD içinde yer alabilecek madde kullanımının olduğu görülmüştür. Kendini kesme yöntemiyle kendine zarar veren 21 kadın üzerinde yapılan çalışmada, çalışma sonuçlarına göre üçte birinde MKB olduğu sonucu çıkmıştır. Kendine zarar veren madde kullanıcılarının kendine zarar vermeyen madde kullanıcılarına göre daha fazla duygularını düzenlemede güçlük yaşadıkları gözlenmiştir (Karagöz ve Dağ, 2015; Favazza ve ark., 1989).

KZVD ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, madde kullanımının bir çeşit KZVD olduğu, gerçeği değerlendirme yetisinde bozulmalara yol açarak, ağrı eşiğini yükselterek ve zihinsel zevk alma duygusunu harekete geçirerek KZVD'yi tetikleyebileceği sonuçlarına ulaşılmıştır (Tarlacı ve ark, 1997). MKB olan kişilerde kendine zarar verme atakları genellikle madde kullanımı sırasında gerçekleşir. KZVD gösteren madde kullanıcılarının %54.7' sinin KZVD'yi gerçekleştirdiğinde madde etkisinde olduğu sonucu çıkmıştır. Madde etkisinde yapılan kendine zarar vermeyle madde etkisinde olmadan yapılan zarar verme davranışının nedenlerine bakıldığında altta yatan sebepler açısından farklılık olması beklenen bir sonuçtur (Bozkurt ve ark, 2012).

### **1.3.5. Kendine Zarar Verme Davranışı ve Sınır Kişilik Bozukluğu**

KZVD'nin altında yatan nedenler arasında özellikle SKB üzerinde durulmaktadır (Soloff ve arkadaşları, 1994). Kendine zarar verme davranışları, SKB'nin DSM'deki dokuz kriterinden biri içinde yer alır. KZVD incelendiğinde, en çok SKB olan kişilerde olduğu görülmüştür (Feldman, 1988).

Yapılan klinik çalışmaların sonucunda yatarak tedavi gören kişilerin KZVD oranı %48 iken, bu oran içinde sınır kişilik özellikleri oranı %28'dir (Herpertz, 1995). 12 yaşından önce KZVD olan kişilerde sınır kişilik özellikleri görülme sıklığı diğerlerine göre daha yüksektir (Herpertz, 1995; Ebrinç ve Başoğlu, 2001).

KZVD olan kişilerde SKB'nin görülme sıklığı diğer kişilere göre oldukça fazladır (Aksoy ve Ögel, 2003). KZVD'de oluşan duygu durumunun SKB'de yaşanan duygularla benzerlik gösterdiği savunulmuştur (Simeon ve arkadaşları, 1992).

### **1.3.6. Kendine Zarar Verme Davranışı ve İntihar**

Kendine zarar verme ve intihar davranışı arasındaki ilişkinin karmaşık olduğu yapılan çalışmalarda görülmüştür (Favazza ve ark, 1989). Kişi KZVD öncesinde baş edilemeyen duygular, gerginlik hissi ve kendini cezalandırma arzusu içindeyken KZVD gerçekleştikten sonra yerini rahatlamaya bırakmada

intihar davranışında yoğun umutsuzluk duygusu ve depresif durum olmaktadır (Tunç, 2016). KZVD bilinçli bir biçimde intihar girişimi olmasa da bazı araştırmalarda kişinin niyetinin güvenilir bir biçimde değerlendirilmesinin mümkün olmayabileceğini ve hastaların intihar niyetlerini gizleyebilecekleri fikrini savunmuşlardır (Tutkun ve ark, 1995; Friedman ve ark, 1972). Foster ve arkadaşları (1997), kişinin KZVD öykülerini birincil risk faktörü olarak değerlendirip takip eden ilk 12 ayda bu kişiler için intihar riskinin normal topluma göre 50-100 kat daha fazla olduğunu söylemişlerdir. İntihar girişimi sonrası ölen kişilerin %50'sinin KZVD öyküsü olduğu ve gençler arasında üçte ikiye varan sonuçlar çıktığı görülmüştür.

Tekrarlayan kendine zarar verme davranışları intihar girişimi açısından risklidir ve yapılan çalışmalarda kendine zarar veren davranışı olan kişilerde 5 yılda %1,7, 10 yılda %2,4 ve 15 yılda %3'e kadar varan oranlarda intihar girişimi olduğu bulunmuştur. 1978- 1997 yılları arasında KZVD olan 11583 hasta ile yapılan bir çalışmada %39'unda tekrar eden KZVD olduğunu, intihar girişimi için en riskli grupta yer alan kişilerin ise tekrarlayıcı KZVD olan kadınlar olduğu tespit edilmiştir (Türkcan, 2010).

KZVD olan bireylerin intihar girişimi diğerlerine göre daha manipülatif, dürtüsel ve dikkat çekme amaçlı olduğu düşünülse de, bu grubun %10'undan fazlasında tamamlanmış intihar söz konusudur (Yanık ve Özmen, 2002).

#### **1.4. İntihar**

İntihar, kişinin kendi istemiyle kendisini öldürme girişimi olarak tanımlanır (Bayam ve ark, 1995; Eskin ve ark, 2006). Ölümle sonuçlanırsa tamamlanmış intihar, ölümle sonuçlanmamışsa intihar girişimi olarak tanımlanmaktadır. Dünyada ölüm nedenleri arasında 13. Sırada, gençler arasında da üçüncü sırada yer alan intihar ciddi ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (Sudak ve ark, 2007; Yalvaç, 2006).

Ağır sorunlar altında ezilen ve baş edemeyen normal kişilerden, ağır psikopatoloji taşıyan kişilere kadar geniş spektrumu olan intihar dünya toplumlarının önemli bir sorunu olmaya devam etmektedir (Doruk ve Özşahin, 2007). Düşünce olarak tomurcuklanan intihar, ölüme kadar giden geniş bir şeridi

içerir. İntihar davranışı kavramı, intihar düşüncesini, intihar girişimini ve tamamlanmış intihar kavramlarını içinde barındırır ve bu kavramları kapsar (Dolaşır, 2007; Ercan ve ark, 2000).

#### **1.4.1. İntihar ve Epidemiyolojisi**

İntihar davranışı, yaşın ilerlemesiyle birlikte artmaktadır (Sudak ve ark, 2007). İntihar düşünceleri ergenliğin başlangıç dönemlerine yoğunluk gösterirken sonlarına doğru intihar girişimi yönünde artış gösterir. İntihar girişimi genç erişkin yaş grubunda daha sık görülmektedir (Berber, 2008). Genç kadınlarda intihar girişimi erkeklere göre daha fazla olmakla birlikte cinsiyete göre dağılım ergenlerde belirlenememiştir (Bayam ve ark, 1995; Demirel ve Esel, 2003).

İntihara bağlı ölümlerde dikkat çekici bir noktada %70-90 arasında bu kişilerin psikiyatrik tanıya sahip olmalarıdır. Duygu durum bozukluğundan kaynaklı hastalıklarda intihar davranışı yaygın olarak görülmektedir (Tunç, 2016; Ekici ve ark, 2001).

#### **1.4.2. İntihar ve Risk Etmenleri**

##### **1.4.2.1. Sosyodemografik Risk Faktörleri**

Sosyodemografik risk faktörleri, intihar davranışı için kapsayıcı sonuçları olmasa da genel çerçeve çizmek anlamında önemlidir. Erkeklerde tamamlanmış intihar yaygınken, kadınlarda intihar girişimi daha yoğun görülür. İntihar girişimleri, tamamlanmış intihardan daha fazladır ve ergen bireylerde, cinsiyete bağlı olmaksızın yüksek risk faktörü olduğu görülmüştür (Milgram 1993). Boşanmış olmak, dul veya yalnız yaşamak intihar riskini arttıran faktörlerdir (Dolaşır, 2007; Ekici ve ark, 2001, Ercan ve ark, 2000).

İşsizlik ve ekonomik sorunlar intihar için büyük bir risk faktörüdür ve düşük eğitim düzeyinde olanlarda daha sık intihar vakası gözlemlenmiştir. Düşük sosyoekonomik yapı risk faktörüdür. Kentte yaşayan insanlarda kırsal alana göre daha fazla intihar olgusu olduğu çalışmalarda yer almaktadır (Demirel ve Esen, 2003; Eskin ve ark, 2006; Ateşçi ve ark, 2002).

#### **1.4.2.2. Ailesel Risk Faktörleri**

Ailede intihar davranışlarının geçmişte yaşanmış olması, boşanma, aile içinde şiddetin görülmesi, ailenin parçalanmış olması, fiziksel veya cinsel istismara uğramak, aile içinde psikopatolojilerin olması ve sosyal desteğin yetersiz olması risk faktörleri arasındadır (Doruk ve Özşahin, 2007; Bayam ve ark, 1995; Devrimci-Özguven, 2008).

Aile bağlarının zayıf olması, aile içinde yaşanan iletişim sorunları, aile içindeki kaotik ortam intihar riskini arttırır. Ekonomik gücün zayıflığı, aile içinde madde kullanım öyküsü, antisosyal kişilik özelliği gösteren bireylerin varlığı ve kişinin kendisinin bu özellikleri gösteriyor olması intihar riskini arttıran etmenlerdir (Ateşçi ve ark, 2002; Aksoy, 2012).

#### **1.4.2.3. İntihar ve Psikopatoloji**

Tamamlanmış intihar vakalarında %90-95 oranında, intihar girişimlerinde ise %30-60 oranında psikiyatrik rahatsızlıkların eşlik ettiği görülmektedir. İntihar vakalarında, eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıklara bakıldığında tamamlanmış intiharlarda en çok majör depresyon, intihar girişimlerinde ise uyum ve duygu durum bozukluklarının olduğu gözlenmiştir. İntihara en yoğun eşlik eden bipolar bozukluktur ve çoğunlukla depresif dönemde görülür (Kaplan ve Sadock, 2004; Tel ve Uzun, 2003; Aksoy, 2012).

#### **1.4.3. İntihar ve Madde Kullanım Bozukluğu**

Alkol ve MKB olan kişilerde normal topluma göre intihar davranışı yönünden çok daha yüksek risk olduğu sonucu ortaya konmuştur (Ghodse ve Oyefeso, 1998). MKB olan bireylerde normal popülasyona göre beş kat daha fazla intihar riski olduğu ve intihar girişimi olan bireylerin %25'inde, MKB olduğu yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır (Evren ve arkadaşları, 2001; Uluhan, 2006)

Yapılan başka çalışmalarda ise düzenli madde kullanımı olan bireylerin tamamlanmış intihar riski açısından normal psikiyatrik bulguları olan popülasyona göre iki kat daha fazla risk içerdiği tespit edilmiştir (Dhossche ve ark., 2000; Trezza ve Popp 2000). Ögel (2005)' in yaptığı çalışmaya göre, MKB

olan bireylerin intihar riski normal topluma göre 20-30 kat daha fazladır. Genç yaşta intihar girişimi olan bireylerin %10' unun opioid kullanımı olanlar olduğu tespit edilmiştir. Eroin kullanan gençlerde intihar riskinin 10 kat daha fazla olduğu, eroin kullanımı olan kişilerle yapılan çalışmalarda intihar girişiminin %35 olduğu, intihar düşüncesinin ise %70 olduğu bulunmuştur (Koyuncu ve ark., 2003). Yapılan farklı çalışmalarda ise madde kullanımında intihar riskinin en fazla eroin kullanımı olanlarda görüldüğü tespit edilmiştir. İntihar girişimi ve intihar düşüncesinin madde kullanımının miktarı ve sıklığı ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Evren ve arkadaşları, 2001).

Madde kullanıcılarının %25,2'sinde en az 1 kez intihar girişimi olduğu bulunmuştur (Evren ve ark., 2001). MKB gösteren bireyler ile yapılmış başka bir çalışmanın sonucuna göre katılımcıların %24,7'sinde intihar girişiminin olduğu saptanmıştır. Eroin bağımlılarının %35'i; hap kullananların %34'ü; esrar kullananların %17,6'sı; uçucu madde kullananların %16,9'unda intihar girişimi olduğu bildirilmiştir (Ögel ve ark., 1999).

MKB olan bireylerin kişiler arası ilişkilerinde yaşadıkları olumsuz durumlar ve kayıplar, işsizlik ve ekonomik sıkıntılar, madde kullanımı sonucu oluşan hastalıklar yaşamlarını sekteye uğratar (Johnsson ve Fridell 1997). İntihar düşüncesi, MKB olan bireylerde intihar için risk faktörü olmaktadır. Aile desteğinden mahrum olmak, psikososyal bozulmaların şiddetlenerek artması, çoklu madde kullanımıyla birlikte tedavi isteğinin olmaması MKB olgularında intihar ile yüksek düzeyde ilişkili bulunmuştur. (Mino ve ark. 1999). Madde kullanımının uykuda bozulmalara sebep olduğu ve duygulanımda dalgalanmalar yarattığı, bununda MKB olan kişilerde intihar davranışı eğilimini arttırdığı görülmüştür (Johnsson ve Fridell 1997). Çok fazla madde kullanımı kişinin karar verme mekanizmasını ve kontrol kaybını arttırarak kişiyi riskli davranışlara sürüklemekte ve riskli davranışlar sonucu oluşan kazalar ölümcül intiharla sonuçlanabilmektedir (Johnsson ve Fridell 1997; Bakım ve arkadaşları, 2007).

Madde kullanımı olanlarda gizil intihar eğilimleri olduğu da bazı çalışmalarda ileri sürülmüştür. MKB olan kişilerin, ilişkilerinde yaşadıkları sorunlar ve kayıplar, çalışma hayatına odaklanamama, işsizlik, bedensel



sıkıntılar ve sosyal izolasyon gibi nedenler intihar düşüncesine ve girişimlerine sebep olmaktadır (Sayar ve Acar 1999; Eskin, 2003).

Madde kullanımı olan bireylerde intihar ve girişimi için risk oluşturabilecek durumlar; depresyon ve eş tanılarının varlığıdır. Ailede intihar öyküsü olması, çocukluk çağı travmaları, ayrılık, kabul edilmeme, dürtüsellik veya yapay bozukluk olduğu yapılan çalışmalarda da görülmektedir. MKB olan bireylerde intihar düşüncesinden intihar davranışına giden yol, dürtü kontrol bozukluğu ve yargı bozukluğu nedenleriyle kısalmaktadır (Ekici ve ark, 2001).

#### **1.4.4. İntihar, Kendine Zarar Verme ve Madde Kullanım Bozukluğu**

KZVD, kişinin ölme niyetine göre intihar veya intihar eğilimi olarak değerlendirilebilir. Ayrıca KZVD, intihar girişimi ve yaklaşmakta olan davranışı için hazırlık niteliği taşıyabilir (Favazza ve Conterio, 1988). İntihar kavramı düşünceden davranışa uzanan süreçte, bilinmeyen ve hastaların detaylı bilgi vermediği belirsiz davranışlar, intihar niyeti ile geniş çapta KZVD ile kategorize edilmiştir (Karagöz ve Dağ, 2015; Stanley ve Brodsky, 2005).

Zihinsel bozuklukların KZVD'yle sıkı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. İntihara bağlı ölümlerin %50 veya daha fazlasında bir ruh sağlığı problemi, depresyon ve MKB mevcuttur (Karagöz ve Dağ, 2015). Evren ve arkadaşlarının (2001) MKB olan kişilerde yapılmış olan, KZVD ve intihar girişimi öyküsü ile ilgili savunma mekanizmalarını incelediği çalışmada intihar davranışının, kendini yaralama davranışı olan hastalarda daha yüksek olduğu görülmüştür.

## 2. BÖLÜM YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın deseni, çalışma grubu, kullanılan ölçme araçları, araştırma kapsamında elde edilen verilerin analiz edilmesinde kullanılan istatistiksel tekniklere ilişkin bilgiler sunulmuştur.

### 2.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, MKB tanılı ve tanılı olmayan grupta, sınır kişilik özellikleri, kendine zarar verme ve intihar davranışı arasındaki ilişkileri ortaya koymak üzere karşılaştırmalı ilişkisel tarama modeline göre tasarlanmış betimsel bir çalışmadır. İlişkisel tarama modeli, iki ya da daha çok sayıdaki değişken arasındaki birlikte değişimin varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2002).

### 2.2. Çalışma Grubu

Bu araştırma, Balıklı Rum Hastanesi Bağımlılık Servisinde takipleri devam eden MKB tanılı olgular ile gerçekleştirilmiştir. İlgili klinikte takipleri devam eden tanılı 122 ve daha önce herhangi bir psikiyatrik teşhis ve tedavi almamış 124 kişilik kontrol grubu ile yürütülmüştür.

**MKB tanılı olgu grubu (n<sub>1</sub> =122)** Çalışmaya, Mayıs 2018 ve Temmuz 2018 tarihleri arasında Balıklı Rum Hastanesi Bağımlılık Servisinde takipleri devam eden kişilerden hastaneye gelme sıralarına göre psikiyatrik öykü, psikometrik değerlendirme, tanı ve tıbbi tedavi yönünden klinik ekip tarafından değerlendirilen, DSM-5 ölçütlerine göre MKB tanılı 122 kişi araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmaya katılımda tanılı olmak ile birlikte başka kriterlerde gözetilmiştir; bilgilendirilmiş onam formuna onay vermek, 18 yaş ve üzeri olmak, zihinsel geriliği olmamak, açık psikoz ve organik mental bozukluğu olmamak, değerlendirme sırasında madde etkisi altında olmamak.

**Kontrol grubu (n<sub>2</sub> =124)** cinsiyet, eğitim ve yaş özellikleri açısından tanılı grup ile eşleştirilmiş 124 kişiden oluşmaktadır.

Çalışma öncesinde Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar kapsamında Balıklı Rum Hastanesi Etik Kurul onayı alınmıştır. Çalışma grubuna ilişkin demografik özellikler Tablo 1’de sunulmuştur.

**Tablo 1. Çalışma Grubuna Ait Demografik Özellikler**

Değişkenler		Tanılı Grup (n=122)	Kontrol Grubu (n=124)	Toplam	
Cinsiyet	Erkek	n	118	86	204
		%	96.70%	69.40%	82.90%
	Kadın	n	4	38	42
		%	3.30%	30.60%	17.10%
Medeni Durum	Evli	n	37	15	52
		%	30.30%	12.10%	21.10%
	Bekar	n	78	109	187
		%	63.90%	87.90%	76.00%
	Boşanmış/Dul	n	7	0	7
		%	5.70%	0.00%	2.80%
Eğitim Düzeyi	İlkokul Mezunu	n	8	0	8
		%	6.60%	0.00%	3.30%
	Ortaokul Mezunu	n	40	1	41
		%	32.80%	0.80%	16.70%
	Lise Mezunu	n	57	6	63
		%	46.70%	4.80%	25.60%
	Üniversite Mezunu	n	16	111	127
		%	13.10%	89.50%	51.60%
	Yüksek Lisans Mezunu	n	1	6	7
		%	0.80%	4.80%	2.80%
Eğitim Düzeyi Sosyo-Ekonomik Düzeyi	Üst	n	20	10	30
		%	16.40%	8.10%	12.20%
	Orta	n	93	106	199
		%	76.20%	85.50%	80.90%
Alt	n	9	8	17	
	%	7.40%	6.50%	6.90%	

Tabloda verilen değerler incelendiğinde, tanıli grubunun % 96.7’sinin kontrol grubunun ise % 69.40’mın erkek olduğu, tanıli grubun % 63.90’mın

kontrol grubunun % 87.90'ının bekâr olduğu, ayrıca tanıli grubun % 46.7'sinin lise mezunu, kontrol grubunun ise % 89.50'sinin üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Her iki grupta da sosyo-ekonomik durumun benzer olduğu, tanıli grubun % 76.20'sinin kontrol grubunun ise % 85.50'sinin kendilerini “orta” sosyo-ekonomik düzeyde olarak tanımladıkları görülmektedir.

**Tablo 2. Çalışma Grubuna Ait Demografik Özellikler (Devamı)**

Değişkenler		Tanıli Grup (n=122)	Kontrol Grubu (n=124)	Toplam
	Köy-Kasaba	n 3	7	10
		% 2.50%	5.60%	4.10%
Hayatını	İlçe	n 14	19	33
		% 11.50%	15.30%	13.40%
Geçirdiği	Şehir	n 15	34	49
		% 12.30%	27.40%	19.90%
Yerleşim	Büyükşehir	n 84	63	147
		% 68.90%	50.80%	59.80%
Yeri	Yurtdışı	n 6	1	7
		% 4.90%	0.80%	2.80%
Aile Tipi	Çekirdek Aile (Anne-Baba- Kardeşler)	n 77	90	167
		% 63.10%	72.60%	67.90%
	Geniş Aile (Anne- Baba-kardeşler- akrabalar)	n 39	31	70
		% 32.00%	25.00%	28.50%
	Diğer (Parçalanmış aile vs)	n 6	3	9
		% 4.90%	2.40%	3.70%
Toplam		n 122	124	246
		% 100.00%	100.00%	100.00%

Tabloda verilen demografik özellikler genel olarak değerlendirildiğinde tanıli grup ile kontrol grubunun benzer özellikler gösterdiği ifade edilebilir. Tanılı grupta yer alan bireylerin yaşları 17 ile 61 arasında ve yaş ortalamaları 28.97 (Ss±7.75), kontrol grubunda yer alan kişilerin yaşları ise 18 ile 39 arasında değişmektedir ve yaş ortalamaları 23.37 (Ss±4.17)'dir.

### **2.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada, Demografik Bilgi Formu, Borderline Kişilik Envanteri (BKE), KZVD Değerlendirme Envanteri (KZVDDE) ve İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ) kullanılmıştır.

#### **2.3.1. Demografik Bilgi Formu**

Araştırmaya katılmaya gönüllü olan tüm katılımcılara, çalışmanın amacına yönelik olarak araştırmacı tarafından hazırlanmış sosyodemografik özellikler ve klinik öykülerine ilişkin sorular içeren bir form uygulanmıştır. Form, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, ailenin gelir düzeyi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, yaşadığı yer ve psikoterapi alma durumlarının araştırıldığı soruları kapsamaktadır.

#### **2.3.2. Borderline Kişilik Envanteri (BKE)**

Leichsenring (1999) tarafından geliştirilmiş ölçeğin, Türkçe' ye uyarlama çalışması, Aydemir ve arkadaşları (2003) tarafından yapılmıştır. Ölçek, Kernberg'in Sınır kişilik organizasyonu kuramına dayanmaktadır ve sınır semptomları ölçmektedir. Ölçeğin Gunderson' un SKB tanısız görüşme ve DSM ölçütlerini de kapsadığı belirtilmiştir (Aydemir ve arkadaşları, 2003). Ölçekte toplam 53 madde bulunmakta ve her bir madde doğru-yanlış biçiminde puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanların artması, sınır kişilik organizasyonunun düzeyinin de arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe formuna ilişkin iç tutarlık katsayısının .92 olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin kesme puanı 30 olarak belirtilmiştir.

Ölçeğin SKB grubunu diğer tanı gruplarından ve sağlıklı kontrol gruplarından iyi bir biçimde ayırt ettiği, SKB’de hem kesitsel aynı zamanda boyutsal değerlendirmede de kullanılabileceği belirtilmiştir (Aydemir, 2003). Ölçeğin, bu araştırmada kullanılan tanı grup örnekleme için iç tutarlılık katsayısı .84, kontrol grubu örnekleme için ise .85 olarak hesaplanmıştır.

### **2.3.3. Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri (KZVDDE)**

Klonsky ve Glenn (2009) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe’ye uyarlama çalışması Bildik ve arkadaşları (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçekte, Davranışlar ve İşlevler Olmak üzere iki bölüm bulunmaktadır. Ölçekte, intihar davranışı taşımaya 12 çeşit KZVD (kendini kesme, ısırma, yakma, çimdikleme vb) işe ilgili sıklık sorgulanmaktadır. Ölçeğin Türkçe formuna ilişkin iç tutarlılık katsayısının .79 olduğu belirtilmiştir. Ölçeğin, bu araştırmada kullanılan tanı grup örnekleme için iç tutarlılık katsayısı .79, kontrol grubu örnekleme için ise .78 olarak hesaplanmıştır.

### **2.3.4. İntihar Davranışı Ölçeği (İDÖ)**

Linehan ve arkadaşları (1981) tarafından geliştirilmiş olan İntihar Davranışı Ölçeğinin Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Bayam ve ark., 1995). Ölçek 4 maddedir ve Likert tipi 0-4 arasında puanlanır. İntihar davranışı ölçeğinden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 14 olup, toplam puan aritmetik toplama ile hesaplanır. En yüksek puan en ciddi intihar davranışını belirtir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği .92, ölçeğin tümü için Cronbach alfa katsayısı .73 olarak bulunmuştur (Bayam ve ark., 1995).

Ölçeğin, bu araştırmada kullanılan tanı grup örnekleme için iç tutarlılık katsayısı .83, kontrol grubu örnekleme için ise .80 olarak hesaplanmıştır.

## **2.4. Verilerin Toplanması ve Analizi**

Araştırmanın verileri, Balıklı Rum Hastanesi Psikiyatri Servisinde takipleri devam eden MKB olgularından araştırma amaçları doğrultusunda

belirlenen ölçekler aracılığıyla toplanmıştır. Verileri toplama işlemine geçilmeden önce ilgili etik kurul ve kurum veri toplama izinleri alınmıştır.

Ölçek uygulamaları, katılımcı ve araştırmacının birlikte olduğu özel klinik ortamda yüz yüze görüşme şeklinde yapılmıştır. Katılımcılara, kayıtlarının gizliliği konusunda güvence verilmiş, araştırmanın amacı anlatılarak bilgilendirilmiş katılım onayları alınmıştır. Sırası ile bilgilendirilmiş onam formu, Demografik Bilgi formu ve diğer ölçekler katılımcının öz bildirim şeklinde uygulanmıştır. Uygulamalar 20-25 dakika arasında sürmüştür.

Araştırma kapsamında toplanan veriler, bilgisayar ortamında istatistik paket programlarına girilmiş ve analiz edilmiştir. Araştırmada istatistiksel analizler için paket program olarak IBM SPSS 21 kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde, yapılan testlerin anlamlılığının belirlenmesinde kriter olarak .05 anlamlılık düzeyi alınmıştır. Gruplar arası farkların belirlenmesinde, bağımsız örneklem için t-Testi ve tekrarlı olmayan ölçümler için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA); değişkenler arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması için ise Pearson korelasyon analizi ve çoklu doğrusal hiyerarşik regresyon analizi tekniklerinden yararlanılmıştır.

### 3.BÖLÜM BULGULAR

Bu bölümde, araştırma kapsamında elde edilen verilerin analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgulara ve bulguların istatistiksel olarak yorumlanmasına yer verilmiştir. Öncelikle betimsel istatistik sonuçları verildikten sonra gruplar arası farklılaşmalar ve değişkenler arası ilişkiler test edilmiştir.

#### 3.1. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda SKB'nin, KZVD ve İntihar Davranışı Düzeyinin Değerlendirilmesi

Bu araştırmanın amaçlarından birisi, tanılı ve kontrol gruplarında olan katılımcıların sınır kişilik özelliklerine sahip olma, kendine zarar verme davranışları ve intihar davranışları düzeylerinin belirlenmesidir. Bu bağlamda analizler gerçekleştirilmiş ve bulgular Tablo 3'te verilmiştir.

**Tablo 3. MKB Tanılı ve Kontrol Gruplarında Olan Katılımcıların Sınır Kişilik Özelliklerine Sahip Olma, KZVD ve İntihar Davranışları Düzeylerine İlişkin Betimleyici İstatistikler**

Değişkenler	N	$\bar{X}$	ss	Min.	Maks.	Yüzdeler		
						25	50	75
Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanı	122	26.69	7.95	8	43	21	26	33
Tanlı Grup								
Kendine Zarar Verme- Davranış Toplam Puanı	122	36.07	59.51	0	305	0	10	40
İntihar Davranışı Ölçeği Toplam Puanı	122	2.36	3.05	0	14	0	1	4
Kontr- ol Grubu								
Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanı	124	19.37	7.40	8	38	13	19	24
Kendine Zarar Verme- Davranış Toplam Puanı	124	26.69	79.97	0	521	0	0	0
İntihar Davranışı Ölçeği Toplam Puanı	124	0.93	1.83	0	9	0	0	1



Tabloda verilen değerler incelendiğinde, tanılı gruptaki bireylerin Sınır Kişilik Envanterinden aldıkları en düşük puanın 8, en yüksek puanın ise 43 olduğu görölmektedir. sınır kişilik özelliklerine ilişkin ortalama puanlarının 26.69 ve standart sapmanın ise 7.95 olduğu belirlenmiştir. Puanların dağılımı yüzdeler açısından incelendiğinde ise en yüksek puanları alan %25'lik grubun puanları 33 ile 43 arasında değişmekte iken: en düşük puanları alan %25'lik grubun puanlarının ise 8 ile 21 arasında olduğu; çalışma grubunun ikinci ve üçüncü çeyreği arasında yer alan orta grubun puanlarının ise 21-33 arasında değiştii gözlenmektedir. Ölçekten alınan ortalama puanlar dikkate alındığında, araştırmaya katılan tanılı gruptaki bireylerin sınır kişilik özellikleri düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu ifade edilebilir.

Tanılı gruptaki bireylerin Kendine Zarar Verme Ölçeğinden aldıkları en düşük puanın 0, en yüksek puanın ise 305 olduğu görölmektedir. Kendine zarar verme düzeylerine ilişkin ortalama puanlarının 36.07 ve standart sapmanın ise 59.51 olduğu belirlenmiştir. Puanların dağılımı yüzdeler açısından incelendiğinde ise en yüksek puanları alan %25'lik grubun puanları 40 ile 305 arasında değişmekte iken: en düşük puanları alan %25'lik grubun puanlarının ise 0 olduğu; çalışma grubunun ikinci ve üçüncü çeyreği arasında yer alan orta grubun puanlarının ise 0-40 arasında değiştii gözlenmektedir. Ölçekten alınan ortalama puanlar dikkate alındığında, araştırmaya katılan tanılı gruptaki bireylerin kendine zarar verme düzeylerinin düşük düzeyde olduğu ifade edilebilir.

Tanılı gruptaki bireylerin İntihar Davranışı Ölçeğinden aldıkları en düşük puanın 0, en yüksek puanın ise 14 olduğu görölmektedir. İntihar davranışı düzeylerine ilişkin ortalama puanlarının 2.36 ve standart sapmanın ise 3.05 olduğu belirlenmiştir. Puanların dağılımı yüzdeler açısından incelendiğinde ise en yüksek puanları alan %25'lik grubun puanları 4 ile 14 arasında değişmekte iken: en düşük puanları alan %25'lik grubun puanlarının ise 0 olduğu; çalışma grubunun ikinci ve üçüncü çeyreği arasında yer alan orta grubun puanlarının ise 0-4 arasında değiştii gözlenmektedir. Ölçekten alınan ortalama puanlar dikkate

alındığında, araştırmaya katılan tanılı gruptaki bireylerin intihar davranışı düzeylerinin düşük düzeyde olduğu ifade edilebilir.

Tabloda verilen değerler incelendiğinde, kontrol grubundaki bireylerin Sınır Kişilik Envanterinden aldıkları en düşük puanın 8, en yüksek puanın ise 38 olduğu görölmektedir. Sınır kişilik özelliklerine ilişkin ortalama puanlarının 19.37 ve standart sapmanın ise 7.40 olduğu belirlenmiştir. Puanların dağılımlı yüzdellikler açısından incelendiğinde ise en yüksek puanları alan %25'lik grubun puanları 24 ile 38 arasında değişmekte iken: en düşük puanları alan %25'lik grubun puanlarının ise 8 ile 13 arasında olduğu; çalışma grubunun ikinci ve üçüncü çeyreği arasında yer alan orta grubun puanlarının ise 13-24 arasında değiştiği gözlenmektedir. Ölçekten alınan ortalama puanlar dikkate alındığında, araştırmaya katılan kontrol grubundaki bireylerin Sınır kişilik özellikleri düzeylerinin düşük düzeyde olduğu ifade edilebilir.

Kontrol grubundaki bireylerin Kendine Zarar Verme Ölçeğinden aldıkları en düşük puanın 0, en yüksek puanın ise 521 olduğu görölmektedir. Kendine zarar verme düzeylerine ilişkin ortalama puanlarının 26.69 ve standart sapmanın ise 79.97 olduğu belirlenmiştir. Ölçekten alınan ortalama puanlar dikkate alındığında, araştırmaya katılan kontrol grubundaki gruptaki bireylerin kendine zarar verme düzeylerinin düşük düzeyde olduğu ifade edilebilir.

Kontrol grubundaki bireylerin İntihar Davranışı Ölçeğinden aldıkları en düşük puanın 0, en yüksek puanın ise 9 olduğu görölmektedir. İntihar davranışı düzeylerine ilişkin ortalama puanlarının .93 ve standart sapmanın ise 1.83 olduğu belirlenmiştir. Alınan ortalama puanlar dikkate alındığında, araştırmaya katılan kontrol grubundaki bireylerin intihar davranışı düzeylerinin düşük düzeyde olduğu ifade edilebilir.

### 3.2. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda Sınır Kişilik Özellikleri, KZVD ve İntihar Davranışının Farklılaşması

MKB tanısı ve olmayan gruplarda, sınır kişilik özellikleri, kendine zarar verme ve intihar davranışının farklılaşması bağımsız örneklemeler için t Testi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

**Tablo 4. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda Sınır Kişilik Özellikleri, Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışının Farklılaşması**

Değişkenler	Grup	N	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanı	Tanlı Grup	122	26.69	7.95	7.48	244	.00
	Kontrol Grubu	124	19.37	7.40			
Kendine Zarar Verme-Davranış Toplam Puanı	Tanlı Grup	122	36.07	59.51	1.04	244	.30
	Kontrol Grubu	124	26.69	79.97			
İntihar Davranışı Ölçeği Toplam Puanı	Tanlı Grup	122	2.36	3.05	4.48	244	.00
	Kontrol Grubu	124	0.93	1.83			

Tabloda verilen analiz sonuçları incelendiğinde, tanıli grubun Sınır kişilik özelliklerinin [ $t(244)=7.48, p<.05$ ] ve intihar davranış puanlarının [ $t(244)=4.48, p<.05$ ] kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu; ancak kendine zarar verme davranışlarının [ $t(244)=1.04, p>.05$ ] tanıli ve kontrol grubunda farklılaşmadığı görülmektedir.

### 3.3. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda KZVD Farklılaşması

Kendine zarar verme davranışlarının MKB tanıli grup ve kontrol grubunda farklılaşmasının değerlendirilmesi için bağımsız gruplar için t-Testi uygulanmış ve analiz sonuçları Tablo 5'de sunulmuştur.

**Tablo 5. KZVD'nin MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruba Göre Farklılaşması**

Değişkenler	Grup	n	$\bar{X}$	Ss	t	sd	p
Kesme	Tanlı Grup	122	9.59	24.36	3.83	244	.00
	Kontrol Grubu	124	.98	5.78			
Isırma	Tanlı Grup	122	.29	2.43	-2.56	244	.01
	Kontrol Grubu	124	4.69	18.83			
Yakma	Tanlı Grup	122	1.51	9.77	1.03	244	.31
	Kontrol Grubu	124	.56	2.98			
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma	Tanlı Grup	122	.25	.88	-1.75	244	.08
	Kontrol Grubu	124	1.93	10.54			
Çimdikleme	Tanlı Grup	122	.01	.09	-2.90	244	.00
	Kontrol Grubu	124	5.06	19.20			
Saç Kopartma (kökünden)	Tanlı Grup	122	.84	9.05	.14	244	.89
	Kontrol Grubu	124	.71	4.79			
Tırnaklama (deriyi kanatacak kadar)	Tanlı Grup	122	.08	.55	-1.31	244	.19
	Kontrol Grubu	124	1.19	9.29			
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	Tanlı Grup	122	17.91	39.19	4.36	244	.00
	Kontrol Grubu	124	1.93	11.31			
Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	Tanlı Grup	122	3.85	22.04	-.40	244	.69
	Kontrol Grubu	124	4.88	18.56			
Cildi sert bir yüzeye sürtme	Tanlı Grup	122	.86	9.06	-.97	244	.33
	Kontrol Grubu	124	2.28	13.41			
Kendine İğne Batırma	Tanlı Grup	122	.02	.13	-1.72	244	.09
	Kontrol Grubu	124	2.10	13.38			
Tehlikeli/zararlı madde içme/yutma	Tanlı Grup	122	.86	9.06	.54	244	.59
	Kontrol Grubu	124	.40	2.68			

Tabloda verilen analiz sonuçları incelendiğinde kesme ve kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma davranışlarının tanıli grupta kontrol grubuna göre; ısırma ve çimdikleme davranışlarının ise kontrol grubunda tanıli gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmektedir ( $p < .05$ ).

Yakma, cilde bir harf/yazı şekil kazıma, saç kopartma(kökünden), tırnaklama (deriyi kanatacak kadar), yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma), cildi sert bir yüzeye sürme, kendine iğne batırma ve tehlikeli/zararlı madde içme/yutma davranışlarının ise gruplar arasında istatistiksel olarak farklılaşmadığı belirlenmiştir ( $p>.05$ ).

### **3.4. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda KZVD ve İntihar Davranışlarının Yordanmasına İlişkin bulgular**

Araştırma kapsamında, her bir değişkenin yordayıcılarının belirlenmesi için ayrı ayrı regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizleri MKB tanısı olan ve olmayan gruplar için ayrı ayrı gerçekleştirilmiştir. İlgili değişkenler arasındaki ilişkilerin doğrusal olup olmadığı saçılma diyagramlarına bakılarak değerlendirilmiştir. Ayrıca puanların normal dağılım gösterip göstermediği histogram ve normal dağılım grafikleri incelenerek değerlendirilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda değişkenler arasında doğrusal bir ilişki olduğu ve normallikten önemli sapmalar olmadığı belirlenmiştir. Böylece verinin çok değişkenli normallik varsayımını karşıladığı ifade edilebilir.

Ayrıca bağımsız değişkenler arası korelasyonlar incelenerek, yordayıcı değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığı değerlendirilmiş ve araştırmadaki tüm değişkenler arasındaki korelasyon değerleri Tablo 6'da sunulmuştur.

**Tablo 6. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Grupta, SKB Özellikleri, KZVD ve İntihar Davranışları Düzeyleri Arasındaki Korelasyon Katsayıları**

Grup		Cinsiyet	Yaş	Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanı	Kendine Zarar Verme-Davranış Toplam Puanı
Tanılı Grup	Cinsiyet <sup>1</sup>	-			
	Yaş	.12	-		
	Borderline Kişilik Envanteri	-.12	.03	-	
	Kendine Zarar Verme	<b>-.23**</b>	-.06	<b>.42**</b>	-
	İntihar Davranışı Ölçeği	-.13	-.10	<b>.42**</b>	<b>.31**</b>
Kontrol Grubu	Cinsiyet <sup>1</sup>	-			
	Yaş	.17	-		
	Borderline Kişilik Envanteri	.04	<b>-.23*</b>	-	
	Kendine Zarar Verme	.21*	-.09	.14	-
	İntihar Davranışı Ölçeği	-.17	-.07	<b>.32**</b>	.10

\*p<.05, \*\*p<.01, <sup>1</sup>: Erkek 1 olarak kodlanmıştır.

Tabloda verilen korelasyonlar incelendiğinde, tanılı grupta katılımcıların cinsiyetleri ile kendine zarar verme arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki gözlenirken ( $r=-.23$ ,  $p<.05$ ), aynı değişkenler arasındaki ilişki kontrol grubunda pozitif yönde ve yine istatistiksel olarak anlamlıdır ( $r=.21$ ,  $p<.05$ ). Tanılı grupta, katılımcıların yaşları ile Sınır Kişilik Envanterinden ( $r=.03$ ,  $p>.05$ ), Kendine Zarar Verme Ölçeği davranış boyutundan ( $r=-.06$ ,  $p>.05$ ) ve İntihar Davranışı Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ( $r=-.10$ ,  $p>.05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmezken, kontrol grubunda katılımcıların yaşları ile Sınır Kişilik Envanterinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir ( $r=.23$ ,  $p<.05$ ).

Tanılı grupta yer alan kişilerin, Sınır Kişilik Envanterinden aldıkları toplam puanlar ile Kendine Zarar Verme Ölçeği davranış boyutundan ( $r=.42$ ,  $p<.05$ ) ve İntihar Davranışı Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ( $r=.42$ ,  $p<.05$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Ancak, kontrol grubunda bulunan bireylerin Sınır Kişilik Envanterinden aldıkları toplam puanlar ile

İntihar Davranışı Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmekle birlikte ( $r=.32$ ,  $p<.05$ ) kontrol grubunda bulunan bireylerin Sınır Kişilik Envanterinden aldıkları toplam puanlar ile Kendine Zarar Verme Ölçeği davranış boyutundan aldıkları puanlar arasında ( $r=.14$ ,  $p>.05$ ) anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

### **3. 5. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda KZVD'nin Yordayıcılarına İlişkin Bulgular**

Kendine zarar verme davranışlarının yordayıcıları, MKB olan ve olmayan gruplar için ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bağımlı değişken olarak, KZVD değerlendirme envanterinin, davranışlar alt boyutundan alınan toplam puan değerlendirilmiştir. Kendine zarar verme davranışların yordayıcılarının belirlenmesi için yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi Tablo 7'de sunulmuştur.

**Tablo 7. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Grupta Demografik Özellikler Kontrol Edildiğinde SKB Özelliklerinin KZVD Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları**

Grup	Model	Bağımsız Değişkenler	B	S.H	$\beta$	t	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> $\Delta$	F <sub>Değişim</sub>	F <sub>Model</sub>
	1	Sabit	138.94	52.78		2.63	.08	.08	2.37	2.37
		Cinsiyet <sup>1</sup>	-77.86	29.81	-.23	<b>-2.61*</b>				
		Yaş	-0.18	0.69	-.02	-.25				
		Eğitim Düzeyi	-8.21	6.51	-.11	-1.26				
		Sosyo-Ekonomik Düzeyi	8.38	11.12	.07	.75				
Tanılı Grup	2	Sabit	68.12	50.36		1.35	.23	.16	24.03*	7.08*
		Cinsiyet <sup>1</sup>	-60.81	27.47	-.18	<b>-2.21*</b>				
		Yaş	-0.39	0.64	-.05	-.62				
		Eğitim Düzeyi	-9.47	5.96	-.13	-1.59				
		Sosyo-Ekonomik Düzeyi	0.65	10.29	.01	.06				
		Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanı	3.05	0.62	.41	<b>4.90*</b>				
	1	Sabit	-60.43	127.25		-.48	.09	.09	2.88*	2.88*
		Cinsiyet <sup>1</sup>	41.88	15.47	.24	<b>2.71*</b>				
		Yaş	-2.48	1.70	-.13	-1.46				
		Eğitim Düzeyi	8.35	19.64	.04	.43				
		Sosyo-Ekonomik Düzeyi	33.33	18.35	.16	1.82				
Kontrol Grubu	2	Sabit	-82.66	129.01		-.64	.10	.01	1.07	2.52*
		Cinsiyet <sup>1</sup>	40.52	15.52	.24	<b>2.61*</b>				
		Yaş	-2.05	1.75	-.11	-1.17				
		Eğitim Düzeyi	7.88	19.64	.04	.40				
		Sosyo-Ekonomik Düzeyi	31.44	18.44	.15	1.71				
		Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanı	1.01	0.98	.09	1.04				

\*p<.05, \*\*p<.01, <sup>1</sup>: Erkek 1 olarak kodlanmıştır.

Tanılı grup açısından ele alındığında, hiyerarşik regresyon analizinin ilk bloğunda yordayıcı değişken olarak, cinsiyet (referans değişken olarak 'erkek' alınmıştır), yaş, eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey girilmiştir. Model gözlenen varyansın yaklaşık olarak % 8'ini açıklamıştır (F=2.37, p>.05). Cinsiyetin ( $\beta$ =-.23, p<.05) modele anlamlı katkısının olduğu ancak, yaş ( $\beta$ =-.02,



$p > .05$ ), eğitim düzeyi ( $\beta = -.11$ ,  $p > .05$ ) ve sosyo-ekonomik düzey ( $\beta = .07$ ,  $p > .05$ ) değişkenlerinin modele anlamlı bir katkısının olmadığı belirlenmiştir.

İkinci blokta Sınır Kişilik Envanterinden alınan toplam puanlar modele eklenmiş, model gözlenen varyansın %23'ünü açıklamıştır. Sınır Kişilik Envanterinden alınan toplam puanların ( $\beta = .41$ ,  $p < .05$ ) modele anlamlı katkısının olduğu belirlenmiştir. Eklenen değişkenin modeldeki değişime katkısının da ( $R^2 = .16$ ,  $p < .05$ ) anlamlı olduğu görülmektedir. Bu blokta cinsiyet değişkeninin modele anlamlı katkısının, belli bir miktar azalmış olmakla birlikte, devam ettiği de görülmektedir ( $\beta = -.23$ ,  $p < .05$ ).

Kontrol grubu açısından ele alındığında ise, hiyerarşik regresyon analizinin ilk bloğunda yordayıcı değişken olarak, cinsiyet (referans değişken olarak 'erkek' alınmıştır), yaş, eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey girilmiştir. Model gözlenen varyansın yaklaşık olarak %9'unu açıklamıştır ( $F = 2.88$ ,  $p < .05$ ). Cinsiyetin ( $\beta = .24$ ,  $p < .05$ ) modele anlamlı katkısının olduğu ancak, yaş ( $\beta = -.13$ ,  $p > .05$ ), eğitim düzeyi ( $\beta = .04$ ,  $p > .05$ ) ve sosyo-ekonomik düzey ( $\beta = .16$ ,  $p > .05$ ) değişkenlerinin modele anlamlı bir katkısının olmadığı belirlenmiştir.

İkinci blokta Sınır Kişilik Envanterinden alınan toplam puanlar modele eklenmiş, model gözlenen varyansın %10'unu açıklamıştır. Sınır Kişilik Envanterinden alınan toplam puanların ( $\beta = .09$ ,  $p > .05$ ) modele anlamlı katkısının olmadığı belirlenmiştir. Eklenen değişkenin modeldeki değişime katkısının da ( $R^2 = .01$ ,  $p > .05$ ) anlamlı olmadığı görülmektedir. Bu blokta cinsiyet değişkeninin modele anlamlı katkısının devam ettiği de görülmektedir ( $\beta = .24$ ,  $p < .05$ ).

### **3. 6. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda İntihar Davranışlarının Yordayıcılarına İlişkin Bulgular**

İntihar davranışlarının yordayıcıları, MKB olan ve olmayan gruplar için ayrı ayrı değerlendirilmiştir.

Bağımlı değişken olarak, intihar davranışı değerlendirme envanterinden alınan toplam puan değerlendirilmiştir. Yapılan çoklu doğrusal regresyon analizi Tablo 8’de sunulmuştur.

**Tablo 8. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Grupta Demografik Özellikler Kontrol Edildiğinde SKB Özelliklerinin İntihar Davranışları Üzerindeki Yordayıcılığına İlişkin Doğrusal Hiyerarşik Çoklu Regresyon Analizi**

Grup	Model	Bağımsız Değişkenler	B	S.H	$\beta$	t	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> $\Delta$	FDeğişim	F <sub>Model</sub>
Tanılı Grup	1	Sabit	-1.55	2.66		-58	.11	.11	3.64*	3.64*
		Cinsiyet <sup>1</sup>	-1.94	1.50	-.11	-1.29				
		Yaş	-.02	.04	-.04	-.50				
		Eğitim Düzeyi	.73	.33	.20	<b>2.23*</b>				
		Sosyo-Ekonomik Düzeyi	1.50	.56	.24	<b>2.68*</b>				
	2	Sabit	-4.96	2.56		-1.94	.25	.14	24.03*	7.78*
		Cinsiyet <sup>1</sup>	-1.11	1.39	-.07	-.80				
		Yaş	-.03	.03	-.07	-.87				
		Eğitim Düzeyi	.67	.30	.18	<b>2.21*</b>				
		Sosyo-Ekonomik Düzeyi	1.13	.52	.18	<b>2.16*</b>				
Kontrol Grubu	2	Sabit	-3.84	2.85		-1.35	.15	.10	4.29*	4.29*
		Cinsiyet <sup>1</sup>	-.69	.34	-.18	<b>-2.01*</b>				
		Yaş	.01	.04	.03	.34				
		Eğitim Düzeyi	.46	.43	.09	1.07				
		Sosyo-Ekonomik Düzeyi	.29	.41	.06	.71				
		Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanı	.08	.02	.33	<b>3.80*</b>				

\*p<.05, \*\*p<.01, <sup>1</sup>: Erkek 1 olarak kodlanmıştır.

Tanlı grup açısından ele alındığında, hiyerarşik regresyon analizinin ilk bloğunda yordayıcı değişken olarak, cinsiyet (referans değişken olarak ‘erkek’ alınmıştır), yaş, eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey girilmiştir. Model gözlenen varyansın yaklaşık olarak %11’ini açıklamıştır (F=3.64, p<.05). Eğitim düzeyi ( $\beta$ =.20, p<.05) ve sosyo-ekonomik düzey ( $\beta$ =.24, p<.05) değişkenlerinin

modele anlamlı katkısının olduğu ancak, yaş ( $\beta=-.04, p>.05$ ) ve cinsiyetin ( $\beta=-.11, p>.05$ ) değişkenlerinin modele anlamlı bir katkısının olmadığı belirlenmiştir.

İkinci blokta Sınır Kişilik Envanterinden alınan toplam puanlar modele eklenmiş, model gözlenen varyansın %25'ini açıklamıştır. Sınır Kişilik Envanterinden alınan toplam puanların ( $\beta=.38, p<.05$ ) modele anlamlı katkısının olduğu belirlenmiştir. Eklenen değişkenin modeldeki değişime katkısının da ( $R^2=.14, p<.05$ ) anlamlı olduğu görülmektedir. Bu blokta eğitim düzeyi ( $\beta=.18, p<.05$ ) ve sosyo-ekonomik düzey ( $\beta=.18, p<.05$ ) değişkenlerinin modele anlamlı katkısının, belli bir miktar azalmış olmakla birlikte, devam ettiği de görülmektedir.

Kontrol grubu açısından ele alındığında ise, hiyerarşik regresyon analizinin ilk bloğunda yordayıcı değişken olarak, cinsiyet (referans değişken olarak 'erkek' alınmıştır), yaş, eğitim düzeyi ve sosyo-ekonomik düzey girilmiştir. Model gözlenen varyansın yaklaşık olarak %5'ini açıklamıştır ( $F=1.58, p>.05$ ). Cinsiyet ( $\beta=-.15, p>.05$ ), yaş ( $\beta=-.10, p>.05$ ), eğitim düzeyi ( $\beta=.09, p>.05$ ) ve sosyo-ekonomik düzey ( $\beta=.16, p>.05$ ) değişkenlerinin modele anlamlı bir katkısının olmadığı belirlenmiştir.

İkinci blokta Sınır Kişilik Envanterinden alınan toplam puanlar modele eklenmiş, model gözlenen varyansın %15'ini açıklamıştır. Sınır Kişilik Envanterinden alınan toplam puanların ( $\beta=.33, p<.05$ ) modele anlamlı katkısının olduğu belirlenmiştir. Eklenen değişkenin modeldeki değişime katkısının da ( $R^2=.10, p<.05$ ) anlamlı olduğu görülmektedir. Bu blokta cinsiyet değişkeninin modele anlamlı katkısının olduğu da görülmektedir ( $\beta=-.18, p<.05$ ).

## 4.BÖLÜM

### TARTIŞMA ve YORUM

Bu çalışmanın temel amacı MKB tanısı ile tedavi alan bireylerde Sınır kişilik özelliklerinin KZVD ve intihar davranışları üzerindeki yordayıcılığın araştırılması ve bu özelliklerin yaş, cinsiyet, eğitim açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrolleriyle karşılaştırılmasıdır. Araştırmaya Balıklı Rum Hastanesi Anatolia Bağımlılık kliniklerinde Nisan 2018- Haziran 2018 tarihleri arasında yatarak tedavi gören 122 MKB olan kişi ve kontrol grubu için İstanbul Arel Üniversitesi'nde öğrenim gören 124 öğrenci katılmıştır.

#### 4. 1. Araştırma Grubunun Demografik Özelliklerine Göre Bulgularının Tartışılması

Sosyodemografik özellikleri incelendiğinde tanılı grubun yaş ortalaması 28.97, kontrol grubunun ise 23.37'dir. Cinsiyete göre dağılımda 118 erkek, 4 kadın MKB olan kişi saptandı. Grubun büyük oranı erkeklerden oluşmaktadır. Bu bulgular literatürle uyumludur. MKB'de erkeklerin kadınlara oranla daha çok risk altında olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Tot ve ark, 2002; Yalçın ve ark, 2009).

MKB, cinsiyet açısından incelendiğinde kadın-erkek arasındaki cinsiyetlere özgü özelliklerin madde kullanım miktarını ve şeklini belirlediği düşünülmektedir. Kanada'da yapılan bir çalışmaya göre erkeklerde madde kullanımının kadınların iki katı olduğu bulunmuştur (Poole ve Dell, 2005). Literatürde kadınların madde kullanımına dair yeterli veri sağlanamamaktadır. Bunun sebepleri arasında kadınların erkeklerden daha fazla damgalanmaya açık olmaları ve tedaviye devam etme noktasına erkeklerden daha az istekli olmaları olabilir (Kutlu 2011; Pelissier, 2004).

Eğitim durumu gözden geçirildiğinde katılımcıların %32.80'inin ortaokul mezunu, %46.70'inin ise lise mezunu olduğu görülmektedir. Literatüre bakıldığında alkol madde kullanımı ile eğitim arasında olumsuz bir ilişki söz konusudur (Öztürk, 2015). Bu çalışmada da araştırma grubunun yalnızca

%13.10'unun lisans mezunu olmasına bakılacak olursa bu bulgular literatürle uyumludur. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yatarak tedavi gören 258 MKB olan bireyin sosyodemografik özelliklerine bakıldığında %47.7'sinin ilkokul mezunu olduğu görülmüştür (Bilici ve ark, 2012). Coşkun ve Çakmak'ın (2005) Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi AMATEM kliniğinde MKB nedeniyle tedavi gören kişiler üzerinde yaptıkları çalışmada, hastaların %50'sinin lise mezunu olduğu görülmüştür. Bu literatür verimizle uyumlu değildir. Bu çalışmada ilkokul mezunu hasta oranı %6.60 bulunmuştur. Buna karşın bu çalışmada ortaokul düzeyinde eğitim görmüş olan hasta oranı %32.80'dir ve çalışma grubunun eğitim durumu açısından ortaokul yüzdesi ikinci sırada yer almaktadır. Bu sonuç literatürle kıyaslandığında eğitim seviyesinin düşüklüğü ile alkol madde kullanımının pozitif korelasyonunu açıklar niteliktedir. Diğer bir durum ise Türkiye'de yaş dağılımına bakıldığında zorunlu eğitime tabi tutulmuş oranın yüksek olmasıyla açıklanabilir. Literatüre bakıldığında düşük akademik düzey ergenlikte madde kullanımına yönelen sebepler arasındadır (Dalkılıç ve ark, 2013).

Bu çalışmada medeni duruma göre istatistiksel anlamda önemli bir fark saptanmamışken grubun büyük bir bölümü bekar bireylerden oluşmaktadır. Literatür incelendiğinde MKB olup tedavi olan bireylerin 1990 senesine kadar yoğunlukla evli bireylerden oluşurken, sonrasında bekar bireylerde artış gözlenmiştir (Saatçioğlu ve ark, 2003). Buna göre bu bulgu literatürle uyumludur.

Literatürde opioid kullanımı, yüksek gelirli bireylerde risk faktörü iken, kentlerde fakirlikle beraber madde kullanımı risk faktörü olmaktadır (Vatandaş ve ark, 2015). Bu çalışmada tanımlı grupta üst gelir düzeyine sahip kişiler daha fazla iken, kontrol grubundaki bireylerin çoğunluğunun orta gelir düzeyine sahip olduğu görülmektedir. Buna göre hasta grubunun gelir düzeyi kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur. Bu durum, araştırmanın örneklem grubunun özel hastanede tedavi alan üst gelir düzeyine sahip olan kişilerden oluşmasıyla açıklanır. Diğer sebeplere bakılacak olursa MKB olan kişilerin kontrol grubuna göre şehir merkezlerinde yaşama oranları daha yüksek bulunmuştur. Yüksek

gelir ve şehir merkezinde yaşamın MKB açısından risk faktörü olduğu yordandır (Ögel, 2005).

#### **4.2. MKB Tanılı Olan Ve Olmayan Grupta SKB, KZVD ve İntihar Davranışı Düzeyleri İle İlgili Bulguların Tartışılması**

Kruger ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmaya göre MKB olan kişilerin çekingen, sınır ve antisosyal kişilik özellikleri gösterdikleri tespit edilmiştir. Sınır kişilik özellikleri gösteren kişilerin, madde kullanımının gelişimi açısından risk altında oldukları düşünülmektedir (Ballenger, 1997). Yapılan başka çalışmalarda madde kullanımının sınır kişilik özelliğini kronik bir tabloya sürüklediğini, sınır kişilik özelliklerinin de yine aynı şekilde madde kullanım tablosunu kronik seyirde gitmesini tetiklediği sonucuna varılmıştır (Engin, 2005; Yancar, 2005).

Sınır kişilik özellikleriyle ilgili yapılan çalışmalarda madde kullanımı olan 100 bireyde SKB'nin görülme oranı %18 iken (Yancar, 2005), Ross ve arkadaşlarının (1988) yaptığı çalışmada sınır kişilik özelliklerinin görülme sıklığının %6.2 olduğu gözlenmiştir. Alkol ve MKB olan bireylerde Sınır kişilik özelliklerinin görülme sıklığı %10 ile %30 arasındadır (Evren, 2004).

Bu çalışmadan elde edilen bulgularda MKB olan kişilerde, Sınır Kişilik Envanterinden alınan en yüksek puanları alan %25'lik grubun puanları 33 ile 43 arasında olduğu ve sınır kişilik özellikleri düzeylerinin yüksek düzeyde olduğu, araştırmaya katılan kontrol grubundaki bireylerin sınır kişilik özellikleri düzeylerinin ise düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bu bulgunun literatürle uyumlu olduğu görülmektedir. MKB ve SKB incelendiğinde yüksek komorbidite oranının var olduğu görülmüştür (Engin ve Savaşan 2001).

Dürtüsellik ve engellenmeye karşı gösterilen direnç ve bunun sonucunda oluşan gerilimi azaltmaya yönelik yapılan davranışlardan birinin de madde kullanımı olduğu görülmüştür (Loranger, 1985). Toplum tarafından dışlanma korkusu, duygulanımda düzensizlik ve depresif ruh hali, problemlerle baş etmede yetersizlik gibi etkenlerin madde kullanımını arttırıcı özellikler olduğu

ve bu özelliklerin belirgin yaşandığı SKB olgularında madde kullanımının yaygın olduğu tespit edilmiştir (Keskin, 2018).

Literatüre bakıldığında MKB ile SKB arasında ilişki olduğu ve MKB olan kişilerde SKB görülme sıklığının ilk sıralarda geldiği gözlenmiştir (Trull ve ark, 2000; İnce, 2002). Bu çalışmada MKB ile sınır kişilik özellikleri arasındaki ilişki literatürle örtüştüğü sonucu çıkmış ve madde kullanımını arttırıcı risk faktörlerini belirleme konusunda yol gösterici bir veri olduğu söylenebilir.

MKB tanısı olan bireylerin %25'lik kısmı Sınır Kişilik Envanterinden en düşük 8 ile 21 puan aldıkları ve sınır özelliklerinin düşük olduğu saptanmıştır. Bu kişilerin madde kullanımını sınır kişilik özellikleriyle açıklamak güçtür. Bu kişileri madde kullanımına iten sebepler de farklı olacaktır. Öğrencilerde sınıf ortamında aşırı utangaçlık ya da şiddet içeren davranışlar, sosyal becerilerin zayıf olması, okul, iş ve aile ortamında madde kullanımının onaylanması, ailede madde kullanan bireylerin olması, dikkat eksikliği ve hiperaktivite probleminin olması, madde kullanımının olduğu arkadaş çevresinde onaylanma ihtiyacı sınır kişilik özellikleri olmayıp madde kullanım nedenlerini açıklayıcı niteliktedir (Ögel, 2005).

Madde kullanımına başlanmasında farklı nedenlerle farklı yaş ve farklı kültürlerin daha fazla öneme sahip olduğu düşünülür. Literatüre bakıldığında aile içi iletişimsizlik, sevgi bağı olmayışı, kayıplar ve boşanmalar, MKB sebepleri içinde yer alır (Başkurt, 2003). Aile içinde madde kullanımı olan gençlerin, ailesinde madde kullanımı olmayan yaşlılarına kıyasla daha erken dönemlerde madde kullanmaya başladıkları bildirilmiştir (Charles ve ark, 1954). SKB, MKB olan kişilerde sıklıkla rastlanılan bir durum olsa da unutulmaması gereken nokta tüm bu bulgular ışığında dahi bağımlıların bir kişilik bozukluğu içinde olduğunu veya bağımlılığın bir kişilik bozukluğu olduğu anlamını taşımaz (Ögel ve arkadaşları, 1998).

Başka bir çalışmanın sonucunda, sınır kişilik özellikleri gösteren madde kullanıcılarının sorunu önleme/kaçma ve baş etme yöntemlerini, sınır kişilik özellikleri göstermeyen madde kullanıcılarıyla kıyaslandığında daha fazla

gösterdiği görülmüştür (Chapman ve ark, 2011). Farklı çalışmalarda, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu yapılan çalışmaların sonucudur (Arias ve ark, 2008; Nurmedov ve ark, 2015).

MKB, KZVD'nin kasıtlı bir biçimdir ve madde kullanımı olanların kullanmayanlara göre Finlandiya'da bir psikiyatri kliniğinde yapılan çalışmaya göre madde kullanımı olanların olmayanlarla kıyaslandığında, kendine zarar verme açısından dört kat daha fazla risk altında olduğunu bulmuşlardır (Moller ve ark, 2012). Bu konuda yapılan çalışmaların büyük bir kısmı MKB ile KZVD arasında önemli bir ilişki olduğunu görmüşlerdir (Gratz ve Tull, 2010).

Literatüre bakıldığında MKB olan kişilerde %25-33 oranlarında KZVD'nin olduğu görülmüştür (Kerr ve ark, 2010). KZVD olan bireylerde olmayanlara göre madde kullanımının daha yaygın bir biçimde kullanıldığı bulunmuştur (Alper ve Ögel, 2003). KZVD olan kişilerin %90'ında madde kullanımının olduğu ve büyük çoğunluğunda da bağımlılık düzeyinde olduğu saptanmıştır (Alper ve Ögel, 2005).

MKB olan kişilerin ölüm nedenlerine bakıldığında madde kullanımıyla doğrudan ya da dolaylı olarak ilişkili olduğu görülür (Ghodse ve Oyefeso, 1998). Madde kullanımında intihar önemli ölüm sebepleri arasında yer almaktadır (Rossow ve Lauritzen, 2001). Yapılan birçok çalışma incelendiğinde MKB ile intihar ve girişimleri arasında ilişki olduğu görülmüştür (Dhossche ve ark, 2000). Newcomb ve Bentler (1988) yılında madde kullanımı ile intihar davranışı ilişkisini ortaya koyan çalışmalarında madde kullanımının intihar riskini arttırdığı sonucuna ulaşmışlardır. Madde kullanımının ruh sağlığını bozduğu ve sosyal yaşam desteklerini azalttığı için yalnızlık, depresyon ve intihar düşüncelerini arttırarak intihar girişimine sebep olabileceği sonucuna varılmıştır (Newcomb ve ark, 1988; McWhirter ve ark, 2004).



#### **4.3. MKB Tanılı ve Kontrol Gruplarında SKB, KZVD ve İntihar Davranışları Düzeylerinin farklılaşmasına dair bulguların tartışılması**

Bu çalışmada Sınır Kişilik Envanteri puanlarında madde kullanımı olan bireylerin toplam puanlarının kontrol grubunun aldığı toplam puanlardan yüksek olduğu görüldü. Kontrol grubunda sınır özellikler incelendiğinde %25'lik kesim 24-38 arasında puan ile sınır kişilik özellikleri gösteren bir grup çıkmıştır. Bu bulgu literatürle uyumludur. Toplum örneklemlerinde de sınır kişilik özelliklerine rastlamak doğaldır ve tamamen homojen gruplardan söz edemeyiz (Leichsenring, 1999).

Bu çalışmada MKB olan bireylerde KZVD ölçeğinden alınan toplam puanlar incelendiğinde KZVD düzeylerinin ve araştırmaya katılan kontrol grubundaki gruptaki bireylerin kendine zarar verme düzeylerinin düşük düzeyde olduğu ifade edilebilir. Bu bulgu kontrol grubu için literatürle uyumlu iken tanımlı grup için literatürle uyumlu değildir. Sebeplerinin ne olabileceği düşünüldüğünde madde kullanımının duygu düzenleme ve baş etmede yetersiz kalmasına karşı, kullanılan maddenin duygu düzenleyici ve geçici rahatlama sağlama özelliğinden ileri gelmesi olabilir. Madde kullanımı olan kişilerin kısa süreli rahatlama sağlamak adına madde kullanımına başvurdukları, bunun ise işlevsel bir yöntem olmadığı sonucu çıkmıştır (Keskin, 2018).

Ergenlerde sorunlarla baş etmede kaçınma stratejisi olarak KZVD aktif bir yöntem iken yetişkinler sorunlarla baş etmede kullandıkları maddeye daha çok güven geliştirdikleri ihtimali yüksektir (Moran ve arkadaşları, 2015). Baskın-Sommers ve Sommers'in (2005) madde kullanımı olan bireylerle yaptıkları çalışmada kendine zarar verme ve riskli davranışlar arasında toplum popülasyonuna göre artış gözlenirse de anlamlı ilişki olmadığı ve sebebinin madde kullanımında kişilik özelliklerinin önemli bir etken olduğu ve olumsuz duygularla baş etme yöntemi olarak madde kullanımının olabileceği görüşünü savunmuşlardır. Bir başka neden ise madde kullanımı olan bireylerin bu sayede duygularını düzenleme, ifade etme ve baş etmede başarı sağlamalarıdır.

Bu çalışmada, tanıli gruptaki bireylerin, İntihar davranışı düzeylerine ilişkin ortalama puanlarının 2.36 ve standart sapmanın ise 3.05 olduğu görülmekte, İntihar Davranışı Ölçeğinden alınan ortalama puanlar incelendiğinde, araştırmaya katılan tanıli gruptaki bireylerin intihar davranışı düzeylerinin kontrol grubuna göre yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu bilgi literatürle uyumludur. MKB olan bireylerin sınır kişilik özelliklerinin varlığı intihar düşüncesine ve davranışına zemin hazırlayan önemli unsurlardan biridir (Rossow ve arkadaşları, 1999). İntihar girişimi olan MKB olgularında, SKB olanların daha fazla depresif semptomla sahip oldukları, diğer MKB olgularına göre daha ağır psikopatoloji gösterdikleri görülmektedir (Johnsson ve Fridell, 1997).

#### **4.4. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda KZVD Farklılaşmasına Dair Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmada tanıli grupta kendini kesme ve kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma kontrol grubuna göre anlamlı derecede farklı çıkmıştır. Kontrol grubunda ise ısırma ve çimdikleme tanıli gruba göre istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır. Literatür incelendiğinde bu bulgunun diğer çalışmaların sonuçlarıyla uyumlu olduğu görülür. Kendine zarar verme davranışları incelendiğinde en çok karşılaşılan davranışın kendini kesme davranışı olduğu görülmektedir (Morey ve ark, 2008; Swannell ve ark, 2014). Kendini kesme davranışı diğer zarar verme yöntemleriyle kıyaslandığında psikopatolojiyle ilişkilendirilen yöntemdir (Gümüş, 2009).

Bu çalışmanın sonuçları incelendiğinde tanıli grupta kendini kesme ve kendine vurma gibi daha riskli KZVD'nin görülmesi literatürü destekler. Daha kolay ulaşılabildiği için kendini kesme davranışı en çok kol ve bacaklarda olmaktadır. KZVD oranlarına bakıldığında kendini kesme %72, kendine vurma %30 oranındadır (Eyüboğlu ve ark, 2018). Sık rastlanan KZVD olarak kendini ısırma, yara kabuklarını kaldırmak ve kendini çimdiklemedir (Batey ve ark, 2010).

Toplum bazlı yapılan prevalans çalışmalarında KZVD ergenlerde %23, genç erişkinlerde %13.4, erişkinlerde de %5.5'tir (Gümüş, 2009). İki üniversitede yapılan çalışmada kendine zarar verme oranı %15,4 olarak bulunmuştur (Fliege ve arkadaşları, 2006). Toplum bazlı yapılan çalışmalarda toplumda KZVD'nin yaygın olduğu görülmektedir. Bu çalışmanın kontrol grubunun KZVD'yi destekleyen çalışmalar olduğu görülmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulguların dikkat çekici yönü tanıli grupta KZVD yöntemsel olarak daha riskliken, kontrol grubunda ısırma ve çimdikleme gibi kendini kesmeye kıyasla daha naif KZVD olduğu görülmektedir.

#### **4.5. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda Kendine Zarar Verme ve İntihar Davranışlarının Yordanmasına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmada verilen korelasyonlar incelendiğinde tanıli gruptaki katılımcıların cinsiyetleri ile KZVD arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Bu bulgu literatürle uyumludur. KZVD'nin kadınlarda daha yüksek olduğunu gösteren çalışmaların yanında eşit olduğunu bildiren çalışmalarda mevcuttur (Alper ve Ögel, 2003; Portzky ve ark, 2007; Hawton ve James, 2005; Hawton ve ark, 2002). Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sınır Hastalıkları Hastanesinde 2. Basamak polikliniğine başvuran 300 hastada yapılan bir çalışmada kızlarda KZVD oranı %56.8 erkeklerde %28,8 olduğu bulunmuştur (Saçarçelik, 2009).

Başka bir çalışmada cinsiyet farkının olmadığını gösteren bulgularda mevcuttur (Briere ve Gil, 1998). Kadınlarda KZVD'nin daha fazla olması agresyonlarını dışarıya yansıtılmalarının erkeklere göre daha kısıtlı olması olabilir (Alao ve Huslander, 1999; Krasucki ve ark, 1995).

Bu çalışmada kontrol grubunda katılımcıların yaşları ile Sınır Kişilik Envanterinden aldıkları toplam puanlar arasında negatif yönde ilişki olduğu ( $p<.05$ ) gözlenmiştir. Bu bulgu literatürle uyumludur. Yaş ilerledikçe sınır özelliklerde azalma görülür. Sınır kişilik bozukluğu olan kişilerin dörtte üçünde 10-15 yıl sonra tanı kriterlerini karşılamadıkları görülür (Zanarini ve arkadaşları, 2006; Kutlu, 2018). Genel olarak ise 40 yaş ve üzerindekiilerin tanı kriterlerini

karşılımadıkları görülmüştür ve dürtüselliklerine kıyasla kendine zarar ve intihar davranışlarında büyük oranda azalma olmaktadır (Paris, 2002; Zanarini ve ark., 2006).

KZVD olan kişilerde, MKB ve SKB en sık görülen bozukluklardandır (Jacobson ve Gould, 2007). Madde kullanımının KZVD'yi kolaylaştırdığı öne sürülmüştür (Çelik ve Hocaoğlu, 2017). KZVD ile SKB arasında ergenlerde ve yetişkinlerde yapılan çalışmalarda yüksek ilişki olduğu saptanmıştır (Tarlacı ve ark, 1997). KZVD ve SKB arasındaki benzer temel özellik, olumsuz kendilik algısı ve duygu düzenleme güçlüğü ikisi arasındaki yüksek ilişkiyi açıklar (Klonsky ve Muehlenkamp, 2007).

Bu çalışmada MKB olan bireylerin Sınır kişilik Envanterinden aldıkları toplam puanlar ile kendine zarar verme davranış boyutundan aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Bu bulgu literatürle uyumludur. DSM'de KZVD, SKB'nin dokuz özelliği içinde yer almaktadır. SKB olan kişiler, sonucunu düşünmeksizin öfke ile hareket edip KZVD'de bulunur (APA, 2013).

Sınır kişilik özellikleri gösteren kişilerin KZVD sergilemelerinin temel motivasyonunun; gerilimi azaltmak, benlik saygısında azalma ve kişilerarası ilişkilerde ortaya çıkan problemlerle baş etmede yetersizlik gibi duyguların sonucu olduğu görülmüştür (Bohus ve arkadaşları, 2000). Yapılan bir çalışmada, toplum örnekleminde KZVD'de depresif semptomlar hakim iken SKB olanlarda ise yakın ilişkilerde yaşadıkları krizleri çözüme ulaştırmada yaşadıkları bilişsel yetersizlik sonucu olduğu görülmüştür (Tunç, 2016). Sınır kişilik özellikleri gösteren bireyler sosyal yaşamda kabul görmeme ve terkedilme riski ile karşılaştıklarında kendine zarar verme gibi işlevsel olmayan yollara başvurup geçici rahatlama yaşarlar (Maffei ve Fusi, 2016).

Gratz ve Tull (2010), MKB için yatarak tedavi gören hastalarda duygu düzenleme ve KZVD arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada, KZVD olan hastaların, KZVD olmayan hastalara göre duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları ancak bu durumu kabul etmedikleri görülmüştür. İç görü kazandırmanın strateji

ve amaç belirlemede önemli olduğunu vurgulamışlardır. Karagöz ve Dağ (2015) yaptıkları bir çalışmada KZVD olan MKB olanların, KZVD olmayan madde kullanıcılarına göre daha yoğun duygu düzenleme gücünü çektikleri görülmüştür.

MKB tanısı almış 1244 hastadan oluşan bir çalışmada, hastaların %25'nin en az bir kez intihar girişimi olduğu madde kullanımı olan kişilerin kendi ifadelerine göre intihar davranışlarının yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Kullanılan madde grubuna bakıldığında benzodiazepin kullanımı olanların %34,8'nin, eroin kullananların %32,3'ünün, esrar kullananların %10,5'nin intihar girişiminde buldukları bildirilmiştir (Evren ve arkadaşları, 2001). Weissman ve ark. (2014)'nın yaptıkları çalışmada madde kullanımı olan bireylerde umutsuzluk duygusunun intihar eğilimini arttırdığı yönünde bulgulara ulaşılmıştır.

Literatüre bakıldığında SKB olan kişilerin çok sık intihar girişiminde buldukları gözlenmiştir (Yen ve arkadaşları, 2003). Yapılan araştırmalarda depresif özelliklerin SKB olgularında intihar nedenleri içinde yer aldığı görülmüştür (Corbitt ve arkadaşları, 1996). SKB vakalarında, dürtüsellik intihar için risk faktörüdür. Dürtüsellik, plan yapmadan, ani verilen kararlarla eyleme geçme olarak tanımlanmış ve bu kişilerin ciddi intihar girişimi yönünden riskli grupta yer aldıkları ve kişiler arası ilişkilerinde de daha dürtüsel oldukları gözlenmiştir (Simon ve arkadaşları, 2001).

Stone ve arkadaşlarının (1987) yaptığı 16 yıllık bir çalışmanın sonucunda SKB olan kişilerde intihar oranlarının %9, depresif semptomlar eşliğinde sınır kişilik özelliği olan kişilerde intihar oranı %18,5, depresyonla birlikte MKB eşlik ettiğinde oranın %45'e vardığı görülmüştür. Kjelsberg ve arkadaşlarının (1991) yaptıkları çalışmada SKB olan kişilerde intihar edenlerle etmeyenler arasında depresyon, dürtüsellik ve MKB'nin ayırıcı özellikler olmadığını ancak sınır kişilik özelliklerinin şiddeti arttıkça intihar riskinin arttığını gözlemişlerdir.

Bu çalışmada tanı ve kontrol grubunun Sınır Kişilik Envanterinden ve İntihar Davranışı Ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel

olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu bulgu literatürle uyumludur. SKB'nin tanı kriterleri arasında intihar eğilimi olduğu ve sebebinin anksiyeteyi azaltmak ve ölüm isteğini yansıtmadığı düşünülmüştür ve SKB olgularında manipülatif intihar girişimlerinin çok fazla olduğu (Gunderson, 1994) ama yine de ölüm riskinin görmezden gelinmemesi gerektiği söylenmiştir (Saddock ve Saddock, 2007). Sınır kişilik özelliği gösteren kişilerde intihar davranışının altında yatan sebepler, diğerlerinden intikam alma ve onları veya kendini cezalandırma, yoğun anksiyeteden kurtulma amacının olduğu söylenmiştir (Corbitt ve arkadaşları, 1996).

#### **4.5.1. MKB Tanısı Olan Ve Olmayan Gruplarda KZVD'nin Yordayıcılığına İlişkin Bulguların Tartışılması**

Bu çalışmadan elde edilen bulguya göre; MKB tanılı grupta ve kontrol grubunda sınır kişilik özelliklerinin KZVD davranışlarının yordadığı ve cinsiyet faktörünün anlamlı olduğu şeklinde literatürle uyumlu veriler elde edilmiştir.

Tadic ve arkadaşları (2009), SKB tanılı 110 kadın ve 49 erkek hastayla yaptıkları çalışmada erkek hastalarda MKB daha sık, kadınlarda ise affektif bozukluk ve anksiyete bozukluğunun sık görüldüğünü bulmuşlardır. KZVD, SKB'nin tanı kriterleri içerisinde yer almaktadır (APA, 2003). KZVD'de cinsiyet dağılımına bakıldığında kimi çalışmalarda kadınlarda KZVD daha yüksek bulunmuşken (Portzky ve ark, 2007; Hawton ve James, 2005; Hawton ve ark, 2002) kimi çalışmalarda ise kadın-erkek oranının eşit olduğu görülmüştür (Favazza, 1989; Briere ve Gil, 1998).

#### **4.5.2. MKB Tanısı Olan ve Olmayan Gruplarda İntihar Davranışlarının Yordayıcılarına İlişkin Bulgular**

Sosyoekonomik durumun düşük olmasının intihar girişimi için risk faktörü olduğu düşünülmektedir. Avrupa'da intihar girişimleri değerlendirildiğinde yarısından fazlası düşük sosyoekonomik grup oluşturduğu ifade edilmiştir (Deveci ve Aydemir, 2005). Başka bir çalışmada, intihar girişimi olan birçok kişinin sosyoekonomik düzeyi genel topluma oranla daha yüksek olduğu

sonucuna varılmıştır (Asoğlu, 2007). Farklı çalışmalarda sosyo-ekonomik durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve yaşanan bölge gibi değişkenler incelendiğinde, işsizliğin intihar riskini arttırdığı bulunmuştur. İşsizlik sresinin artması intihar girişimi riskinin de artmasıyla sonuçlanacağı yönünde düşünceler mevcuttur (Harmancı, 2015).

Bu çalışmada tanılı grupta intihar davranışı üzerinde eğitim düzeyi ve sosyoekonomik durum değişkenlerinin etkisi incelendiğinde anlamlı ( $p < .05$ ) katkısının olduğu sonucu literatürle uyumludur. Düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim başarısı, düşük gelir ve yoksulluğun intihar riskini arttırdığı gözlenmiştir. Okulu erken bırakmayla oluşan sosyal izolasyon durumu da intihar girişimi nedenleri arasındadır (Beautrais, 2000, Gould ve Kramer, 2001).

Bu alışmada SKB envanterinden alınan toplam puanların, eğitim düzeyinin ve sosyo-ekonomik düzeyin intihar davranışını yordadığı bulguları ortaya çıkmıştır. Kontrol grubunda ise SKB Envanterinden alınan toplam puanların ve cinsiyet faktörünün intihar davranışını yordadığı bulguları ortaya çıkmıştır.

## SONUÇ, KISITLILIKLAR VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın temel bulgusu MKB olan hastaların sınır kişilik özelliklerinin kendine zarar verme ve intihar davranışlarının, kontrol grubundan daha yüksek olmasıdır. Bu bulgu literatürde yer alan araştırmalarla da desteklenmektedir. Bu araştırmadan elde edilen bulgulara göre MKB gösteren bireylerde sınır özellikler arttıkça kendine zarar verme ve intihar davranışlarının da arttığı bu çalışmanın sonuçlarından biridir.

Bu araştırmada, MKB olan kadınların oranı çok düşüktü. Tanılı grup 118 erkek ve 4 kadından oluşmaktaydı. Araştırmaya katılmayı reddeden 3 kadın hasta oldu. Madde kullanımını hastalık olarak kabul etmeme durumu ve damgalanma korkusu olduğu sözel ifadelerinden yapılan çıkarımlardır. Kadınlarda madde kullanımının erkeklere oranla az olması literatürle uyumlu bir durum olsa da ülkemizde kadınlarda madde kullanımına yönelik Avrupa ve ABD'ye kıyasla çok az çalışma vardır.

Bu araştırmanın kısıtlılıkları bulunmaktadır. Çalışma sadece yatarak tedavi gören hastalar ile kesitsel modele göre yapılmıştır. Taburcu olduktan sonraki takipleri sırasında boylamsal çalışmaların derinlemesine bilgi sağlayacağı düşünülebilir. Bununla birlikte, bu çalışmanın tek bir klinikten alınan veriler dışında, İstanbul'daki diğer kliniklerden ve hatta Türkiye'nin çeşitli kliniklerinden toplanacak verilerle yapılacak bir çalışma, çalışmanın tutarlılığını arttıracaktır.

MKB tedavisi alan kişilerde sınır kişilik özellikleri gösteren kişilerde, kendine zarar verme ve intihar davranışları görülebilmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin MKB tedavi ve bakımını; gözlem, deneyim, bilgi ve becerileriyle bu hastalara yaklaşım planı geliştirmeleri, destekleyici rollerini ikincil tanıları ihmal etmeksizin gerçekleştirmeleri yerinde olacaktır.

Psikiyatri hemşirelerinin ve diğer ruh sağlığı çalışanlarının SKB hakkında bilgilenip strateji geliştirmeleri ve yaklaşımlarını bu stratejik plan çerçevesinde yapmaları gerekmektedir. KZVD ve intihar davranışının altında yatan



duyguların sağaltımı açısından psikiyatri hemşiresine dűřen t ropatik iletişim, iyi bir gözlem ve sezgi yeteneğidir.

MKB olan kişilerin MKB'yle ilgili bilinçlendirilmesi ve rehabilite edilmesi, kişiye i g r  kazandırmak ve tedavi olmaya motive etmek, madde kullanım yaygınlığını azaltabilir. Kendi isteği dışında aile zoruyla gelmiş kişilerin taburculuklarını etkileyeceği çekincesiyle sorulara gerçek durumlarından farklı cevaplar vermiş olabilecekleri dűř n lműřt r.

MKB ve SKB ile ilgili geniş bilgiye sahip olmak ve geçmişten bugüne gelen vakalar ışığında değerlendirmeler yapabilmek, bu parametreler için gerekli kamu politikalarını oluşturmak ve koruyucu hizmet alanını geliştirmek önemlidir. Psikiyatri hemşirelerinin MKB olan bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmek adına gerekli girişimleri planlamaları beklenir. Psikiyatri hemşirelerinin tedavi ve taburculuk sonrasında da MKB olan kişilere baş etme yöntemleri ile ilgili eğitimler düzenleyebilirler.

Çalışmanın bulgularına bütün olarak bakıldığında, MKB olan kişilerde sınır kişilik özelliklerine bakılması ve bunun yanı sıra kendine zarar verme ve intihar davranışlarının sınır kişilik özellikleriyle olan bağını ortaya koyacak başka çalışmalara ihtiyaç olduğu dűř n lmektedir.

Sonuc olarak; madde kullanımını olan kişilerde sınır kişilik özelliklerinin kendine zarar verme ve intihar davranışları üzerinde etkilerinin olabileceği sonucuna varılmıştır. MKB'nin tedavisinde eş tanılar değerlendirilmeli, hastaya bütüncül yaklaşılmalıdır. Psikiyatri hemşiresi; klinik dışında da roller üstlenip hastanın klinik dışında yaşamını kotaracağı, madde kullanımıyla yitirdiği sosyal işlevselliğini geri kazandırabileceği projeler üretmeli veya projelerde yer almalıdır.

Sınır kişilik özelliklerinin madde kullanımını olanlarda daha yüksek olması dikkate alındığında, erken teşhis ve tedavi planı açısından riskleri belirleyip azaltacak önlemler almak ve sınır kişilik özellikleriyle MKB'nin birbirini beslemesini önlemek açısından anlamlıdır.

## KAYNAKLAR

- Akgör, G. (2012). Acil Servise İntihar Girişimi Nedeni İle Yapılan Başvuruların Demografik Ve Klinik Özellikleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Erzurum.
- Akın, E. (2016). Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği Türkçe Versiyonunun (Türkçe best) Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, SBE
- Aksoy, A. ve Ögel, K. (2005). Sokakta Yaşayan Çocuklarda Kendine Zarar Verme Davranışı ve Madde Kullanımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 6, 163-169.
- Aksoy, A., Ögel, K. (2003). Kendine Zarar Verme Davranışı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4, 226-236.
- Alao, A.O., Yolles, J.C. ve Huslander, W. (1999). Female Genital Self-Mutilation. Psychiatric Services, 50, 971.
- Alataş, E., Bulut, S.D., Berkol, T.D. ve Alataş, G. (2014) Kendine Zarar Verme Davranışı Olarak Tekrarlayıcı Şekilde Kendi Ağız Mukozasını Kesme: Olgu Sunumu. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 27, 173-177.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association (5th ed.). American Psychiatric Association
- Aras, G. (2015). Erkek Alkol ve Madde Bağımlılarının Kaygı Depresyon ve Hastalık Algısı Yönünden Karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, SBE
- Arias, A. J., Gelernter, J., Chan, G. vd., (2008). Correlates of Co-Occurring ADHD in Drugdependent Subjects: Prevalence and Features of Substance Dependence and Psychiatric Disorders. Addictive Behaviors, 33, 1199-1207.
- Asi-Karakaş, S. ve Ersöğütçü, F. (2016). Madde Bağımlılığı ve Hemşirelik. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3(2), 133-139.
- Ateşçi, FÇ., Kuloğlu, M., Tezcan, E., Yıldız, M.(2002). İntihar Girişimi Olan Bireylerde Birinci ve İkinci Eksen Tanıları. Klinik Psikiyatri, 5, 22-27.

- Aydemir, Ö., Demet, M.M., Esen, D. A., Deveci, A., Taşkın, E.O., Mızrak, S. ve Şimşek, E. (2003). Borderline Kişilik Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanması, Güvenilirlik ve Geçerliliği. Bahar Sempozyumları VII, Antalya,179-181.
- Aydın, B. N.(2016). Borderline Kişilik Bozukluğunun Suç ve Şiddet İle İlişkisi: Bir Gözden Geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi, 19(1).
- Bakım, B., Karamustafalıoğlu, K.O. ve Akpınar, A. (2007). Alkol ve Diğer Madde Kullanım Bozukluklarında İntihar Girişimleri ve Tamamlanmış İntihar. Bağımlılık Dergisi, 8, 91-96
- Balcıoğlu, İ. ve Abanoz, Y. (2009). Madde Bağımlılığı, İntihar, Sanık Psikolojisi. Dirim Tıp Gazetesi, 15–20
- Baskın-Sommers, A. ve Sommers, I. (2006). The Co-Occurrence of Substance Use and High-Risk Behaviors. D.S.W. Journal of Adolescent Health, 38, 609-611.
- Başkurt, İ. (2003). Gençlik, madde bağımlılığı ve korunma yolları. İ.Ü. İlahiyat Fakültesi Dergisi, 8, 73-114.
- Bayam, G., Dilbaz, N., Bitlis, V., Holat, H. ve Tüzer, T. (1995). İntihar Davranışı İle Depresyon, Ümitsizlik, İntihar Düşüncesi İlişkisi: İntihar Davranış Ölçeği geçerlik, güvenilirlik çalışması. Kriz Dergisi, 3(1-2), 223-225.
- Baykız, A. (2003). Antisosyal ve Borderline Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Saldırganlık Davranışının Psikiyatrik Testlerle Değerlendirilmesi ve Biyolojik Değişkenlerle İlişisinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma. Tıpta Uzmanlık Tezi. İstanbul: Gülhane Askeri Tıp Akademisi.
- Beatures (2000). Risk Factors for Suicide and Attempted Suicide Among Young People. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 34, 420–436.
- Berber, S. (2008). Özkıyım (İntihar). Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Yenilenmiş 11. Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 428-447.
- Berglund, M., Krantz, P., Lundqvist, G. (1987). Suicide in Alcoholism. Act Psyc, 76,381-385

- Berlin, H.A., Rolls, E.T., Iversen, S.D. (2005). Borderline Personality Disorder, Impulsivity And The Orbitofrontal Cortex. *American Journal of Psychiatry*, 162, 12.
- Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E. ve Ruggiero, J. (1994). Initial Reliability and Validity of A New Retrospective Measure of Child Abuse and Neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151,1132-1136.
- Beyazyürek, M., Alpkan, L., ve Karamustafalıoğlu, K. O. (1990). Uyuşturucu Madde Bağımlıları Sosyodemografik Özellikler. *Düşünen Adam Dergisi*, 3, 59-61.
- Bildik, T., Somer, O., Başay, B.K., Başay, Ö. ve Özbaran, B. (2012). Kendine Zarar Verme Davranışı Değerlendirme Envanteri'nin Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, 49-57.
- Blais, MA., Hilsenroth, MJ., Fowler, JC. (1999). Diagnostic Efficiency and Hierarchical Functioning of The DSM-IV Borderline Personality Disorder Criteria. *J Nerv Ment Dis*, 187, 167-173.
- Bozkurt, M., Evren, E.C. ve Çetingök, S. (2012). Eroin Bağımlısı Bir Erkek Hastada Tedaviyi Engelleyen Çoklu Kendine Zarar Verme Davranışı: Olgu Sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri Dergisi*, 25(3).
- Briere, J. ve Gil, E.(1998). Self-Mutilation in Clinical and General Population Samples: Prevalence, Correlates, and Functions. *Am J Orthopsychiatry*, 68,609-620.
- Briere, J., Gil, E.(1998). Self-Mutilation In Clinical And General Population Samples: Prevalence, Correlates, And Functions. *Am J Orthopsychiatry*, 68,609-620.
- Buzlu, S. (1995). Hemşirelik Öğrencilerinde Madde Kullanım Yaygınlığı ve Nedenlerinin Eşdeğer Eğitim Gören Diğer Öğrencilerle Kıyaslamalı Olarak Araştırılması. Doktora Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi SBE
- Can, G. (2012). Madde Bağımlılığı Tanısı Alan Bireylerin Sosyal İşlevsellik ve İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyleri. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi.
- Ceyhun, B., Oğuztürk, Ö. Ve Ceyhun, A. (2001). Madde Kullanma Eğilimi Ölçeğinin Geçerlik ve Güvenilirliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4, 87-93.

- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L. ve Walters, K. N. (2011). Experiential Avoidance and Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther* 29, 35-52.
- Cicchetti, D. (2014). Illustrative Developmental Psychopathology Perspectives on Precursors And Pathways to Personality Disorder: Commentary on The Special Issue. *Journal of Personality Disorders*, 28 (1), 172-179.
- Cimen, I. (2017). Non-Suicidal Self-Injury and Its Relationship With Family Characteristics Among Adolescents in Izmit, Turkey. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 1.
- Corbitt, E. M., Malone, K. M., Haas, G. L., ve Mann, J. J. (1996). Suicidal Behavior in Patients With Major Depression and Comorbid Personality Disorders. *Journal of Affective Disorders*, 39(1), 61-72.
- Coşkun, B. ve Çakmak, D. (2005). Alkol ve Madde Bağımlılarının Grup Psikoterapisinde Psikodramanın Kullanılması. *Bağımlılık Dergisi*, 6 (3), 103-110.
- Çelik, F., Hocoğlu, Ç.(2017). Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 9(2), 209-226.
- Çimen, S. (2008). Psikiyatri hastası ve bakım verenlerin yaşadığı sorunların çözümünde toplum ruh sağlığı hemşiresinin rolü. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. Akçakoca, 28.
- Dalkılıç, A., Yılmaz, H. B., Unlu, A. (2013). Risk Factors for Suicidal Ideation Among High School Students in İstanbul. *Adolescent Psychiatry*, 3, 102-113.
- Demirel, Ö. S. ve Eşel, E.(2003). İntihar (Özkıyım). *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 175–185.
- Devrimci-Özguven, H. (2008). İntihar Davranışının Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 1 (3), 1–7.
- Dhossche, DM., Meloukheia, AM., Chakravorty, S. (2000) The Association of Suicide Attempts And Comorbid Depression And Substance Abuse In Psychiatric Consultation Patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 22(4),281-288.
- Doğan, Y.B (1997). Bağımlılık Kavramı ve Model Anlayış., N. Dilbaz. (Editör). *Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı*. Ankara, s.1-8.

- Dolaşır, S. (2007). 2005 Yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servis Kriz Odasına Başvuran İntihar Girişimi Vakalarının Bir Yıl Sonraki Ruhsal Durumları Ve İntihar Davranışını Yineleme Riskleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Ankara Üniversitesi SBE
- Doruk, A. ve Özşahin, A. (2007). İntihar. E Köroğlu, C Güleç (Ed). Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 556–561.
- Dulit, R. A., Fyer, M. R., Haas, G. L., Sullivan, T. ve Frances, A. J. (1990). Substance Use In Borderline Personality Disorder. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 147(4), 491–497.
- Ebrinç, S., Başoğlu, C., Semiz, B.Ü. ve Çetin, M. (2001). Bedenine Zarar Veren Borderline Kişilik Bozukluğu Hastalarında Dissosiyasyon, Hipnoza Yatkınlık ve Çocukluk Çağı Cinsel Kötüye Kullanımı. 3P Dergisi, 9, 377-386.
- Ekici, G., Savaş, H. A. ve Çıtak, S. (2001). Tamamlanmış İntiharlarda Alkol Madde Kullanım Öyküsünün Rolü. Bağımlılık Dergisi, 2(3), 113–116.
- Ekici, G., Savaş, HA., Çıtak, S.(2001). İntihar Riskini Artıran Psikososyal Etmeler (Sosyal Güvence Yokluğu, Göç ve Diğer Stresörler). Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(4), 204- 212.
- Engin, E. (2007). Bağımlı Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Standartları. IV. Ulusal Bağımlılık kongresi ve Etkinlik haftası Özet Bildiri Kitabı–Çeşme, İzmir.
- Engin, E., ve Savaşan, A. (2001). Alkol-madde Bağımlılığı Hemşiresi. Psikiyatri Hemşireliği Görev Yetki ve Sorumlulukları Çalışma Grubu Raporu. Psikiyatri Hemşireleri Derneği, 19-22.
- Ercan, E.S., Varan, A., Aydın, C.(2000). İntihar Girişiminde Bulunan Ergenlerde Sosyodemografik, Psikiyatrik ve Ailesel Özelliklerin Araştırılması. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 7,81-91
- Eren, N. (2010). Ağır Kişilik Bozuklukları ve Hemşirelik Girişimleri-Bölüm I. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(2), 95-102
- Eren, N. (2010). Ağır Kişilik Bozuklukları ve Hemşirelik Girişimleri-Bölüm II. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1(2), 86-95.
- Eskin, M. (1993). Reliability Of The Turkish Version Of The Percieved Social Support From Friends and Family Scales, Scale for Interpersonal

Behavior and Suicide Probability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (4), 515-522.

Eskin, M., Akoğlu, A., ve Uygur, B. (2006). Ayaktan Tedavi Edilen Psikiyatri Hastalarında Travmatik Yaşam Olayları ve Sorun Çözme Becerileri: İntihar Davranışıyla İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4), 266-275.

Evren, C. (2004). Alkol/Madde Kullanım Bozukluğunda Kişilik Bozukluğu Ek Tanısı: Bir Gözden Geçirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7, 111-119.

Evren, C. ve Çakmak, D. (2001). Alkol ve Madde Kullananların Özellikleri: 2000 Yılına Ait AMATEM'e Yatan Hasta Verilerinin İncelenmesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 14, 142- 149.

Evren, C., Evren, B., Ögel, K. Ve Çakmak, D. (2001). Madde Kullanımı Nedeni İle Yatarak Tedavi Görenlerde İntihar Girişimi Öyküsü. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 4, 232-240.

Evren, E.C. ve Çakmak, D. (2006). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Kitabı. İstanbul: Özgül Matbaacılık, 11-112.

Eyüboğlu, D., Güvenir, T., Kavurma, C. ve Varol, F. (2018). Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerin Aile İşlevselliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 21, 370-379

Farberow, N. (1980). *The Many of Suicide*. New York: McGraw- Hill Book Co.

Favazza, A. R. (1992). Repetitive Self-Mutilation. *Psychiatric Annal*, 22, 60-63.

Favazza, A. R.(1989). Why Patients Mutilate Themselves. *Hosp Community*

Favazza, A. R., DeRosear, L., ve Conterio, K. (1989). Self-Mutilation and Eating

Favazza, A. R., ve Conterio, K. (1988). The Plight of Chronic Self-Mutilators. *Community Mental Health Journal*, 24, 22–30.

Favazza, A. R., ve Conterio, K. (1989). Female Habitual Self-Mutilators. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 283–289.

Favazza, AR. (1996). *Bodies Under Siege: Self Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. 2 ed. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.

- Favazza, AR. (1998). The Coming of Age of Self-Mutilation. *J Nerv Ment Dis*, 186, 259-268.
- Feldman MD: The Challenge of Self-Mutilation: A Review. *Compr Psychiatry* 1988; 29:252
- Fliege. H., Kocalevent, R.D., Walter, O.B., Beck, S., Gratz, K.L., Gutierrez, P.M. ve Klapp, B.F. (2006). Three Assessment Tools for Deliberate Self-Harm and Suicide Behavior: Evaluation and Psychopathological Correlates. *J Psychosom Res*, 61(1), 113-21.
- Foster, T., Gillespie, K. Ve Mc Clelland, R. (1997). Mental Disorders and Suicide In Northern Greland, *Br. J.Psychiatry*, 170, 447-452.
- Friedman, M., Glasser, M., Laufer, E., Laufer, M., Wohl, M. (1972). Attempted Suicide and Self-Mutilation in Adolescence: Some Observations From A Psychoanalytic Research Project. *Int J Psychoanal*, 53, 179-183.
- Gratz, K. L. ve Tull, M. T. (2010). The Relationship Between Emotion Dysregulation and Deliberate Self-Harm Among Inpatients With Substance Use Disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 34(6), 544–553.
- Gulec, G., Kosger, F. ve Essizoglu, A. (2015). Alcohol and Substance Use Disorders in DSM-5. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar - Current Approaches in Psychiatry*, 7(4), 448-460.
- Gunderson, J.G.(1994). Building Structure for The Borderline Construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 12–18.
- Gunderson, JG., Ridolfi, ME. (2001). Borderline Personality Disorder: Suicidality and Self-Mutilation. *Ann NY Acad Sci*, 932, 61–73.
- Güleç, G., Köşger, F. ve Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyaside Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 448-460.
- Güler, N., Güler, G., Ulusoy H., Bekar M. (2009). Lise Öğrencileri Arasında Sigara, Alkol Kullanımı ve İntihar Düşüncesi Sıklığı. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 31, 340-345.
- Harm in Adolescents: Self Report Survey in Schools in England. *BMJ*, 325, 1207-11



- Hawton, K. and James, A. (2005) Suicide and Deliberate Self Harm in Young People. *BMJ*, 330(7496), 891-4.
- Hawton, K., Rodham. K., Evans, E. ve Weatherall, R. (2002). Deliberate Self
- Herken, H., Bodur, S. Ve Kara, F. (2003). Üniversite Öğrencisi Kızlarda Madde Kullanımı İle Kişilik ve Ruhsal Belirti İlişkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3, 40-45.
- Herpertz, S. (1995). Self Injury Behavior, Psychopathological and Nosological Characteristics in Subtypes of Self-Injurers. *Acta Psychiatrica Scand*, 91, 57-68.
- İnce, A., Doğruer, Z. ve Türkçapar, M. H. (2002). Erken ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 5, 82-91.
- Johnsson, E., Fridell, M. (1997). Suicide Attempts In A Cohort of Drug Abusers: A 5-Year Follow-Up Study. *Acta Psychiatr Scand*, 96(5),362-366.
- Kaplan, H. I. ve Sadock, B.J. (2004). *Klinik Psikiyatri. E Abay (Çev. Ed.)*, İstanbul: Nobel Matbaacılık
- Kaplanhan, T.(2015). Alkol/Madde Bağımlılarında Bağımlılık Türü İle Tedavi Motivasyonu, Algılanan Sosyal Destek ve Psikiyatrik Belirtileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Haliç Üniversitesi SBE
- Karaer, Ş., Kuğu, N., Doğan, O., ve Akyüz, G. (2003). Sivas İl Merkezinde Alkol Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığın Epidemiyolojisi Sosyo-Demografik Değişkenlerle İlişkisi ve I. Eksen Eş Tanıları. *Yeni Symposium*, 41(3), 131-142.
- Karagöz, B. ve Dağ, İ. (2015). Kendini Yaralama Davranışlarında Çocukluk Dönemi İstismarı ve İhmali İle Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki: Alkol ve/ya Madde Bağımlısı Bir Grupta Kendini Yaralama Davranışının İncelenmesi. *Arch Neuropsychiatr*, 52, 8-14.
- Karasar, N. (2005) *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, Ankara: Nobel
- Karatay, G. Ve Kubilay, G. (2004). Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki Lisede Madde Kullanma Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1, 2.

- Karlıdağ, R., Ünal, M.(1997). Sınır Kişilik Bozukluğu Olgusu. *Düşünen Adam*, 10: 13- 6.
- Kasatura, İ. (1998). *Gençlik ve Bağımlılık*. 1. Baskı. Evrim Yayınevi ve Bilgisayar San. Tic. LTD. Ş.T.İ. İstanbul.
- Kaya, Y. ve Şahin, N. (2013). Kadınlarda Madde Kullanımı ve Hemşirenin Rolü. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 10(1), 3–7.
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*,15, 641–684.
- Keskin, E.(2018). Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Alan Hastalarda Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Sınır Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi.
- Khoury, L., Tang, Y. L., Bradley, B., Cubells, J. F. ve Ressler, K. J. (2010). Substance Use, Childhood Traumatic Experience, and Posttraumatic Stress Disorder in an urban civilian population. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1077–1086.
- Kjelsberg, E., Eikeset, P.H. ve Dahl, A. A. (1991). Suicide in Borderline Patients-Predictive Factors. *Acta Psychiatr Scand*, 84, 283-7.
- Klonsky, E. D., ve Glenn, C. R. (2009). Assessing The Functions Of Non-Suicidal Self-Injury: Psychometric Properties of The Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219.
- Klonsky, E. D., ve Glenn, C. R. (2009). Assessing The Functions of Non-Suicidal Self-Injury: Psychometric Properties of The Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219.
- Klonsky, E.D. and Muehlenkamp, J.J. (2007). Self-Injury: A Research Review For The Practitioner. *J Clin Psychol*, 63(11), 1045-56.
- Kocabiyik, N., Yildirim, S., Ozturk Turgut, E., Kayaci Turk, M. ve Ayer, A. (2015). Studyon The Frequency of Violence To Healthcare Professionals In A Mental Health Hospital and Related Factors. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28(2), 112–118.
- Koenigsberg, H. W., Kaplan, R. D., Gilmore, M. M. ve Cooper, A. M. (1985). The Relationship Between Syndrome and Personality Disorder in

- DSM-III: Experience With 2,462 Patients. *American Journal of Psychiatry*, 142(2), 207–212.
- Köknel, Ö. (1998). *Bağımlılık-Alkol ve Madde Bağımlılığı*. İstanbul: Altın Kitap Yayınevi
- Köksal, B. (2016). *Madde Bağımlılarında Dürtüsellik ve Saldırganlığın İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi SBE
- Köksal, B. (2016). *Madde Bağımlılarında Dürtüsellik ve Saldırganlığın İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi.
- Krasucki, C., Kemp, R. ve David, A. A. (1995). Case Study of Female Genital Self-Mutilation in Schizophrenia. *Brit J Med Psych*, 68, 179-186.
- Kruger, D. M., Benzano, D. Ve Reppold, C. T. (2016). Personality Disorder and Substance Related Disorders: A Six-Month Follow-Up Study With a Brazilian Sample. *J Bras Psiquiatr*, 65(2), 127-34.
- Kring, A.M., Johnson S.L., Davison, G. Ve Neale, J. (2015). *Anormal Psikolojisi*. M. Şahin (çev.), Ankara: Nobel Yayınları.
- Kural, S., Evren, C. ve Çakmak, D. (2005). Alkol/Madde Bağımlılığında Kişilik Bozukluğu Ek Tanısının Diğer I. Eksen Tanıları ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali İle İlişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 1(6), 9–18.
- Kutlu, A.M. (2018). *Borderline Kişilik Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme*. *Medeniyet Araştırmaları Dergisi*, 3(5).
- Kutlu, Y. (2011). Kadının Madde Kullanımı ve Bağımlılığı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 90-93
- Leichsenring, F. F. (1999). Development and First Results of The Borderline Personality Inventory: A Self-Report Instrument For Assessing Borderline Personality Organization. *Journal of Personality Assessment*, 73, 45– 63.
- Linehan, M. M. ve Nielsen, S. L. (1981). Assessment of Suicide Ideation and Parasuicide: Hopelessness and Social Desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(5), 773-775.
- Loranger, A. W. (1985). Family History of Alcoholism in Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42(2), 153.

- McWhirter, J. J., B.T. McWhirter, E. H. McWhirter ve R.J. McWhirter (2004). *At risk Youth. A Comprehensive Response* (3th ed). Pacific Grove, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Merikangas, K. R. ve McClair, V. L. (2012). Epidemiology of Substance Use Disorders. *Human Genetics*, 131(6), 779–789.
- Merikangas, K., Mehta, R., Molnar, B. E., Walters, E. E., Swendsen, J. D., Aguilar-Gaziola, S., Kessler, R. C. (1998). Comorbidity of Substance Use Disorders With Mood and Anxiety Disorders: Results of The International Consortium In Psychiatric Epidemiology. *Addictive Behaviors*, 23, 893–907.
- Milgram, GG. (1993). Adolescents, Alcohol And Aggression. *J Stud Alcohol Suppl*, 11,53-61.
- Morey, C., Corcoran, P., Arensman, E. Ve Perry, I.J. (2008). The Prevalence of Self-Reported Deliberate Self Harm in Irish Adolescents. *BMC Public Health*, 28(8), 79.
- Nehls, N. (1998). Borderline Personality Disorder: Gender Stereotypes, Stigma, And Limited System of Care. *Issues Ment Health Nurs*, 19, 97-112.
- Newcomb, M. D. ve P. M. Bentler (1988). "Impact Of Adolescent Drug Use And Social Support On Problems Of Young Adults: A Longitudinal Study", *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 64–75.
- Nurmedov, S., Noyan, O. C., Darçın, A. E. vd., (2015). Diagnosis of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Among Patients With Substance Use Disorder and Association With Sociodemographic and Clinical Characteristics: A Retrospective Study, 2(2), 1-6.
- Nysaeter, T. E. ve Nordahl, H. M. (2012). Comorbidity of Borderline Personality Disorder With Other Personality Disorders In Psychiatric Outpatients: How Does It Look At 2-Year Follow-Up? *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(3), 209-214.
- Ocak, T., Karagöl, A., Uzun, Ö., Oruçoğlu, A., Duruk, M. (2013). Kendini Kesme Şeklinde Olan Kendine Zarar Verme Olgusu. *Yeni Tıp Dergisi*, 30, 101-103.
- Okutan, Ö. (2013). Eroin Bağımlılığının Aşağıdan Yukarıya ve Yukarıdan Aşağıya İşleme Süreçleri Arasındaki İlişki. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi.

- Olçay, G. (2016). Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireylerde Algılanan Sosyal Destek ve Umutsuzluk Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi SBE
- Oldham, J.M., Skodol, A.E., Gallaher, P.E., ve ark. (1996). Relationship of Borderline Symptoms To Histories of Abuse and Neglect: A Pilot Study. *Psychiatr Q*, 67, 287-95.
- Oyefeso, A., Brown, S., Chiang, Y., Clancy, C. (2008). Self-Injurious Behaviour, Traumatic Life Events And Alexithymia Among Treatment-Seeking Opiate Addicts: Prevalence, Pattern And Correlates. *Drug Alcohol Depend*, 98,227-234.
- Oyefeso, A., Ghodse, H. Clancy, C. ve ark. (1999). Suicide Among Drug Addicts In The UK. *Br J Psychiatry*, 175,277-282.
- Ögel, K. (2005). Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 1(47), 61-64.
- Ögel, K. ve Aksoy, A. (2006). Kendine Zarar Verme Davranışı Raporu. Yeniden Yayın, no:18, İstanbul.
- Ögel, K. ve ark. (1999). Madde Kullanıcılarının Özellikleri: Türkiye’de Çok Merkezli Bir Araştırma (2. Aşama). *3P Dergisi*, 7(4).
- Ögel, K., Tamar, D., Karalı, A., ve Çakmak, D. (1998). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Kitabı. İstanbul: Özgül Matbaacılık.
- Ögel, K., Taner, S. ve Eke, C.Y. (2006). Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı: İstanbul Örneklem. *Bağımlılık Dergisi*, 7: 18- 23.
- Ögel, K., Taner, S., Tosun, M., Gürol, D. Ve Liman, O. (2005). Yatarak Tedavi Gören Ergen Uçucu Madde Kullanıcılarında Madde Kullanım Özellikleri: Cinsiyet ve Yaşadığı Yere Göre Karşılaştırma. *Bağımlılık Dergisi*, 6, 76-83.
- Öner, H., Tamam, L., Levent, B. K. ve Öner, S. (2002). Alkol Bağımlılığı Olan Yatan Hastalarda Eksen I ve Eksen II Eş Tanılarının Değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12, 14-22.
- Özer, İ. N. (2016). Madde Bağımlılarının Maddeye Başlama Sebeplerinin Tespiti ve Önleyici Hizmetlerin Geliştirilmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Polis Akademisi.

- Özgüven, H. D., Soykan, Ç., Haran, S. ve Gençöz, T. (2003). İntihar Girişimlerinde Depresyon ve Kaygı Belirtilerinin Yanı Sıra Problem Çözme Becerileri ve Algılanan Sosyal Desteğin Önemi. *Türk Psikoloji Dergisi*,18,1-11.
- Özkanca, T. (2018). İntihar Olasılığı ve Umutsuzluğun Madde Bağımlısı Hastalarda Ve Sağlıklı Bireylerde Karşılaştırılması. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi SBE*
- Öztürk, O. (1994). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. 5. Baskı, Ankara, 393-420.
- Öztürk, Y. E., Kırlioğlu, M. ve Kıracı, R. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığında Risk Faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 18(2), 97-118.
- Paris, J. (2002). Chronic Suicidality Among Patients With Borderline Personality Disorder. *Psychiatr Serv*, 53,738-742.
- Pattison, E.M., Kahan, J. (1983). Deliberate Self Harm Syndrome. *Am J Psychiatry*, 140, 7.
- Pelissier, B. (2004). Gender Differences in Substance Use Treatment Entry and Retention Among Prisoners With Substance Use Histories. *American Journal of Public Health*, 94(8), 1418- 1424.
- Pollack, W. S. (1999). Psychotherapy (of Borderline Personality Disorder) . In A. S. Bellack Sc M. Hersen (Eds.), *Handbook For Comparative Treatment of Adult Disorders* (p. 393-419). New York: Wiley
- Poole, N. ve Dell, C. A. (2005). *Girls, Women and Substance Use*. Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) Ottawa, 1-15.
- Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M. ve Darvishi, N. (2016). Substance Use Disorder and Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt and Suicide Death: A Meta-Analysis. *Journal of Public Health*, 38(3), 282–291.
- Portzky, G. ve van Heeringen, K. (2007). Deliberate self-harm in adolescents. *Curr Opin Psychiatry*, Jul, 20(4), 337-42.
- Rodríguez-Blanco, L., Carballo- Belloso, J.J. ve Baca-García, E. (2018). Use of Ecological Momentary Assessment (EMA) in Non Suicidal SelfInjury (NSSI): A Systematic Review. *Psychiatry Res*, 27, 212-219.

- Ross, H.E., Glasser, F.B., Germanson, T. (1988). The Prevalance of Psychiatric Disorders in Patients with Alcohol and Other Drug Problems; Arch Gen Psych, 45, 1023-1031.
- Rossow, I. (2001). Alcohol and Homicide; A Cross- Cultural Comparison of The Relationship in European Countries. Addiction journal, 1, 77-92
- Saçarçelik, G.G. (2009). Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergen ve Genç Erişkin Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları. Doktora Tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH
- Sadock, B. J. ve Sadock, V.A. (2007) Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8. Baskı. Güneş Kitabevi, Ankara, 2442–2453.
- Sansone, R.A., Lam, C., Wiederman, M.W. (2012). The Relationship Between Illegal Behaviors And Borderline Personality Symptoms Among Internal Medicine Outpatients. Compr Psychiatry, 53: 176-180.
- Saraçlı, Ö. (2007). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ile İlişkili Bireysel ve Psikososyal Faktörler, Tıpta Uzmanlık Tezi. Zonguldak: Zonguldak Üniversitesi.
- Sayar, K. ve Acar B (1999). Psikofarmakolojik Ajanlarla Yapılan İntihar Girişimlerinde Risk Etkenleri. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 9,208-212.
- Sayıl, I. (1995). İntihar Davranışı ve Epidemiyolojisi. O Doğan (ed): Psikiyatrik Epidemiyoloji'de, İzmir, Ege Psikiyatri Yayınları, 118-123.
- Selen, Ö. (2013). Gaziantep'te Uyuşturucu Madde Kullanıcı Profili. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep. Gaziantep Üniversitesi.
- Shea, M.T., Widiger, T.A., Klein, M.H. (1992). Comorbidity Of Personality Disorders And Depression. Implications For Treatment. Journal Of Consulting And Clinical Psychology, 60, 857-868.
- Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J. J., Winchel, R., ve Stanley, M. (1992). Self-Mutilation in Personality Disorders: Psychological and Biological
- Simon, T. R., Swann, A. C., Powell, K. E., Potter, L. B., Kresnow, M. ve O'Carroll, P.W. (2001). Characteristics of Impulsive Suicide Attempts and Attempters. Suicide Life Threat Behav, 32 (1), 30–41.
- Siyez, D. M., Gürçay, E. G. ve Yüncü, Z. (2012). Madde Kullanım Bozukluğu

Olan ve Olmayan Ergenlerin Çocukluk Dönemi Aile Yaşantılarına İlişkin Algıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 299–305.

Soloff, P. H., Lis, J.A., Kelly, T., Cornelius, J. ve Ulrich, R. (1994). Risk Factors For Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 151, 1316-1323.

Stanley, B., Brodsky, BS.(2005). Suicidal and Self-Injurious Behavior in Borderline Personality Disorder: A Self-Regulation Model. In *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder: A Guide for Professionals and Families* (Eds JG Gunderson, PD Hoffman). Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 43-63.

Stanley, B., Sher, L., Wilson, S., Ekman, R., Huang, YY., Mann, JJ. (2010). Non-Suicidal Self-Injurious Behavior, Endogenous Opioids and Monoamine Neurotransmitters. *J Affect Disord*, 124,134-140.

Stone, M. H. (1987). The Course of Borderline Personality Disorder. In A. Tasman, R.E. Hales, & A.J. Frances (Eds), *American psychiatric press review of psychiatry* Washington, DC: American Psychiatric Press, 8, 103–122).

Sudak, H.S. (2007). Özkıyım. Sadock BJ, Sadock VA (Ed.) Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Aydın H, Bozkurt A (Çeviri Ed.) 8. Baskı, Ankara: Güneş Kitabevi Ltd. Şti, 2442-2452.

Swannell, S.V., Martin, G.E., Page, A. ve Hasking, P. (2014). Prevalence of Nonsuicidal Self-Injury in Nonclinical Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *Suicide Life Threat Behav*, 44,273-303.

Şahin, D. (2001). Kişilik Bozuklukları. İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.

Şahin, Ö. (2017). Madde Bağımlılığı Tanısı Almış Kişilerde Benlik Saygısı ile Sosyal Fobi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi SBE

Şahiner, Ş. (2012). Alkol ve Madde Bağımlılarının Sosyodemografik Özellikler Çocukluk Çağı Travmaları Başa Çıkma Yöntemleri ve Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi.



- T.C. Sağlık Bakanlığı. (1995). Lise Öğrencilerinin Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Maddeler Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi Projesi. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2012). Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı. URL:[http://www.hasta.saglik.gov.tr/files/madde\\_kitabi.pdf\\_1124638346.pdf](http://www.hasta.saglik.gov.tr/files/madde_kitabi.pdf_1124638346.pdf) Son Erişim Tarihi: 20.12.2018.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). Using Multivariate Statistics. Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Tadic, A., Wagner, B. (2009). Gender Differences In Axis I And Axis II Comorbidity In Patient Borderline Personality Disorders Psychopathology, 42(4),257-63
- Tansel, B.(2017). Lise Öğrencilerinin Bağımlılık Yapan Maddelere Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Hitit Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1082, 1453-1472.
- Tarlacı N.(1996). B Kümesi Kişilik Bozukluklarında Self-Mutilatif Davranış Özellikleri. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları EAH.
- Tarlacı, N., Yeşilbursa, D., Türkcan, S., Saatçioğlu, Ö., Yaman, M. (1997). B Kümesi Kişilik Bozukluklarında Kendini Yaralamanın Özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi,8,29-35.
- Tel, H., Uzun, S. (2003). İntihar Girişimi İle Acil Sevise Başvuran Hastaların Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Durumları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4, 151- 158.
- Tot, S., Yazıcı, K., & Yazıcı, A. E. (2002). “Mersin Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara ve Alkol Kullanım Yaygınlığı ve İlişkili Özellikler”, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3, 227-231.
- Trezza, GR., Popp, SM. (2000). The Substance User At Risk of Harm to Self or Others: Assessment and Treatment Issues. J Clin Psychol, 56(9),1193-1205.
- Trull, T. J., Sher, K. J., Minks-Brown, C., Durbin, J. ve Burr, R. (2000). Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorders: A Review and Integration. Clinical Psychology Review, 20(2), 235–253.
- Tunç, P.(2016). Borderline Kişilik Bozukluğunda Depresif Semptom ve Çocukluk Çağı Travmalarının Dürtüsellik, Kendine Zarar Verme ve

İntihar Davranışları Üzerindeki Yordayıcı Etkisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul: İstanbul Arel Üniversitesi SBE

- Tutkun, H., Şar, V., Yargıç, L.İ., Özpulat, T. ve Yanık, M. (1995). Yatarak Tedavi Görmekte Olan Psikiyatri Hastalarında Ruhsal Travma Yaşantıları İle İntihar, Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, İstanbul, 71.
- Tutkun, H., Şar, V., Yargıç, L.İ., Özpulat, T. ve Yanık, M. (1995). Yatarak Tedavi Görmekte Olan Psikiyatri Hastalarında Ruhsal Travma Yaşantıları İle İntihar, Kendine Fiziksel Zarar Verme Davranışı ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 31. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Kongre Özet Kitabı, İstanbul, 71.
- Türkcan, A. (1998). Türkiye’de Madde Kullananların Profili: Hastane Verilerinin İncelenmesi. Düşünen Adam Dergisi, 11(3), 56-64.
- Türkçapar, M. H. ve Işık, B. (2000). Borderline Kişilik Bozukluğu, Psikiyatri Dünyası,4, 44-49.
- Türkiye İstatistik Yıllığı. (2008). TC Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Ankara.
- Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM). (2013). EMCDDA 2013 Ulusal Raporu, 18-25.
- Uluhan, F. (2006). Isparta İl Merkezinde Alkol ve Psikoaktif Madde Kullanımının 12 Aylık Dağılımı ve Sosyodemografik Değişkenlerle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Uysal, S. (2010). KZVD Olan Genç Erişkin Hastalarda İntihar Girişimi Olan ve İntihar Girişimi Olmayanların Klinik Tanıları, Borderline Kişilik Özellikleri, Mizaç ve Karakter Özellikleri Açısından Karşılaştırılması. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sınır Hastalıkları Hastanesi, 13. Psikiyatri Birimi, İstanbul.
- Uzbay, İ.T. (1996). Madde Bağımlılığı. Bilim Teknik Dergisi, 20-26.
- Uzbay, T. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 21, 5-15.

- Vatandaş, C., Can, B. Ve Mahitapoğlu, H. (2015). Türkiye’de Gençlik ve Uyuşturucu Madde Sorunu (11. Baskı). (ss. 34-66). İstanbul: SEKAM Yayınları.
- Walsh, B.W. ve Rosen PM. (1988). Self-Mutilation Theory, Research, And Treatment. New York: Guilford Press
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Vos, T. (2013). Global Burden of Disease Attributable To Mental and Substance Use Disorders: Findings From the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet (London, England), 382(9904), 1575–1586.
- Yalçın, M., Eşsizozğlu, A., Akkoç, H. vd., (2009). Dicle Üniversitesi Öğrencilerinde Madde Kullanımını Belirleyen Risk Faktörleri. Klinik Psikiyatri, 12, 125-133.
- Yalçın, Ş. (2012). Alkol ve Madde Bağımlılarının Sosyodemografik Özellikler Çocukluk Çağı Travmaları Başa Çıkma Yöntemleri ve Kişilik Özellikleri Açısından Karşılaştırılması. Gazi Üniversitesi Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara.
- Yalvaç, H. (2006). İntihar Girişiminde Bulunan Bireylerde Psikiyatrik Morbidite, Kişilik Bozukluğu ve Bazı Sosyodemografik ve Klinik Etkenlerle İlişkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi. Malatya: İnönü Üniversitesi.
- Yancar, C. (2005). Madde Bağımlılarında İkinci Eksen Komorbidite ve Kişilik Özelliklerinin Bağımlılık Şiddeti ve Yaşam Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Yanık, M., Özmen, M.(2002). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanım/İhmal Yaşantıları İle İntihar, Kendine Fiziksel Zarar Verme ve Dissosiyatif Belirtiler Arasındaki İlişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3,140-146.
- Yen, S., Shea, T., Pagano, M., Sanislow, C.A., Grilo, C.M., McGlashan, T.H., Skodol, A.E., Bender, D.S., Zanarini, M.C., Gunderson, J.G. ve Morey, L.C. (2003). Axis I and Axis II Disorders As Predictors of Prospective Suicide Attempts: Findings From The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. J Abnorm Psychol, 112, 375–381.
- Yılmaz, A., Can, Y., Bozkurt, M., Evren C. (2014). Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 6(3), 243-256.

Yılmaz, N. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığı: Bireysel ve Toplumsal Sonuçları. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi.

Yorgancıoğlu, A. Ve Esen, A. (2000). Sigara Bağımlılığı ve Hekimler. Toraks Dergisi, 1(1), 90

Yüncü, Z. ve Aydın, C. (2012). Alkol Madde Kullanım Bozukluklarında Etiyoloji. C. Evren, K. Ögel, B. Uluğ (Ed.), Alkol Madde Bağımlılığı İçinde (s. 19–33). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B. ve Silk, K. R. (2006). Prediction of The 10-year Course of Borderline Personality Disorder. Am J Psychiatry, 163 (5), 827–832.

Zeki, A. ve Çuhadaroğlu F.Ç. (2012). Ergenlerde Kendine Zarar Verme Davranışının Gelişimsel ve Psikopatolojik Değerlendirmesi. Uzmanlık tezi.

## **EK-1: BORDERLINE KİŞİLİK ENVANTERİ (BKE)**

**Aşağıdaki cümlelerden size uygun olanlarını işaretleyiniz.**

1. Sık sık panik nöbetleri geçiririm. DOĞRU -YANLIŞ
2. Son zamanlarda beni duygusal olarak etkileyen hiçbir şey olmadı. DOĞRU -YANLIŞ
3. Çoğu kez gerçekte kim olduğumu merak ederim. DOĞRU- YANLIŞ
4. Çoğu kez başıma iş açacak risklere girerim. DOĞRU - YANLIŞ
5. Başkaları bana yoğun ilgi gösterdikleri zaman kendimi boğulmuş hissederim DOĞRU- YANLIŞ
6. Bazen içimde bana ait olmayan başka bir kişi ortaya çıkar. DOĞRU -YANLIŞ
7. Gerçekte olmadığı halde acayip şekiller veya görüntüler gördüğüm oldu. DOĞRU - YANLIŞ
8. Bazen çevremdeki insanlar ve nesnelerin gerçek olmadığını hissederim DOĞRU- YANLIŞ
9. Başkalarına yönelik duygularım bir uçtan bir uca çok hızlı değişir (Ör. Sevgi ve beğeniden nefret ve hayal kırıklığına). DOĞRU -YANLIŞ
10. Çoğu kez değersizlik ya da umutsuzluk duygusuna kapılırım. DOĞRU -YANLIŞ
11. Çoğu kez paramı çarçur ederim ya da kumarda kaybederim. DOĞRU -YANLIŞ
12. Gerçekte kimse olmadığı halde hakkımda konuşan sesler duyduğum oldu. DOĞRU - YANLIŞ
13. Eğer 12. maddeye “evet” dediyseniz aşağıdaki cümlelerden sizin için uygun olanını seçiniz: DOĞRU -YANLIŞ
  - a. Bu sesler benim dışımdan gelmiştir. b. Bu sesler içimden gelmiştir.
14. Yakın ilişkilerde hep incinirim. DOĞRU- YANLIŞ
15. Bana uymayan biçimde hissettiğim ya da davrandığım oldu. DOĞRU- YANLIŞ
16. Bir kukla gibi dışarıdan yönetiliyormuş ve yönlendiriliyormuş gibi hissettiğim oldu. DOĞRU - YANLIŞ
17. Herhangi birine fiziksel olarak saldırıda bulunduğum oldu. DOĞRU- YANLIŞ
18. Düşüncelerim başkaları tarafından okunuyormuş gibi hissettiğim oldu DOĞRU - YANLIŞ
19. Bazen gerçekte suç işlemediğim halde, sanki işlemişim gibi suçluluk hissederim. DOĞRU - YANLIŞ
20. Bilerek kendime bedensel zarar verdiğim oldu. DOĞRU- YANLIŞ
21. Bazen gerçekte olmadığı halde insanların ve nesnelerin görünümünün değiştiği hissine kapılırım. DOĞRU - YANLIŞ
22. Yoğun dini uğraşlarım olmuştur. DOĞRU - YANLIŞ
23. Duygusal ilişkilerimde çoğunlukla ne tür bir ilişki istediğimden emin olamam. DOĞRU - YANLIŞ
24. Bazen bir kahin gibi gelecekle ilgili özel hislerim olur. DOĞRU - YANLIŞ
25. Bir ilişki ilerledikçe kendimi kapana kısılmış gibi hissederim. DOĞRU - YANLIŞ
26. Gerçekte kimse olmadığı halde bir başka insanın varlığını hissettiğim oldu. DOĞRU - YANLIŞ

27. Bazen bedenim ya da bedenimin bir kısmı bana acayip veya değişmiş gibi görünür. DOĞRU - YANLIŞ
28. İlişkiler çok ilerlerse, çoğunlukla koparma gereksinimi duyarım. DOĞRU - YANLIŞ
29. Bazen birilerinin peőimde olduğu hissine kapılırım. DOĞRU- YANLIŞ
30. Sık sık uyuşturucu kullanırım (esrar, hap gibi). DOĞRU- YANLIŞ
31. BaŐkalarını kontrol altında tutmaktan hoşlanırım. DOĞRU -YANLIŞ
32. Bazen özel biri olduğumu hissederim. DOĞRU - YANLIŞ
33. Bazen daęılıyormuŐum gibi hissederim. DOĞRU - YANLIŞ
34. Bazen bana bir Őeyin gerçekte mi yoksa yalnızca hayalimde mi olduğunu ayırt etmek zor gelir. DOĞRU - YANLIŞ
35. Çoğu kez sonuçlarını düşünmeden içimden geldiği gibi davranırım. DOĞRU- YANLIŞ
36. Bazen gerçek olmadığım duygusuna kapılırım. DOĞRU -YANLIŞ
37. Bazen bedenim yokmuŐ ya da bir kısmı eksikmiŐ hissine kapılırım. DOĞRU - YANLIŞ
38. Çoğu kez kabus görürüm. DOĞRU -YANLIŞ
39. Çoğu kez başkaları bana gülüyormuŐ ya da hakkımda konuŐuyormuŐ hissine kapılırım. DOĞRU -YANLIŞ

## EK-2: KENDİNE ZARAR VERME DAVRANIŞI ENVANTERİ (KZVDE)

### BÖLÜM I: DAVRANIŞLAR

Aşağıdaki anket çeşitli kendini yaralama davranışlarını sorgulamaktadır. Lütfen yalnızca belirtilen davranışı **kasıtlı olarak (isteyerek, amaçlı)** ve **intihar amacı olmaksızın** gerçekleştirmiş iseniz işaretleyiniz.

**1. Lütfen aşağıdaki maddeleri kasıtlı olarak yaşamınız boyunca kaç kez yaptığınızı belirtiniz (0, 5, 10, 100 vb.):**

Kesme	
Isırma	
Yakma	
Cilde bir harf/yazı şekil kazıma	
Çimdikleme	
Saç Kopartma(kökünden)	
Tırnaklama(deriyi kanatacak kadar)	
Kendini sert bir yere çarpma veya kendine vurma	
Yaranın iyileşmesine engel olma (ör: kabuklarını koparma)	
Cildi sert bir yüzeye sürtme	
Kendine İğne Batırma	
Tehlikeli/zararlı madde içme/yutma	
Diğer	

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

**Önemli: Eğer yukarıda belirtilen davranışlardan bir ya da daha fazlasını gerçekleştirmiş iseniz anketin kalan kısmını doldurunuz. Eğer belirtilen davranışlardan hiç birisini gerçekleştirmemiş iseniz anketin kalan kısmını doldurmayınız ve bir sonraki ankete geçiniz.**

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*





### EK-3: İNTİHAR DAVRANIŞI ÖLÇEĞİ (İDÖ)

#### 1. Hiç kendinizi öldürmeyi düşündüğünüz oldu mu?

- 0 () Asla
- 1 () Bir kez
- 2 () Bazen
- 3 () Sıklıkla
- 4 () Çok sık
- 5 () Her zaman

#### 2. Son bir yıl içinde ne kadar sıklıkla kendinizi öldürmeyi düşündünüz?

- 0 () Asla
- 1 () Bir kez
- 2 () Bazen
- 3 () Sıklıkla
- 4 () Çok sık

#### 3. Birisine hiç intihar edebileceğinizi veya edeceğinizi söylediniz mi?

- 1 () Evet 0
- 0 () Hayır

#### 4. Bir gün intihara teşebbüs etme olasılığınız nedir?

- 0 () Hiç bir zaman etmem
- 1 () Şu anda düşünmüyorum ama gelecekle ilgili kesin bir şey söyleyemem
- 2 () Belki
- 3 () Mutlaka
- 4 () Mutlaka birden fazla tekrarlama olasılığım var.

#### EK-4: DEMOGRAFİK BİLBİ FORMU

**1- Yaşınız:.....**

**2- Cinsiyetiniz:** a) Erkek b) Kadın

**3- Medeni Durumunuz:** a)Evlı b) Bekâr c) Boşanmış d) Dul (eşi ölmüş)

**4- Çocuğunuz var mı:** a)Yok b) Var (kaç çocuk).....

**5- Eğitim Durumunuz**

a) Okula gitmemiş b) Okur – Yazar c) İlkokul Mezunu d) Ortaokul Mezunu

e) Lise Mezunu f) Üniversite g) Yüksek Lisans e) Diğer.....

**6- Mesleğınız: .....**

**7-Sosyoekonomik Düzeyiniz:** a)Üst b) Orta c) Alt

**8- Hayatınızın büyük kısmını geçirdiğınız yerleşim birimi hangisidir?**

a) Köy-kasaba b) İlçe c) Şehir d) Büyükşehir e) Yurtdışı

**9-Yetiştüğınız aile tipi hangisidir?**

a) Çekirdek Aile (Anne-Baba-Kardeşler) b) Geniş Aile (anne-baba-kardeşler-akrabalar)  
b) Yuva (Sosyal Kurumlar) d) Diğer (Parçalanmış aile....)

**10-Üvey Anne-baba durumunuz:** a)Yok b) Var (üvey anne...) c) Var (üvey baba...)

**11- Anne babanızın kişilik özellikleri**

	<u>Anne</u>	<u>Baba</u>
a) Pasif ve yetersiz	.....	.....
b) Uysal, uyumlu	.....	.....
c) İlgisiz, içe kapanık	.....	.....
d) Canlı, neşeli	.....	.....
e) Kuşkucu ve Alıngan	.....	.....
f) Sınırlı,titiz,inatçı	.....	.....
g) Diğer	.....	.....

**12- Anne ve babanızın size karşı tutumu nasıldı?**

	<u>Anne</u>	<u>Baba</u>
a) İlgili ve Koruyucu	.....	.....
b) Titiz ve Katı	.....	.....
c) İlgisiz ve Otoriter	.....	.....
d) Sert ve Otoriter	.....	.....
e) Tutarsız ve Güvenilmez	.....	.....

**13-Uyuşturucu madde, sigara ve/veya alkol kullanıyor musunuz?**

- a) Hayır, hiç birini kullanmıyorum
- b) Sadece alkol kullanıyorum
- c) Hem alkol hem de uyuşturucu madde kullanıyorum
- d) Sadece uyuşturucu madde kullanıyorum
- e) Sadece sigara kullanıyorum

**14. Soruda evet yanıtını verdiyseniz, ne kadar süredir?: .....**

**15.Hangi uyuşturucu maddeleri kullandınız?**

- a) Eroin
- b) Cocain
- c) Bonzai
- d) Esrar
- e) uçucu maddeler(bali, tiner vb.)
- f) Amfetamin

**16.Daha önce enjeksiyon yoluyla madde kullandınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**17. Enjeksiyon yoluyla madde aldıysanız enjektör paylaşımında bulundunuz mu?**

- a) Evet
- b) Hayır

**18, 19, 20, 21, numaralı soruları yazılı belgelere dayanarak doldurun**

**18.HIV durumu**

- a)Pozitif test
- b)Negatif Test
- c) Test sonucu bilinmiyor
- e) Bilmiyor

**19.HCV durumu**

- a)Pozitif test
- c) Test sonucu bilinmiyor

- b)Negatif Test d) Hiç test yapılmamış  
e) Bilmiyor

**20.HBV durumu**

- a)Pozitif test c) Test sonucu bilinmiyor  
b)Negatif Test d) Hiç test yapılmamış  
e) Bilmiyor

**21.Cinsel yolla bulaşan hastalık durumu**

- a)Pozitif test c) Test sonucu bilinmiyor  
b)Negatif Test d) Hiç test yapılmamış e)bilmiyor

**22-Ailenizde veya soyunuzda suç işleyen var mı?**

- a) Evetse kim..... b) Hayır

**23-Daha önce psikiyatrik tedavi gördünüz mü?**

- a) Evet b) Hayır

Evet ise, Hastalığınızın adı:

Hastanede yattınız mı? : a) Evet b) Hayır

Kullandığınız ilaçlar:

Hastalığınızın başlama yaşı:

**24- Daha önce madde bırakma tedavisi dışında psikoterapi gördünüz mü?**

- a) evet b) hayır

Evet ise, Ne kadar süre:.....

**Eş tanı ya da**

**tanılar:.....**  
.....

## ÖZGEÇMİŞ



1. Adı ve Soyadı: Suzan Özdemir
2. Doğum Yeri ve Tarihi: Ceyhan/ 17.11.1990
3. Eğitim

Derece	Alan	Okul	Yıl
İlkokul		Şehit Fehmi Koç İlköğretim Okulu	1999-2007
Lise	Fen Bilimleri	Toros Anadolu Lisesi	2007-2011
Üniversite	Hemşirelik	İstanbul Arel Üniversitesi	2012-2016
Yüksek Lisans	Hemşirelik – Psikiyatri Hemşireliği	İstanbul Arel Üniversitesi	2016-2019

### İletişim Bilgileri:

Adres: Soğanlı mahallesi Ferit Selim Paşa Cd Sancaktepe sk 33/14 Bahçelievler/İstanbul

Mail: [suzan.ozdemir1134@gmail.com](mailto:suzan.ozdemir1134@gmail.com)

### İş Tecrübesi:

Haziran 2016-Aralık 2016: Medikal Park Bahçelievler (Erişkin kemik İliği Nakli Bölümü)

Kasım 2016- Şubat 2017: İstanbul Arel Üniversitesi (Öğretim Görevlisi- Geçici Kadro)

Nisan 2017-Haziran 2018: Balıklı Rum Hastanesi (Anatolia2/ Psikiyatri Kliniği)

Temmuz 2018-Devam ediyor: Bakırköy Mazhar Osman Ruh ve Sınır Hast. H.

(5.Psikiyatri Kliniği)