

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ ALAN  
HASTALARDA DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE  
BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU ÖZELLİKLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

**Esra KESKİN**

İstanbul, 2018

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ BİLİM DALI

**MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ ALAN  
HASTALARDA DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE  
BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU ÖZELLİKLERİNİN  
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Yüksek Lisans Tezi

Tezi Hazırlayan:

**Esra KESKİN**

Öğrenci No:

150790020

Danışman:

Dr. Öğretim Üyesi Selin Birgül BARAN

İstanbul, 2018

## YEMİN METNİ

Yüksek Lisans Tezi olarak sunduğum “Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Alan Hastalarda Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Borderline Kişilik Bozukluğu Özelliklerinin Değerlendirilmesi” başlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmamın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım 31/05/2018.



*E. Keskin*

Aday: Esra KESKİN

T.C.  
BEYKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

31.05.2018

Enstitümüz *Psikoloji* Anabilim Dalı *Klinik Psikoloji* Programı yüksek lisans öğrencilerinden 150790020 numaralı *Esra KESKİN'in* "Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim – Öğretim Yönetmeliği"nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği "*Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Alan Hastalarda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ve Borderline Kişilik Bozukluğu Özelliklerinin Değerlendirilmesi*" konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 29.05.2018 tarih ve 2018/22 sayılı toplantısında seçilen ve Taksim Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin (c) bendi gereğince (30) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında *oyçokluğu/oybirliği* ile *Kabul/Red veya Düzeltme* kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü'ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

  
**DANIŞMAN**  
Dr. Öğr. Üyesi Selin Birgül BARAN  
(Beykent Üniversitesi)

**ÜYE**  
Dr. Öğr. Üyesi Ali DAYI  
(Beykent Üniversitesi)

  
**ÜYE**  
Dr. Öğr. Üyesi Atilla TEKİN  
(Haliç Üniversitesi)

## ÖNSÖZ

Başta, tezimin oluşmasında öneri ve tüm samimiyetiyle yardımlarını esirgemeyen ve çalışmamı Balıklı Rum Hastanesi'nde yürütebilmem için her türlü desteği sağlayan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Ayten Erdoğan'a; İstanbul Ticaret Üniversitesi'nde Uygulamalı Psikoloji yüksek lisans eğitimi aldığım süre boyunca bana bitirme projem kapsamında bilgi ve donanımıyla örnek olan ve böylelikle tezimi yazarken doğru yolda ilerlememe katkı sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Esat Timuçin Oral'a; Tez süreci ve veri toplama aşamasında bana yardımcı olan ve kolaylık sağlayan Anatolia Bağımlılık Klinikleri hemşire ve sağlık personeli çalışanlarına; Vakit ayırarak çalışmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara; Tez çalışmam esnasında beni sabırla dinleyip, motive eden ve benden bilgi ve ilgisini esirgemeyen ağabeyim Dr. Mustafa Çağhan Keskin'e; Beni bugünlere getiren, tüm eğitim hayatım boyunca başarı ve başarısızlıklarımda her daim yanımda bulunan, benden sevgi ve desteğini esirgemeyen annem Nesrin Keskin ve babam Ahmet Keskin'e; Bu zorlu süreçte bana destek veren, motivasyonumun yükselmesine katkı sağlayan ve duygularımı paylaştığım tüm arkadaşlarıma ve Tez danışmanım değerli hocam Dr. Öğretim Üyesi Selin Birgül Baran'a, sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Esra KESKİN

Adı Soyadı : Esra KESKİN  
Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Selin Birgül BARAN  
Türü ve Tarihi : Yüksek Lisans, 2018  
Alanı : Klinik Psikoloji  
Anahtar Kelimeler: Madde kullanım bozukluğu, Duygu Düzenleme Güçlüğü,  
Borderline Kişilik Bozukluğu

## ÖZ

### **MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TEDAVİSİ ALAN HASTALARDA DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ VE BORDERLINE KİŞİLİK BOZUKLUĞU ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Bu çalışmada, madde kullanım bozukluğu tedavisi gören hastaların duygu düzenleme güçlüğü ve borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılması amaçlanmıştır. Buna ek olarak, madde kullanım bozukluklarında duygu düzenleme güçlüğü ve borderline kişilik bozukluğu özellikleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın çalışma grubu, Balıklı Rum Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 64 hasta ile cinsiyet, yaş ve eğitim açısından eşleştirilmiş 64 sağlıklı gönüllü katılımcıdan oluşmaktadır. Veriler Sosyodemografik Bilgi Formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) ve Borderline Kişilik Envanteri (BKE) ile toplanmıştır. İki grubun niceliksel verilerin karşılaştırılmasında student T testi, değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Pearson Korelasyon Analizi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi ve Fisher's Exact testi kullanılmıştır. Risk faktörlerinin incelenmesinde Lojistik Regresyon Analizinden yararlanılmıştır. Duygu düzenleme güçlüğü ve borderline kişilik bozukluğu özellikleri madde kullanım bozukluğu olan grupta kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. Duygu düzenleme güçlüğü skorları ile borderline kişilik envanteri skorları arasında da anlamlı bir korelasyon bulunmuştur.

Name and Surname : Esra KESKİN

Supervisor : Assist. Dr. Selin Birgöl BARAN

Degree and Date : Master, 2018

Major : Clinical Psychology

Key Words : Substance Use Disorder, Difficulties İn Emotion Regulation,  
Borderline Personality Disorder.

## ABSTRACT

### **EVALUATION OF DIFFICULTIES IN EMOTION REGULATION AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH SUBSTANCE USE DISORDER TREATMENT**

This research aims at comparing emotion regulation difficulties of the patients receiving treatment related to substance use and the characteristics of borderline personality disorder with a healthy control group. In addition to this, it intends to identify the correlation between difficulties in emotion regulation in substance use disorder and borderline personality disorder characteristics. The control group consists of 64 patients who receive inpatient treatment in Balıklı Rum Hospital and 64 healthy people being matched in terms of gender, age and education. Data was collected by the Sociodemographic Data Form, Difficulties in Emotion Regulation Scale and Borderline Personality Inventory. During the comparison of quantitative data of two groups the test Student T was used. In order to evaluate the correlation between the variables the Pearson Correlation Analysis was used and the Pearson Chi Square Test, Fisher-Freeman-Halton Test and Fisher's Exact Test was used to compare the correlation between the qualitative data. The risk factors were examined with Logistic Regression Analysis. Difficulties in emotion regulation and borderline personality disorder characteristics were detected to be significantly higher compared to the control group. There is a correlation between difficulties in emotion regulation results and borderline personality inventory results.

## İÇİNDEKİLER

### Sayfa No.

ÖZ.....	i
ABSTRACT.....	ii
TABLolar LİSTESİ.....	v
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vi
KISALTMALAR.....	viii
GİRİŞ.....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL AÇIKLAMALAR

1.1. Madde Kullanım Bozukluğu'nun Tarihçesi .....	4
1.2. Madde Kullanım Bozukluğu Yapan Maddeler.....	5
1.2.1 Opioidler .....	5
1.2.2. İnhalanlar .....	5
1.2.3. Kannabis .....	6
1.2.4. Kokain.....	6
1.2.5. Halüsinojenler.....	6
1.2.6. Sedatif- Hipnotik- Anksiyolitikler .....	6
1.3. Madde Kullanım Bozukluğu'nun Tanımı.....	7
1.4. Madde Kullanım Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi.....	9
1.5. Madde Kullanım Bozukluğu'nun Nedenleri .....	10
1.6. Madde Kullanım Bozukluğu'nda Komorbidite .....	11
1.7. Duygu Düzenleme Güçlüğü .....	12
1.7.1. Duygu Düzenleme Kavramı .....	12
1.7.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	14
1.7.3. Madde Kullanım Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisi .....	15
1.8. Borderline Kişilik Bozukluğu.....	16
1.8.1. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanımı .....	16
1.8.2. Borderline Kişilik Bozukluğu Tarihçesi .....	17
1.8.3. Epidemiyoloji ve Komorbidite .....	18
1.8.4. Etiyoloji.....	19
1.8.5. Borderline Kişilik Örgütlenmesi.....	20
1.8.6. Diyalektik Davranışçı Yaklaşım .....	21



1.8.7. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisi .....	22
---	----

## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

2.1. Araştırma Grubu .....	24
2.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler .....	25
2.2.1. Bilgilendirilmiş Olur Formu .....	25
2.2.2. Sosyodemografik Veri Formu.....	25
2.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ).....	25
2.2.4. Borderline Kişilik Envanteri (BKE) .....	26
2.3. Verilerin Analizi .....	27

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### BULGULAR

3.1 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler .....	36
3.2 Borderline Kişilik Envanterine İlişkin Değerlendirmeler .....	40
3.3 Lojistik Regresyon Analizi .....	42

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

<b>TARTIŞMA</b> .....	47
<b>SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	54
<b>KAYNAKÇA</b> .....	56
<b>EKLER</b> .....	71
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu .....	71
Ek 2. Demografik Bilgi Formu .....	74
Ek 3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği .....	76
Ek 4. Borderline Kişilik Envanteri .....	78

## TABLULAR LİSTESİ

### Sayfa No.

<b>Tablo 1:</b> Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirmesi .....	30
<b>Tablo 2:</b> Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirmesi .....	32
<b>Tablo 3:</b> Keyif Verici Madde Kullanan (Hasta) Grup Özelliklerine İlişkin Dağılımlar .....	35
<b>Tablo 4:</b> Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımları	36
<b>Tablo 5:</b> Gruplara Göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyut ve .....	37
Toplam Puanlarının Değerlendirmesi .....	37
<b>Tablo 6:</b> Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanlarının Dağılımları.....	40
<b>Tablo 7:</b> Gruplara Göre Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanlarının Değerlendirmesi	41
<b>Tablo 8:</b> Keyif Verici Madde Bağımlılığı Üzerine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi .....	42
<b>Tablo 9:</b> Hasta ve Kontrol Grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları ile Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanlarının İlişkisi .....	43

## ŞEKİLLER LİSTESİ

### Sayfa No.

Şekil 1: Cinsiyet dağılımı .....	28
Şekil 2: Yaş dağılımları .....	28
Şekil 3: Eğitim düzeyi dağılımları .....	29
Şekil 4: Meslek dağılımları.....	29
Şekil 5: Gruplara göre meslek dağılımları .....	31
Şekil 6: Gruplara göre gelir durumu dağılımları .....	31
Şekil 7: Gruplara göre yaşanan yer dağılımları .....	33
Şekil 8: Gruplara göre psikiyatrik hastalık dağılımları.....	34
Şekil 9: Hasta grupta kullanılan keyif verici maddelerin dağılımları .....	34
Şekil 10: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımları.....	36
Şekil 11: Gruplara göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kabul etmeme alt boyut puanlarının dağılımları.....	38
Şekil 12: Gruplara göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği stratejiler alt boyut puanlarının dağılımları.....	38
Şekil 13: Gruplara göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği dürtü alt boyut puanlarının dağılımları.....	39
Şekil 14: Gruplara göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği amaçlar alt boyut puanlarının dağılımları.....	39
Şekil 15: Gruplara göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanlarının dağılımları	40
Şekil 16: Gruplara göre Borderline Kişilik Envanteri toplam puanlarının dağılımları .....	41
Şekil 17: Hasta grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyut puanları ile Borderline Kişilik Envanteri toplam puanlarının ilişkisi.....	44
Şekil 18: Hasta grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanları ile Borderline Kişilik Envanteri toplam puanlarının ilişkisi .....	45

<b>Şekil 19:</b> Kontrol grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyut puanları ile Borderline Kişilik Envanteri toplam puanlarının ilişkisi.....	46
<b>Şekil 20:</b> Kontrol grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanları ile Borderline Kişilik Envanteri toplam puanlarının ilişkisi.....	46



## KISALTMALAR

- APA** : American Psychological Association
- Akt** : Aktaran
- DSM-IV** : Diagnostic and Statistical Manual, 4th Edition
- DSM-5** : Diagnostic and Statistical Manual, 5th Edition
- ICD-10** : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems



## GİRİŞ

Günümüzde madde kullanım bozukluğu problemi hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde hızla artan bir yoğunlukta karşımıza çıkmakta ve gerek bireyin kendisi üzerinde gerekse de toplumun tüm kesimleri üzerinde olumsuz rol oynamaktadır. Birey kadar, bireyin içinde bulunduğu toplumsal katmanları da etkileyerek sosyal ve ekonomik alanlarda ciddi kayıplara yol açmaktadır (Yıldırım vd., 2011 s. 25). Duygu düzenleme güçlüğü ise bireyin olumsuz emosyonlar söz konusu olduğunda impulsif davranışları yönetebilmede, hedef doğrultusunda davranışları idame ettirmede ve işlevsel duygu düzenleme stratejilerine ulaşmada zorluk çekmesi biçiminde tanımlanır. Birtakım araştırmalar duygu düzenleme konusunda zorluk çeken kişilerin olumsuz duygulardan uzaklaşmak, bu duyguları tekrardan düzenlemek veya negatif ruhsal durumdan kaçınmak için bağımlılık davranışları geliştirebildiklerini göstermiştir (Elmas vd., 2017, s. 18). Buna ek olarak duygu ve duygu düzenleme ile ilgili sorunlar pek çok psikiyatrik bozukluk ile karakterizedir (Gross ve Jazaieri, 2014, s. 387). Duygusal işlevselliğin, borderline kişilik yapısında bozulmuş olabileceği yaygın olarak düşünülmeyle birlikte, bu bozukluğa sahip olan bireyler, daha yoğun ve sık olumsuz duygular yaşadıklarını ve bu duyguları düzenlemede büyük güçlük yaşadıklarını bildirmektedirler (Chapman vd., 2017, s. 483).

Madde kullanım bozukluğu olan hastalarda antisosyal ve borderline kişilik bozukluğuna sıklıkla rastlanmaktadır (Deniz, 2017, s. 127). Yakın dönemdeki araştırma sonuçları alkol kullanım bozukluğu ile B kümesi kişilik bozuklukları arasında bir korelasyon kurarak, B kümesi kişilik bozukluklarının Eksen 1 tanılarıyla komorbidite gösterdiği durumlarda tedavinin güçleştiğini ortaya koymaktadır (Can vd., 2017, s. 120). Araştırmalar borderline kişilik bozukluğu olan alkol kullanıcılarının olmayanlara kıyasla daha şiddetli madde kullanım problemi yaşadıklarını, daha impulsif olduklarını, düşmanca tutum sergilediklerini ve olumsuz duygulanım ve baş etme becerilerinin yetersiz olduğunu ortaya koymuştur (Evren, 2004, s. 115).

Madde kullanım bozukluğu gösteren borderline bireylerde yargılama kapasitesinin zayıflaması ve dürtüsellikle beraber, intihara bağlı ölümcül sonuçlar ortaya çıkabilmektedir. Bu kişiler kötü bir prognoza sahip olmakla beraber, daha büyük risk altındadırlar (Oldham, 2006, s. 21). Borderline kavramı, yetersiz dürtü denetimi ve ilkel savunma sergileyen, benliğini idrak etmede zorluk gösteren, aşırı duygular taşıyan ve kalıcı olmayan psikotik ataklar geçiren hastaları betimlemek üzere kullanılır. Hastalarda duygu durumunda aşırılıklar, duygulanımda

ani değişiklikler ve dürtü kontrolünde güçlükler görülür (Ançel vd., 2010, s. 134). Madde kullanım bozukluğunun ortaya çıkışında da dürtüsellikğin varlığı, uyum konusunda güçlük yaşama ve dışa dönük kişilik özelliklerinin etkisi olduğu saptanmıştır (Yüncü vd., 2009, s. 6).

Diyalektik Davranış Terapisi (DDT) kapsamında sorunlu davranışlar bir duygu düzenleme gayreti veya yanlış duygu düzenlemenin bir sonucu olarak ele alınır. DDT’nde irdelenen bütün davranış ve rahatsızlıkların, eksik duygu düzenleme ile ilgili olduğu söylenebilir. Özellikle borderline kişilik bozukluğu ve onunla bağlantılı kendine zarar verme davranışı, intihar ve madde kullanım bozuklukları, depresif bozukluklar ve yeme bozuklukları bu doğrultuda değerlendirilir (Gülgez ve Gündüz, 2015, s. 193).

### **Araştırmanın Amacı**

Bu araştırmanın amacı; Madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin borderline kişilik bozukluğu özelliklerini belirlemek ve duygu düzenlemede yaşadıkları güçlükleri ölçmek ve madde kullanım bozukluğu tanısı almamış kişiler ile borderline kişilik bozukluğu özellikleri ve duygu düzenleme güçlüğü durumlarının anlamlı biçimde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek araştırmanın temel problemidir. Madde kullanım bozukluğu olan kişilerin duygu düzenleme güçlüğü göz önünde bulundurularak, duygu düzenleme güçlüğü, madde kullanım bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişkinin ele alınmasıdır. Borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin madde kullanım bozukluğunu nasıl yordadığı ve duygu düzenleme güçlüğüünün madde kullanımına bağlı problemlerin şiddeti üzerine etkisinin araştırılmasıdır. Madde kullanım bozukluğu gösteren kişilerin borderline kişilik bozukluğu özellikleri ve duygu düzenleme durumlarının; madde kullanım bozukluğu olmayan sağlıklı kontrolleriyle yaş, eğitim, cinsiyet gibi çeşitli değişkenlerle karşılaştırılmasıdır. Bu problem ve amaçlar ele alınarak şu hipotezler sınanacaktır:

1) Madde kullanım bozukluğu tanısı alan kişiler ve madde kullanım bozukluğu olmayan kişilerin duygu düzenleme güçlüğü ve borderline kişilik bozukluğu özellikleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2) Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin duygu düzenleme güçlükleri ile tanı almamış bireylerin duygu düzenleme güçlükleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

3) Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin borderline kişilik bozukluğu özellikleri ile tanı almamış bireylerin borderline kişilik özellikleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

### **Araştırmanın Önemi**

Duygu düzenleme güçlüğü ve borderline kişilik bozukluğu kavramları madde kullanım bozukluğu çerçevesinde ele alındığında, bu alanda yapılacak olan araştırmalara ışık tutacaktır. Duygu düzenleme güçlüğüünün borderline kişilik bozukluğu ile ilişkisi üzerine fazla sayıda

Çalışma yapılmamış olması literatürdeki eksiklikleri gidermeye destek olma amacı güder. Buna ek olarak madde kullanım bozukluğu ve kişilik bozukluklarıyla ilgili literatürde birçok araştırma olmasına karşın, madde kullanım bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğuna sahip bireylerin, duygu düzenleme güçlüğü durumunu araştıran araştırmaya rastlanmamıştır. Bu araştırmanın madde kullanım bozukluğu olan ve madde kullanım bozukluğu olmayan bireylerin duygu düzenleme güçlüğü ve borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemesi nedeniyle de, bu alanda bu yöndeki eksiklikleri giderebileceği ve sonrasındaki araştırmalar için veri niteliğinde özgün bir araştırma olacağı düşünölmüştür.

### **Varsayımlar**

- 1) Araştırma kapsamında değerlendirilen örneklemin evreni temsil etme gücü olduğu,
- 2) Araştırma sırasında kullanılan ölçme araçlarının geçerli ve güvenilir olduğu,
- 3) Araştırma örneklemini oluşturan kişilerin, yansız ve tarafsız bir şekilde soruları yanıtlandırırdıkları varsayılmıştır.

### **Sınırlılıklar**

- 1) Araştırma, 64 madde kullanım bozukluğu ve 64 sağlıklı kontrol olgusu ile kısıtlıdır.
- 2) Örnekleme grubunun tek bir hastaneden toplanmış olması ve kadın vaka sayısının az olması elde edilen sonuçların genellenmesini sınırlandırmaktadır.



## BİRİNCİ BÖLÜM

### KURAMSAL AÇIKLAMALAR

#### 1.1. Madde Kullanım Bozukluğu'nun Tarihçesi

Madde kullanım bozukluğu yapan maddelerin tarihçesi insanlık tarihi kadar eski ve köklüdür. İlkel insanlar kullanım bozukluğu yapıcı bu maddeleri dini ritüellerde ve büyücülük amacıyla kullanmışlardır (Sağar, 2014, s. 10-11). Bu maddeler çoğunlukla vücuda zararlı olmasına karşın, başlangıçtaki etkileri zevk verici oldukları için madde kullanım bozukluğunun gelişimine yol açmaktadırlar (Gargari, 2015, s. 31).

Opium hakkında ilk yazılı bilgilerle M.Ö. 3 yüzyıl yazıtlarında karşılaşmıştır. MÖ. 4000 senelerinde aşağı Mezopotamya'da Sümerlilerin, ardından da Asurluların haşhaş bitkisi hakkında bilgi sahibi oldukları ve ilaç olarak kullandıklarına ilişkin kaynaklar mevcuttur. Milattan önce 2700 yılında Çin hükümdarı Sheng Nung'un kaleme aldığı bitkiler kitabında kenevire değinilmektedir (Ögel, 2010a, s.33-56). Meşhur tarihçi Herodot'ta Mezopotamya bölgesinde hayatlarını sürdüren Asurlular ve Sümerler ile Aral bölgesinde yaşayan İskitlerin keneviri andıran bir bitkinin yapraklarını ateşe atarak, ortaya çıkan dumanı soluyarak sarhoş olduklarını ve keyiflendiklerini yazmıştır (Uzbay, 2009, s. 6).

Günümüz madde kullanım davranışıyla ilişkilendirilen yapıştırıcı koklama alışkanlığı ise kimyasalların zevk veya zehirlenme nedeniyle solunmasına kadar uzanmaktadır. Çin'de ma-huang (efedrin alkaloidi barındıran bir şurup), İ. Ö. 3000 senelerinde solunum biçiminde kullanılmıştır. Buna ek olarak, İ. Ö. 2737 senesine özgü buluntulardan, Cannabis Sativa'nın çay gibi kaynatılarak, tıbbi amaçlı kullanıldığı anlaşılmaktadır (Yeğenoğlu, 1999, s. 2).

1860 yılında coca yaprakları aracılığı ile elde edilen kokain hızla Amerika Birleşik Devletleri (A. B. D.) ve Avrupa'da kullanılmaya başlanmış ve yaygınlık göstermiştir. 1930'lu yıllarda amfetamin, sedatif-hipnotik ve anksiyolitik tarzı ajanlar üretilmeye başlanmıştır ve yaygın olarak bağımlılık yapıcı nitelikte kullanımları II. Dünya Savaşı dönemine ve 1960'lı yıllara rastlar (Yancar, 2005, s. 5).

1806 senesinde morfini keşfeden Hannoverli farmakolog Friedrich Helm Sertusner icadına Yunan rüya Tanrısı Morpheus'a atfen morphiun ismini verdi. Kimyager Felix Hoffman, 1897 senesinde morfin bağımlılığının tedavisinde kullanılmak amacıyla, Bayer firmasının almanca görkemli anlamını taşıyan "heroin" (eroïn) ismini veren morfinden üç kat daha güçlü bir başka madde elde etti. Karaciğerde parçalanarak morfine dönüşen bu maddenin,

kullanım bozukluğu ve ölüm riski taşımalarının anlaşılmasının üzerine ilaç piyasadan çekilmiştir (Gargari, 2015, s. 32).

Asya ve Avrupa kıtalarının birleştiği yerde kesişim noktası durumunda bulunan Türkiye, doğudan batıya doğal uyuşturucuların trafiğinden etkilenirken, batıdan doğuya ise kimyasal ve sentetiklerin kaçakçılığından etkilenerek çift yönlü bir akımın etkisine maruz kalarak, madde kullanım sorunu ile uğraşan bir ülke konumundadır (Zor, 2005, s. 14).

## **1.2. Madde Kullanım Bozukluğu Yapan Maddeler**

### **1.2.1 Opioidler**

Morfin, kodein, opium gibi maddeler doğal opiyatlar grubunda yer alırken, eroin, hidromorfin, oksikodon gibi ufac kimyasal değişimlerle üretilen yarı sentetik maddeler ve propoksifen, meperidin, metadon gibi maddeler sentetik analjezikler içerisinde yer alır (Yıldız, 2014, s. 8). Gelişmiş ülkelerde kötüye kullanıma ve kullanım bozukluğuna sıklıkla eşlik eden madde eroin olup, Amerika Birleşik Devletleri'nde terapötik bir işlevle kullanılmamaktadır (Bölek, 2013, s. 2).

Opioidler en çarpıcı etkilerini merkezi sinir sistemi ve gastrointestinal sistem üzerinde gösterirler. Analjezi, öksürük refleksinin ketlenmesi, duygudurumuna olan etkileri, tolerans gelişimi, ruhsal ve fiziksel bağımlılık oluşturmaları merkezi sinir sistemi üzerindeki etki mekanizmalarıdır. Opioide bağımlı olan bireylerde duygudurumda yükselme ve özgüven artışı gözlenirken, ilk kez kullanan bireylerde sersemlik ve konfüzyon gibi istenmeyen etkiler gözlenir (Guliyev, 2012, s. 7-8).

### **1.2.2. İnhalanlar**

Temin edilmesi ve ulaşılması kolay olan ve özellikle de ergenler tarafından tercih sebebi olan uçucu maddelerdir. Gaz yağı, boya tinerleri, yapıştırıcılar ve sprey boyaları yaygın olarak kullanılan uçucu maddeler arasında yer almaktadırlar. Kullanan kişilerde kısa süreli keyif haline yol açar. Yüksek doz kullananlarda inhalan alımı kesildikten sonra terleme, ellerde titreme, ishal, uyku bozukluğu, dikkat dağınıklığı ve bazen de epileptik nöbetler gözlenebilir (Altındağ vd., 2001, s. 143-145). İnhalan kötüye kullanımı toplumsal ve coğrafi özelliklere bakılmaksızın, dünya genelinde önemli bir problem olmakla beraber, ülkemizde de kullanım sıklığının arttığı gözlenmektedir (Karadeniz vd., 2016, s. 55).

### **1.2.3. Kannabis**

Kannabis kullanımı pek çok ülkede özellikle de genç insanlar arasında sağlık açısından risk faktörü oluşturmaktadır (Fischer vd., 2017, s. 1-2). Bilişsel olarak kısa süreli bellek, hafıza ve dikkat konusunda olumsuz etkileri mevcuttur. Tepki, motor koordinasyon ve psikomotor aktivitenin pek çok noktasında bozulma meydana getirerek kazalara yol açar. Duyarlı kişilerde kullanımı veya uzun süreli yüksek doz kullanımı görsel, işitsel halüsinasyonlara, hezeyanlara ve düşüncenin içeriğinde bozulmalara sebep olur (Petin, 2014, s. 11). Bununla birlikte düzenli kullanımı immün sistem işlevlerini ketleyerek, solunum sisteminde astım, bronşit, rinofarenjitis ve akciğer dokusunda tahribata yol açabilir (Dişsiz, 2012, s. 10).

### **1.2.4. Kokain**

Koka bitkisinden üretilen uyarıcı özellikleri bulunan bir maddedir. Etkisini ortaya çıkaran monoamin nörotransmitterlerden serotonin, noradrenalin ve dopaminin nöranal gerialımını ketlemesi ve sinaptik aralıktaki bu nörotransmitterlerin konsantrasyonlarını arttırmasıdır. Önemli komplikasyonlara yol açtığı, inhalasyon aracılığıyla kullanımında astım, akciğer gibi ciddi akciğer rahatsızlıklarına neden olduğu görülmektedir (Kılıç, 2016, s. 57). Kişide coşkunluk hissi yaratması, kalp atım hızının değişmesi ve göz bebeklerinin genişlemesi gibi etkileri olmaktadır (Topal vd., 2015, s. 103).

### **1.2.5. Halüsinojenler**

Hayal gördürücüler olarak bilinmekle beraber, bu maddelerin ana özelliği kişileri gerçek dünyadan koparıp, uzaklaştırarak hayal alemine daldırmalarıdır. Algısal çarpıtmalara yol açarlar, kişinin yer ve zaman algısını bozarlar. Bunların arasında Hint keneviri ürünleri (kubar esrar, toz esrar, plaka esrar vb.), LSD (D-Layserjik asit di tiyalamid tartarat), PCP (fensiklidin) ve triptaminler yer almaktadır (Sümengen, 2007, s. 6).

### **1.2.6. Sedatif- Hipnotik- Anksiyolitikler**

Bu kategori içerisinde benzodiazepinler ve benzodiazepin reseptor agonistleri, barbituratlar, meprobamat, kloralhidrat, glutetimid ve metakualon gibi türlü sedatif hipnotikler bulunur (Yancar, 2005, s. 8). Benzodiazepinler çoğunlukla kaygı, uyku problemi, ilaç etkilerine bağlı ajitasyon, nöbet ve alkol yoksunluğu gibi durumlarda kullanılmaktadır. Barbituratların

kokain ve metamfetamin ile birlikte kullanılması zehirlenme ve ölüm gibi ciddi etkilerini azalttığından gençler arasında kullanımı artmıştır (Oray, 2006, s. 10).

### **1.3. Madde Kullanım Bozukluğu'nun Tanımı**

Tarih öncesi zamanlardan bu yana insanoğlu merkezi sinir sistemini etkileyerek, fiziksel ve ruhsal acıyı dindiren ya da keyif veren maddelere başvurmuştur. Bu maddelerin başlangıçtaki etkilerinin zevk temelli olması, kötüye kullanım ve madde kullanım bozukluğu riskini arttırmıştır (Davison ve Neale, 2004, s. 304).

Madde kullanım bozukluğu zihinsel ve ruhsal bir süreci kapsar. Madde kullanım bozukluğu ortaya çıkan her tür olumsuz sonucun kişi tarafından algılanmasına karşın, kişinin maddeyi ne pahasına olursa olsun kullanmasından ötürü kompulsif bir davranış biçimi olarak da betimlenmiştir (Sevinç, 2013, s. 5).

İnsanlar çoğunlukla bir anda ya da tek bir kullanım sonucu bağımlı olmazlar. Madde kullanım bozukluğunun ortaya çıkabilmesi için belirli bir süreç gerekir. İlk olarak deneme amaçlı kullanım görülür, ardından bu deneme amaçlı kullanımlar sosyal kullanım halini alır ve bunu da bağımlılık süreci izler. Madde kullanım bozukluğu sürecini ortaya çıkaran maddeler, çoğunlukla hayatı idame ettirmek için gerekli olmadıkları takdirde, zevk verici özellikleri nedeniyle kullanılırlar ve kullanıcılarda fiziksel, psikolojik, davranışsal ve kognitif değişikliklere neden olurlar (Bayram, 2013, s. 9-10).

Madde kullanım bozukluğu zevk verici bir maddenin açık bir etkisini elde etmek için alınması sürecinde meydana gelen fiziksel, ruhsal ya da toplumsal problemlere karşın madde alımının sürdürülmesi, madde alma isteğinin durdurulamaması ve madde alınmadığında yoksunluk semptomlarının meydana çıkması halidir. Yani madde kullanım bozukluğu oluştuğunda mevcut madde o bireyin psikolojik ve fiziksel bir gereksinimi haline dönüşür (Arıkan, 2011, s. 243).

Psikoaktif madde kullanımı ve bunların kullanımının sebep olduğu madde kullanım bozukluğu dünyanın gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkesinde önemli toplumsal, ekonomik problemler yaratmakta ve ciddi sağlık sorunlarına neden olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008a, s. 725). Bu psikoaktif maddeler Santral Sinir Sistemi (SSS)' ni uyarırlar ve algısal yaşantı, duygulanım, davranış, motor işlevlerde bozukluklara neden olmakla birlikte, birtakım psikiyatrik rahatsızlıklara yol açarlar ve kişilerin yaşam kalitelerine önemli derecede olumsuz etki ederler (Dankı vd., 2005, s. 137).

Madde kullanım bozukluğu ile psikolojik rahatsızlıklar çoğunlukla da bir arada yer aldıkları için hastalar her iki durum bakımından da ele alınmalı ve ihtiyaç duyulduğu takdirde psikolojik rahatsızlıkları içinde tedavi durumu gündeme gelmelidir (Dilbaz, 2011, s. 48).

DSM-5 kriterlerine göre madde kullanım bozuklukları tanı ölçütleri sıklıkla, öngörülenden daha fazla miktarda ya da daha uzun zamanlı olarak madde alınması, madde kullanmayı bitirmek ya da kontrol altına alabilmek için daimi bir istek ya da bir sonucu olmayan gayretlerin olması, madde temin etmek, madde tüketmek ya da maddenin oluşturduğu etkilerden kurtulmak için lazım olan aktivitelere fazlasıyla süre ayrılması, madde kullanmaya canının gitmesi ya da madde kullanmak için çok büyük bir arzu duyma ya da kısıtlanmış hissetme, işte, okulda ya da evdeki durumunun gereği olan temel sorumluluklarını yerine getirememeye ile neticelenen tekrarlayıcı madde kullanımının olması, maddenin etkilerinin yol açtığı ya da arttırdığı, sürekli ya da tekrarlayıcı sosyal ya da bireylerarası problemler olmasına rağmen madde kullanımını devam ettirme, madde kullanımından ötürü önemli birtakım sosyal işle ilişkili aktivitelerin ya da eğlence aktivitelerinin terk edilmesi ya da azaltılması, yineleyici bir şekilde riskli olabilecek noktalarda madde kullanımının olması ve büyük bir ihtimalle maddenin sebep olduğu ya da arttırdığı daimi ya da tekrarlayıcı fiziksel ya da psikolojik bir problemi olduğunu bilmesine rağmen madde kullanımını devam ettirilmesini içerir. On iki aylık bir zaman içerisinde bu maddelerden en az ikisi ile ortaya çıkan, klinik açıdan bakıldığında açık şekilde bir soruna ya da işlevsellikte azalmaya neden olan, sıkıntılı madde kullanım örüntüsü varlığının söz konusu olmasıdır.

Dalgınlığı (sarhoşluğu) ya da beklenen tesiri elde etmek için bariz olarak artan miktarlarda madde kullanma ihtiyacı vardır ve aynı miktarda madde kullanımının devam ettirilmesine rağmen bariz olarak daha az etki elde edilir. Bunlardan biriyle betimlendiği üzere, dayanıklılık (tolerans) oluşmuş olması gereklidir.

Maddeye has yoksunluk sıkıntısı gözlenir ve yoksunluk semptomlarından sakınmak ya da kaçınmak amacıyla madde (ya da yakından ilintili bir madde) alınır. Bunlardan biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması lazımdır.

Bunlardan iki-üç semptomun olması “ağır olmayan”, dört-beş semptomun gözlenmesi “orta aşamada”, altı ya da daha çok semptomun var olması “ağır aşamada” madde kullanım bozukluğu olarak isimlendirilir (APA, 2013).

DSM-5’te kafein haricindeki bütün maddeler, madde kullanım bozukluğu başlığı altında şiddet ekseninde çevresinde ele alınıp, incelenmektedir. DSM-IV DSM-5’ten farklı olarak madde

kötüye kullanımı ve bağımlılığı başlığı doğrultusunda kullanım yapmaktaydı. DSM-5'te hafif madde kullanım bozukluğu tanısı 11 belirti içerisinde en az 2 belirtinin yer almasını zorunlu kılmaktadır. DSM-IV'te ise madde kötüye kullanım tanısı konulabilmesi için tek belirti zorunluydu (Bağırov, 2014, s. 16).

Uluğ (2013), DSM-5'te yapılması tahmin edilen bazı değişikliklerin, sistem içerisinde görülen birtakım konularda köklü yenilikler getireceği beklenirken, (kişilik bozukluklarının boyutsal yaklaşımı gibi) beklenen köklü yeniliklerin genelinin yapılanmamış olduğunun görüldüğünü vurgulamaktadır. DSM-5'te madde kullanım bozuklukları konusunda da ciddi bir yenilik gözlenmemiştir (Güleç vd., 2015, s. 458-459).

#### **1.4. Madde Kullanım Bozukluğu'nun Epidemiyolojisi**

2005 yılı Birleşmiş Milletler Madde Kontrol Programı'na göre; madde kullanım bozukluğu, dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmektedir. Yaklaşık olarak dünya genelinde 200 milyon insanın, son bir sene içerisinde yasal olmayan madde kullandığı varsayılmaktadır. Ayrıca aynı bulgulara göre, dünya nüfusunun %30'nun sigara, yarısının alkol, %4'ünün de esrar kullandığı, 26 milyon kişinin amfetamin türü psikostimülanlar, yaklaşık 16 milyon insanın eroin, 14 milyon insanın da kokain kullandığı öngörülmektedir (Bulut vd., 2006, s. 66).

ABD'de son zamanlarda gerçekleştirilen bir araştırmanın bulgularına göre halkın madde kullanım bozukluğu için yaşam boyu yaygınlığının %16,7 olduğu saptanmıştır. Alkol kullanım bozukluğunun yaşam boyu sıklığının %13,8; alkol harici maddeler için bu oranın %6,2 olduğu bulunmuştur. Araştırma sonuçları en yaygın olarak kullanılan maddelerin alkol ve nikotin olduğunu ortaya koymuştur. Esrar, kokain, uyku ilaçları, benzodiyazepinler ve amfetaminler ise daha az sıklıkla kullanılan maddelerdendir (Karakuş vd., 2012, s. 38).

Son senelerde sigara, alkol ve madde kullanım bozukluğunun yaygınlığı üzerine yapılan araştırmalar Türkiye'de de yaygınlık göstermektedir. Araştırma sonuçlarına göre madde kullanım yaygınlığının ülkemizde de hızla artış sergilediği ve bu artışın özellikle ecstasy gibi maddelerde olduğu görülmektedir (Ögel, 2005a, s. 64). Buna karşın, ülkemizde yasadışı madde kullanım oranı Batı ülkelerine kıyasla daha azdır. Bunda sosyokültürel etkenler, sosyoekonomik düzey ve madde kullanımının dini açıdan net bir şekilde yasaklanmış olması gibi faktörler etkili olmakla beraber, madde kullanım sıklığı ve özelliklerine yönelik yürütülen araştırmalar son senelerde madde kullanım oranının önceki senelere oranla arttığını ortaya

koymuştur (Karaçam ve Totan, 2014, s. 117). Gerçekleştirilen araştırmalarda 15-24 yaş grubu madde kullanım bozukluğu gelişmesi bakımından riskli bir grup olarak betimlenmiş ve madde kullanma davranışının sosyal öğrenme ile ilgili olduğu gösterilmiştir (Tan vd., 2011, s. 48). Ocak 2006 senesinde Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi ve Reyhanlı Sağlık Meslek Yüksek Okulu'nda 3684 öğrenci ile yapılan kesitsel bir çalışmanın sonucu öğrencilerde en az bir kez psikoaktif madde kullanmayı deneme %9.6, halen kullanan 1.8 olarak gözlenmiştir. Bu bulgular gelişmiş diğer ülkelerle kıyaslandığında Türkiye'de madde kullanım yaygınlığının düşük olduğunu ortaya koymuştur (Turhan vd., 2011, s. 35-41).

Yeniden Sağlık ve Eğitim Derneği'nin yaptığı bir başka çalışmaya göre ise ülkemizde madde kullanım bozukluğu yaygınlığı giderek artış göstermektedir. Ülkemizde uyuşturucu hakkındaki ilk karşılaştırmalı çalışma özelliğini de barındıran, İstanbul'un 15 ilçesinde 43 okulda, 104 sınıfta okuyan 3168 lise 2. sınıf öğrencisi ile yürütülen çalışmanın sonucunda uçucu madde kullanımının %40.5, yeşil reçete ile satılan sakinleştirici hap kullanımının %15.8, uyuşturucu hap tüketiminin %18.46, sentetik hap kullanımının %28.75, eroin kullanım oranının %100 arttığını ortaya konmuştur (Gümüş vd., 2011, s. 323).

Madde kullanım bozukluğunda cinsiyetinde önemli bir değişken olduğu ve kadınlar arasında yaygınlığının daha az olduğu saptanmıştır (Herken vd., 2000, s. 41). Literatürde yer alan yaklaşık olarak bütün araştırmaların bulguları da bu yöndedir. Mesela; 215 madde kullanım bozukluğu tedavisi gören hasta ile yürütülen bir araştırmada hastaların 214'ünün (%99.5) erkek olduğu belirtilmiştir (Öztürk vd., 2015, s. 103). Ayrıca mahkumlar, cezaevinde kalanlar ve sokakta yaşayan 18 yaş altı bireyler arasında da madde kullanım bozukluğunun daha sıklıkla gözlemlendiği saptanmıştır (Ögel, 2005a, s. 63-64).

### **1.5. Madde Kullanım Bozukluğu'nun Nedenleri**

Madde kullanımına başlamaya yol açan sebepler birden fazladır ve çok etkenlidir. Bu sebeple günümüzde madde kullanım bozukluğuna yalnızca suç olarak bakmak eksik bir yaklaşım olmakla birlikte, tedbir almak ve tedavi etmek için konuyu hem tıbbi hem de hukuki bakımdan bilmek ve değerlendirmek lazımdır (Vatandaş vd., 2015, s. 34-36).

Madde kullanım bozukluğuna yol açan psikolojik risk etkenleri ele alındığında, birtakım mizaç ve kişilik özellikleri ile madde kullanımı arasında ilişki olduğunu açıklayan araştırmalar söz konusudur. Örneğin; alkol kullanan bireylerin, alkol kullanmayan bireylere kıyasla depresyona girmeye daha yatkın oldukları görülmüştür (Bircan ve Erden, 2011, s. 212).

Literatürde aile içindeki iletişim kopukluğu, sevgi yoksunluğu, kayıp ve boşanmalar madde kullanım bozukluklarının nedenleri arasında gösterilmektedir. Ayrıca alkol ve madde bağımlılarının incinebilir ve dayanıksız kişiliksiz özelliklerine sahip oldukları saptanmıştır (Başkurt, 2003, s. 90). Kimi bireylerde maddeyi içinde buldukları duygusal gerilimi azaltmak için, kimi bireylerse sıkıldıkları ve uyarılmak arzusu duyduklarında olumlu duyguları arttırmak için kullanırlar (Davison ve Neale, 2004, s. 327).

Ailesinde madde kullanım bozukluğu öyküsü olan gençlerin, ailesinde kullanım örüntüsü olmayan akranlarına kıyasla daha erken yaşlardan itibaren madde kullandıkları ve zaman içerisinde madde alımını arttırdıkları gözlenmiştir. Ayrıca olumsuz geçmiş yaşantı deneyimine sahip gençlerde, olumlu aile geçmişi olan akranlarına göre madde kullanımını daha yaygındır (Charles vd., 2015, s. 1954). Madde kullanım bozukluğuna neden olan maddeler, belirli bir zamanda, bireyde, ailesinde ve toplumda ciddi sorunlara yol açtığı gibi, bağımlı bireylerin ailesinde kalıtsal bir yatkınlık da söz konusudur. Bu bireylerin ailesel ruhsal rahatsızlık ve aile üyelerinde de bağımlı birey görülme olasılığı fazladır (Ünal, 1991, para. 29).

### **1.6. Madde Kullanım Bozukluğu'nda Komorbidite**

Madde kullanıcılarında komorbidite durumu, madde kullanım bozukluğu tanısı alan kişilerde en az bir psikiyatrik bozukluğun varlığı anlamını taşır ve “dual”-“ikili” tanı olarak da isimlendirilir. Eştanı, iki veya daha fazla rahatsızlığın belli bir zaman dilimi içerisinde beraber bulunmasını açıklar. Buna karşın, psikiyatrik bozuklukların oluşum nedenleri iyi bir şekilde açıklanamamış olduğu için mevcut bozukluğa eşlik eden ikinci rahatsızlığın, psikiyatrik bozukluğun bir sonucu mu, nedeni mi ya da gerçekten iki farklı rahatsızlığın aynı anda beraber mi bulunduğu sorularını cevaplamak güçtür (Darçın vd., 2015, s. 197).

Son yıllarda yapılan araştırmalar alkol ve madde kullanım bozukluklarına eşlik eden psikiyatrik bozukluklar hakkında bilgi ortaya koymaktadır. Alkol ve madde kullanım bozukluğu başka birtakım sorunlarla da ilişkilidir. Bu durumda da çoğunlukla işlevsel anlamda bozulmalar olmakla beraber, klinik tedavide daha sorunlu olmaktadır (Vega vd., 2003, s. 1057).

Madde kullanım bozukluğu kişilik bozuklukları, riskli cinsel tecrübeler gibi problemlere ek olarak birtakım psikiyatrik hastalıklarda (kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu), fiziksel istismar ve ihmale maruz kalmış çocuklarda daha sık gözlenmektedir (Taner ve Gökler, 2004, s. 83). Bununla birlikte antisosyal davranış örüntüsü, nesne ilişkilerindeki yoksunluk, madde kullanım bozukluğu gibi özellikler kişilik



bozukluklarının patolojisini arttıran etkenler olarak ele alınmaktadır (Eren, 2010, s. 86). Nace ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmanın sonuçları alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı alan ve yatarak tedavi gören 100 hastanın %57 sinde en az bir kişilik bozukluğu olduğunu gösterirken, Verheul ve arkadaşlarının yürüttüğü araştırma bulguları ise madde kullanım bozukluğu tanısı alan 370 hastanın %57'sinde en az bir kişilik bozukluğu görüldüğünü ortaya koymuştur (akt. Öner vd., 2002, s. 20). Madde kullanım bozukluğu görülen kişilerde antisosyal kişilik bozukluğu oranlarında artış gözlenirken, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı bulunan suçlular üzerinde gerçekleştirilen çalışmalarda artmış madde kötüye kullanımı ya da kullanım bozukluğuna rastlanmıştır. Dolayısıyla madde ve suç arasındaki bu döngüsel ilişkide ciddi toplumsal problemlere neden olmaktadır (Messina vd., 1999, s. 122).

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde sıklıkla saptanan bir diğer kişilik bozukluğu ise borderline kişilik bozukluğudur (Aksoy ve Ögel, 2003a, s. 234). Borderline kişilik bozukluğu kişilerarası ilişkilerde bozukluk, kimlik algısında belirgin bir tutarsızlık ve dürtüsellik ile karakterize ciddi bir durumdur (Richetin vd., 2017, s. 1). Dürtüsellikte genel olarak kuralların ihlal edilmesine ve başkalarının haklarına saygı duymamaya yol açan patolojik bir durum olmakla beraber başka bozukluklarla da ilintilidir (Liang, 2009, s. 61).

Dürtüsellik, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun temel semptomlarından biri olmakla birlikte, davranım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi başka bozukluklarla da ilişkilidir. Kendine zarar verme davranış örüntüsü dürtüsellikle ilintili olabilir (Öner vd., 2013, s. 36). Kendine zarar verme davranışı sergileyen bireylerinde %90'ında madde kullanım bozukluğu görüldüğü, genelinin çoklu madde kullandığı (%66.7) ve madde kullanımının yüksek oranda (%71.1) kullanım bozukluğu seviyesinde olduğu belirtilmiştir (Aksoy ve Ögel, 2005b, s. 164).

## **1.7. Duygu Düzenleme Güçlüğü**

### **1.7.1. Duygu Düzenleme Kavramı**

Duygular dış etkenlerle oluşan içsel değişiklikler hakkında anlam ifade etmeyi içeren bir dizi aşamada üretilirler. Evrimsel olarak karşılaştığımız tehditlerden bizi uzaklaştırıp, hayatta kalmamızı kolaylaştırırlar (Sheppes vd., 2015, s. 381). Duygu düzenlemesinin kökenini ise stresle başa çıkmada kullanılan psikolojik bir savunma oluşturmaktadır. Bireylerin kendiliğinden ya da kasıtlı olarak sergiledikleri duygular üzerinde çeşitli stratejiler kullanarak belirgin bir kontrol uyguladıklarına ilişkin araştırmalar mevcuttur (Kim, 2011, s. 16).

Gross (1999) duygu düzenlemeyi yoğunluk ve zamanlama bakımından bir hedefe ulaşabilmek için bireyin duygusal tepkilerini seyredebilme, yönetebilme ve değerlendirebilme süreci olarak tanımlar (akt. İnce, 2012, s. 13). Gross duygu düzenlemesinin duyguların ne zaman ortaya çıktığı, nasıl tecrübe edildiği ve duyguların anlatım biçimi ile ilgili olduğunu belirtir. Duygu düzenlemeyi insanların hangi durumlarda hangi duyguyu ne kadar hissedebilecekleri, tecrübe edebilecekleri ve ne şekilde dile getirebileceklerini kapsayan süreçler olarak değerlendirir (akt. Chen, 2016, s.148). Duygu düzenleme bireyin kendi duygularını düzenlemesi, başkaları tarafından oluşturulan duyguları düzenleyebilme ve duygunun oluşmasına yol açan özellikleri düzenleme ile bağlantılıdır. Duygu düzenleme süreçleri kişinin kontrolünde olabileceği gibi, bilinçsiz olabilir, duygu oluşum sürecine etki edebilir ve yeni bir duygusal reaksiyonun başlatılmasını ya da süre giden duygusal reaksiyonlarda farklılık olmasını kapsar (Gürgen, 2017, s. 40). Duygu düzenleme ek olarak insanların travmatik deneyimlerle başa çıkabilme süreçlerinin tamamı olarak tanımlanmıştır (Koole, 2009, s. 27).

Duygu düzenlemenin iyi ya da kötü olup olmadığına ilişkin mevcut bir yaklaşım söz konusu olmamakla beraber, duygu düzenleme ile ilgili araştırma yürüten bireyler, hem pozitif hem de negatif duyguların düzenlenebileceğini ve hem duygu belirtmenin hem de durumun amaç olabileceğini belirtmektedirler (Duy ve Yıldız, 2014, s. 24). Araştırmacıların değindiği konulardan biri de duyguların yoğunluğudur. Belirli duyguların yoğun şekilde hissedilmesine bağlı olarak, araştırmacılar “hangi uyaranlar zayıf, hangi uyaranlar güçlü duyguları ortaya çıkarır?” ve “duyguların yoğunluğunu belirleyen mekanizmalar nelerdir?” sorularına odaklanmaktadır. Duyguların yoğunluğu belirleyen şey bireylerin ihtiyaçları olarak vurgulanırken, uyaranlar girdi olarak ele alındığında, girdi ve çıktı arasında gerçekleşen süreçte neler olup bittiği ve bunun hangi şartlar olduğu önem taşımaktadır (Moors, 2009, s. 631). Araştırma sonuçları içe dönük bireylerin olumsuz uyaranlara karşı, dışa dönük bireylere oranla daha hassas olduklarını ve daha yoğun kaygı yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Bu sonuçta uyarılma ve duygu arasındaki süreçte mizaç yapısı ve duygu düzenleme kapasitesinin etkili olduğunu göstermektedir (Derryberry ve Rothbart, 1988, s. 959).

Gross'un (1998) duygu düzenleme modeline göre kişi sahip olduğu duygularda karar kılabilir ve bu duyguları ne zaman, ne şekilde yaşadığını ve nasıl dile getirmesi gerektiğini bildiği durumlarda yararlı duygu düzenleme stratejisini oluşturabilecektir (akt. Akdur ve Aslan, 2017, s. 73).

Gross'un modelindeki beş duygu düzenleme yöntemi şu biçimde oluşur:

Ortam seçimi: Duyguların oluşumuna yol açan ortamlara girilmesi veya bu ortamlardan kaçınmanın görülmesi.

Ortamın düzenlenmesi: Ortamın şartlarının değişime uğratarak, ortamın oluşturduğu duygunun azaltılması.

Dikkatin yoğunlaştırılması: Ortamda bütün dikkatin belirli bir yere odaklanması.

Bilişsel değişim: Ortamın önemini yeniden ele alınması.

Tepki uyarlaması: Duygunun dile getirilmesinin artması veya azalması.

Bu beş stratejinin teki ya da daha çoğu eş zamanlı olarak kullanılabilir ve değişik durumlarda uyumlu ya da uyumsuz bir şekilde dönüşebilmektedir (Gross, 1998a, s. 283-285). Bununla beraber bu model duygu düzenleme, duygusal cevaplara yol açan his, davranış ve ruhsal cevap öğelerini çoğaltma, sürdürme veya azaltma için kullandığımız bütün bilinçli ve bilinçdışı stratejileri kapsar (Gross, 2001b, s. 215).

### **1.7.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü**

Gratz ve Roemer'e (2004) göre duygu düzenleme güçlüğü duyguların farkında olunamaması, duyguların anlaşılabilmesi, duyguların kabul edilememesi, olumsuz duygular söz konusu olduğunda dürtülerin kontrol edilmesindeki güçlükler ve hedefe/duruma odaklı davranışlara yönelmede zorluk çekilmesi ve uygun duygu düzenleme stratejilerinin gerçekleştirilememesi ile bağlantılıdır (s. 52).

Leahy, Tirsch ve Napolitano (2011) duygu düzenleme güçlüğü deneyimle başa çıkmada ya da duyguları işleme konusunda güçlük ya da yetersizlik olarak tanımlamışlardır. Duygu düzenleme güçlüğü duyguya aşırı yoğunlaşma veya duyguların aşırı derecede etkisiz hale getirilmesi biçiminde iki yönde gerçekleşebilir (s. 2-3).

Duygu düzenleme güçlüğü bir dizi psikopatolojinin altında yattığı gibi bireylerin sosyal yaşantılarını da önemli ölçüde etkilemektedir (Becerra vd., 2013 s. 2). Duygu düzenleme noktasında güçlük yaşayan bireylerin sosyal ilişkilerinde zorlanma yaşamalarının nedeni, sosyal durumlar karşısında uygun olmayan duygusal tepkiler ortaya koymalarıdır (Akdur ve Aslan, 2017, s. 74). Gündelik hayatın akışında duygusal cevaplarını düzenlemekte zorluk yaşayan bireylerin bunaltıya daha uzun zamanlı maruz kaldıkları ve bu durumun da depresyon ve kaygı

bozuklukları için zemin oluşturduğu saptanmıştır. Çalışma bulguları depresyon, kaygı ve somatizasyon bozukluğu olan bireylerin, negatif bir durumla karşılaştıklarında kendilerini ve diğerlerini suçlamayı, ruminasyonu ve felaketleştirmeyi sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha çok kullandıklarını, olumlu yeniden değerlendirme gibi uyumlu stratejileri ise daha az kullandıklarını ortaya koymuştur (Gürdal vd., 2017, s. 3).

Duygu düzenleme güçlüğü intihar, kendine zarar verme, madde kötüye kullanımı gibi uyumsuz davranışlara yol açtığı gibi, bu davranışlarda esasında duyguları düzenlemeye yarar veya yanlış duygu düzenlemenin bir neticesi olarak meydana gelir (Koerner, 2012, s. 4-5). Linehan (1993) borderline kişilik bozukluğu ve bu bozukluğun temel özellikleri ile bozuklukla ilişkili bir çok davranışın altında yatan (kendine zarar verme davranışı da dahil olmak üzere) durumun duygu düzenleme güçlüğü olduğunu belirtir (akt. Gratz ve Roemer, 2004, s. 41).

Son yıllarda duygu düzenlemesine yönelik yapılan araştırmalar ve artan kanıtlar duygu düzenleme güçlüklerinin, potansiyel olarak klinik açıdan patolojik görülen davranışların çoğunun altında yattığını göstermektedir (Gratz ve Tull, 2010a, s. 2).

### **1.7.3. Madde Kullanım Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisi**

Madde kullanım bozukluğunda kişiler duygularını düzenlemede zorluk çektiklerinden herhangi bir olumsuz durumla karşı karşıya kaldıklarında maddeye başvurarak bir çeşit uygun olmayan başa çıkma stratejisi geliştirmiş olurlar. Bu işlevsel olmayan sorun çözme stratejisi de madde kullanımı ile ilgili bozukluklara neden olur (Aldao vd., 2010, s. 232).

Madde kullanım bozukluğuna yol açan hazırlayıcı bireysel etkenlerden biri kişideki negatif duygusal durumlar olarak değerlendirilir. Hazırlayıcı ve devam ettirici etken olarak bireyin negatif sonuçlar ve duygularla başa çıkma becerileri önemli yer tutar (Yılmaz vd., 2014, s. 250).

Kullanım bozukluğu yapan maddelerin bütünü beyindeki ödül merkezini uyararak dopamin artışına yol açarlar. Bu durumda ödülle ilgili haz odaklı duyguların deneyimlenmesine sebep olur. Dolayısıyla madde kullanım bozukluğunda pekiştiricilerin rolü büyüktür. Örneğin; kokain alımı neticesinde hissedilen öfori, kişinin yiyecek, barınak ve partner bulma gibi yaşamda kalmasına hizmet edecek olan davranışları sonrasında hissettiği duyguları andırabilir ve her ikisi de olumlu pekiştiricidir (Mutlu, 2018, s. 20). Stresli yaşam olayları ile baş etmede noksanlık bireyde ümitsizliğe neden olur. Tam da bu noktada madde kullanımı ortaya çıkar ve

yeni bir baş etme stratejisi olarak öğrenilmiş olur. Madde alımına devam eden kişi için bu ödül, madde kullanım davranışının pekişmesine yol açar (Büyükçicek vd., 2014, s. 2).

Madde alımını terk eden bireylerin negatif bir durumla karşılaştıkları zaman yeniden madde kullanmaya başladıkları bilinmektedir. Bu noktada sıkıntı duygusu ile madde kullanımı arasında bir ilişki olduğundan söz edilebilir. Bağımlı bireylerin genel anlamda acıya karşı tolerans eşiklerinin az olduğu saptanmıştır. Maruz kaldıkları acıya uzun zaman dayanmakta zorluk çekmektedirler. Bir an evvel kendilerine sıkıntı veren hissi ortadan kaldırmak istemektedirler. Burada madde alımı kendilerini iyi hissetme halinden ziyade negatif duygulardan kaçınmayla bağlantılıdır (Ögel, 2010b, s. 16). Dolayısıyla bağımlı bireyler duygusal sıkıntı altındayken, kısa süreli olarak kendilerini iyi hissetmek için madde kullanımına başvurumaktadırlar ve amaçları sıkıntıdan kaçınmak, uzaklaşmaktır (Tice vd., 2001, s. 53).

## **1.8. Borderline Kişilik Bozukluğu**

### **1.8.1. Borderline Kişilik Bozukluğu Tanımı**

“Sınır Kişilik” terimi 1938’de Amerika Birleşik Devletleri’nde Adolp Stern tarafından önerilmiştir (diğer kişilik bozukluklarının çoğu ise Avrupa’da tanımlanmıştır). Stern, psikozlarla nevrozlar arasında kalan hasta grubu için “sınırdaki” terimini kullanmıştır (*National Collaborating Centre for Mental Health, 2009, s. 15*). Bu terim farklı isimlerle başlangıçta bir hastalık olarak düşünülmüştür. Çünkü bu bireyler nevrotik görünümüne rağmen, yakın ilişkilerde psikoza benzer beklenmedik reaksiyonlar göstermekteydiler. Bu kişiliğin ana belirleyici niteliği, yakın ilişkilerde meydana gelen yıkıcı ve ilkel öfkenin söz konusu olmasıdır. Borderline kişilik yapısını, psikoz ve nevrozdan ayırt eden ana özellikler; kimliklerinin değişken olması, ilkel ve yıkıcı savunma düzeneklerine başvurmalarıdır (Tangör, 2003, s. 18-19).

Borderline kişilik bozukluğu, ruh halindeki yaygın istikrarsızlık, kişiler arasındaki ilişkiler, benlik imgesi ve davranışlardaki tutarsızlıklarla karakterize bir durumdur (Brazier vd., 2006, s. 3). Bu bozukluğa sahip olan bireyler çocuklukla kişilerarası ilişkilerinde reddedilmeye ve terk edilmeye karşı hassastırlar ve çoğu zaman yoğun olumsuz duygular oluşturan durumlarda duygusal yaşantılarını düzenleme noktasında güçlükler ve tutarsızlıklar sergilerler (Scott vd., 2013, s. 1). Bununla birlikte bu bozukluğa sahip kişilerde manipülasyon amacı taşıyan intihar girişimleri ve depresyon sırasında kendine zarar verici davranışlara sıklıkla rastlanır (Ateşçi vd., 2002, s. 23).

ICD-10'a göre ise borderline kişilik bozukluğu “duygusal olarak stabil olmayan kişilik bozukluğu” tanı sınıflandırılması içinde ele alınmaktadır. Bu bozukluğa sahip olan bireylerin net bir biçimde ani ve sonuçlarını dikkate almadan eyleme geçme eğilimleri bulunmakta olup, duygu durumları önceden öngörülemez ve huysuzdurlar. Duygusal ya da davranışsal patlamalarını kontrol etmede güçlük yaşarlar. Daimi bir biçimde saldırgan olma, bilhassa da duygusal ve davranışsal patlamalar ortaya çıktığında ve diğerleri tarafından bu durumlar önlenmeye çalışıldığında çatışma yaratma potansiyelleri mevcuttur. Borderline kişilik bozukluğu için ICD-10'da iki tür betimlenmiştir. Bunlardan ilki olan tepkisel tipte aşırı duygusal tutarsızlık ve denetlenemeyen duygu ve davranışlar söz konusudur. Bir diğer tip olan borderline tipte ise tepkisel tipte görülen mevcut özellikler haricinde benlik imajında, niyetlerde ve içsel seçimlerde bozulmalar vardır. Bu bireyler yoğun bir şekilde boşluk hissi yaşarlar. Aşırı ve stabil olmayan bireylerarası ilişkiler yaşarlar ve çoklukla kendine kıyım girişimleri ve davranışlarında bulunurlar (*World Health Organisation, s. 159-160*).

### **1.8.2. Borderline Kişilik Bozukluğu Tarihçesi**

1938 yılında Adolph Stern tarafından ortaya konan “sınırdaki” terimi klasik psikotik ya da nevrotik kategorilerine meydan okumuştur (Lewis ve Grenyer, 2009, s. 3). Belirgin psikotik belirtiler göstermeyen ancak temelde yatan bir psikoza varsaydığımız ya da bu belirtilerin henüz ortaya çıkmadığı hastalara dair olarak, psikiyatristlerin “deliliğin sınır hallerine” yani psikozların klinik-altı şekillerine ait ilgisinin, 19. yüzyılın sonlarına kadar gittiği bilgisi mevcuttur (Chagnon, 2012, s. 9).

Otto Kernberg (1975) tarafından bu rahatsızlık “Borderline Kişilik Örgütlenmesi” olarak tanımlanmış olup, davranış şekillerindeki tutarsız işleyiş ve istikrarsızlıkla karakterize edilmiştir. Ruh halindeki hızlı ve ani değişiklikler, umutsuzluk, terk edilme ve reddedilme korkuları, intihar düşüncesi ve kendine zarar vermeye yönelik güçlü bir eğilimle birlikte, kısa süreli sanrılar ve halüsinasyonlarında dahil olduğu psikotik belirtileri kapsayan bu bozukluk, Gunderson ve Kolb (1978) tarafından tanımlanmış ve çağdaş sınıflandırmalar kategorisine alınmıştır (*National Collaborating Centre for Mental Health, 2009, s. 15*).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın Üçüncü Baskısı'na göre bu bozukluğun temel özelliği kişiler arası davranışlarda, ruh halinde ve benlik imgesinde tutarlılığın olmamasıdır. Üçüncü baskıda ele alınan borderline kişilik bozukluğu klinik bulguların sistematik betimlenmesine dayanan bir tanı halini almıştır. Bu bağlamda borderline kişilik bozukluğu yoğun bir öfke, dürtüsel ve tahmin edilemez davranış, kişiler arası ilişkiler,

psikoza benzer algılar ve toplumsal uygunsuzluk gibi semptomlarla tanımlandı (APA, 1980). Bu tanı Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü ve Beşinci baskıda da varlığını sürdürmüştür (APA, 2000; APA, 2013).

### **1.8.3. Epidemiyoloji ve Komorbidite**

Borderline kişilik bozukluğu genel popülasyonda yaklaşık olarak %2 ile %3 oranında gözlenmekle birlikte, birinci dereceden akrabalarında borderline kişilik bozukluğu tanısı almış olan bireylerde beş kat daha yaygın olarak görülmektedir. Yaygınlığı kadınlarda erkeklerden üç kat daha fazladır (Videback, 2001, s. 332).

Borderline kişilik bozukluğu genel nüfusta %2, ayaktan takip edilen servislerde %10 ve yatarak tedavi gören hastalarda %20 oranında gözlenmekte, kişilik bozuklukları içerisinde oranı %30 ile %60 arasında farklılaşmaktadır. Hastalık esnasında meydana gelen intiharlar sebebiyle ölüm oranının %6.7-8.5 arasında farklılaştığı görülmektedir (Ançel vd., 2010, s. 133). İntihar riskinin ise %10'a kadar ulaştığı tahmin edilmektedir (Bateman ve Fonagy, 2009, s. 1355).

Pek çok borderline kişilik bozukluğu tanısı alan bireyde komorbid psikiyatrik bozukluklara rastlanmaktadır. Borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde eksen I bozukluklarının oranını inceleyen türlü araştırmalar mevcuttur. Bu araştırmalara göre borderline kişilik bozukluğu olan bireyler özellikle duygu durum bozuklukları, kaygı bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve yeme bozuklukları olmak üzere birtakım eksen I bozukluklarının da tanı kriterlerini karşılamaktadır (Zanarini vd., 2004, s. 2108).

Yapılan çok sayıda araştırma sonucunda borderline kişilik bozukluğu ile Eksen II komorbiditesinin yaygın olduğu belirlenmiştir (Oldham, 2006, s. 21). Borderline hastaların geneli başka kişilik bozukluklarının tanı kriterlerini karşılarken, %55'i şizotipal kişilik bozukluğu, %47'si antisosyal kişilik bozukluğu ve %57'si de histrionik kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılamaktadır (Ançel vd., 2010, s. 134).

Yarı yapılandırılmış 500 borderline kişilik bozukluğu olan hasta ile yapılan görüşmelerde bu bozukluğun eksen II bozukluklar ile komorbiditesi ve yaygınlığı cinsiyet, yaş ve şiddet açısından değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre borderline kişilik bozukluğu olan hastaların yaklaşık olarak %74'ünde en az bir tane eksen II bozukluğuna rastlanmıştır. Bunlar arasında en sıklıkla görüleni paranoid, pasif agresif, çekingen ve bağımlı kişilik bozukluğudur. Cinsiyet açısından anlamlı farklılıklar gözlenmiş olup, kadınlar bağımlı kişilik bozukluğu ile daha çok komorbidite sergilerken, erkekler antisosyal kişilik bozukluğu ile daha

çok komorbidite sergilemiştir. Kadınlarda yaş farklılaştıkça gözlenen komorbiditenin değişiklik göstermesi ve tüm kişilik bozukluklarında yaşın benzer bir etki göstermemesi ortaya çıkan bir diğer sonuçtur. Buna ek olarak saptanan bir başka bulguda borderline kişilik bozukluğunun şiddeti arttıkça, komorbid eksen II bozukluklarının da artmış olmasıdır. Dolayısıyla komorbid eksen II tanılarının varlığı arttıkça, hastalığın şiddeti de artış göstermektedir (akt. Akın, 2016, s. 7).

Bipolar bozukluk, sıklıkla borderline kişilik bozukluğuyla komorbid olarak gözlenmekle birlikte, iki bozukluğu birbiriyle benzeşen semptomlarından ötürü birbirinden ayırt etmek güç olabilmektedir (Çalışır, 2008, s. 150). Akiskal'a göre borderline kişilik bozukluğu gösteren bireyler, temelde bipolar II bozukluğun daha ciddi veya daha az stabilizasyonu olan, depresyon ve iritabl hipomani arasında sarkaç gibi daimi olarak gidip gelen ve siklotimik mizacı andıran bir klinik tabloya sahiptirler. Dolayısıyla bu iki bozuklukta tanı bakımından benzeşen özelliklere sahip olabilirler ve ayırt edici tanı açısından duygudurum dalgalanmalarının özelliği, dürtüsellik ve bozuklukların uzunlamasına gidişatına bakılmalıdır. Her iki bozukluğun beraber görülmesi nadir olarak gözlenen bir durum olmamakla birlikte, dikkatle değerlendirilmelidir (akt. Belli vd., 2013, s. 73).

#### **1.8.4. Etiyoloji**

Pek çok ruhsal hastalıkta söz konusu olduğu üzere borderline kişilik bozukluğunun ortaya çıkışında da pek çok etkenin (biyolojik, psikolojik ve sosyal) etkili olduğuna dair fikirler bulunmaktadır (Oruçlular, 2016, s. 77).

Borderline kişilik bozukluğunun gelişim sebepleri içerisinde erken çocukluk dönemlerinde dayanak, ilgi ve disiplinin eksik olması ya da aşırı kontroller sebebiyle birey olmanın, temel güven ve özerklik duygusunun önlenmesi, ego sınırlarının yeteri kadar sağlanamaması gibi psikodinamik faktörler öne sürülmüştür. Tüm diğer kişilik bozukluklarında görüldüğü üzere kalıtsal faktörler ve çocukluk döneminde rastlanılan olumsuz durumlar (şiddet, cinsel taciz ve boşanmalar gibi) ortaya çıkış sebepleri arasında ele alınmaktadır. Çalışmalar çocukluk çağında fiziksel, cinsel ve emosyonel olumsuz muamele hikayesinin söz konusu olduğunu göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008, s. 572). Örneğin; Hobson, borderline kişilik bozukluğu tanısı almış anneler ve çocukları üzerinde bir araştırma gerçekleştirmiş ve bu kişilik bozukluğuna sahip olan annelerin, tıpkı 2 aylık çocuklarına yaptıkları gibi 12 aylık çocuklarına da duygudan yoksun ve kontrolcü bir biçimde yaklaştıklarını görmüştür. Borderline kişilik bozukluğu tanısı alan ve hiçbir kişilik bozukluğu



tanısı almayan kontrol grubu içerisindeki annelerin çocuklarının, sosyal ortam dışı durumlarda birbirine yakın şekilde davrandıklarını gözlemlemiştir. Ancak, borderline kişilik bozukluğu tanısı alan annelerin çocukları toplum içerisinde, diğerlerine kıyasla oldukça başarısızdırlar. Bir şeye gereksinim duyduklarında ya da bir şey algıladıklarında diğer bir kişiden nadir olarak söz etmişlerdir (Masterson, 2008a, s. 51-52).

### **1.8.5. Borderline Kişilik Örgütlenmesi**

Hastaların “borderline” olarak tanımlanışı ilk kez psikanaliz fikrinin hakim olduğu dönemde ortaya çıkmış olup, bu dönemdeki sınıflandırma sistemi ise gelişmiş değildir. Bu zaman dilimindeki sınıflandırma şekline göre nevrotik hastalar analize uygun olarak görülürken, psikotik hastalar analize uygun olarak görülmemiştir (Gunderson, 2009, s. 2).

Preşizofrenik kişilik yapısı, sınır durumlar, psikotik belirtiler ve borderline kişilik gibi tanımlamalar, ağır rahatsızlık içinde olan ve birden fazla belirti gösteren hastalarla olan klinik sağaltım ve tecrübeler neticesinde ortaya konmuştur. Kernberg’e göre birçok kişilik bozukluğunu üç ana kişilik organizasyonu seviyesinde birbirinden farklılaştırıp sınıflandırarak ele almak lazımdır. Bu üç seviye nevrotik, sınır ve psikotik kişilik örgütlenmeleri biçiminde değerlendirilebilir (Kernberg, 1975a, s. 3).

Kernberg (1967), borderline kişilik örgütlenmesini etiyolojik bir araç olarak gördüğü Mahler’in gelişimsel şeması üzerinden açıklamıştır (akt. Özçürümez vd., 2002, s. 158). Mahler ayrılma-bireyleşme sürecini birbirinin tamamlayıcısı iki unsur olarak ele almıştır. Ayrılma, çocuğun anneye yapışık olduğu ortak hayattan kopmasından meydana gelmekte; bireyleşme ise çocuğun kendi bireysel kişiliğini ortaya çıkardığının göstergesi olan başarılarından oluşmaktadır. Ayrılma-bireyleşme sürecinde annenin temel işlevi olan aynalama fonksiyonunda tutarsız, kestirilemez, kaygı dolu ve düşmanca olduğu durumlarda bireyselleşmekte olan çocuğun ilkel kendilik alanında patolojik durumlar oluşacaktır (akt. Masterson, 2015b, s. 22-23).

Kernberg, psikotik ve nevrotik durumların arasında yer alan borderline kişilik örgütlenmesinde, hastanın ana sorunu olarak değerlendirdiği bütünselleşmiş bir kendilik ve diğerleri kavramının eksikliğini betimlemek için Ericson’un “kimlik dağınıklığı” ifadesini kullanmıştır (akt. Ögünç ve Eren, 2012, s. 31).

Nesne ilişkileri kuramı göz önünde bulundurulduğunda, tüm intrapsişik (ego, süperego ve id) birimlerin güçlenmesi, üçlü yapının bütün nitelikleri içinde, kendilik temsili-nesne

temsili-duygulanım sistemlerini meydana getiren parçaların her birini kapsayan, içselleştirilmiş bir nesne ilişkilerinin bütünleştirilmesiyle neticelenir. Borderline kişilik örgütlenmesinde ise ana intrapsişik sistemler bu tarz bir bütünleşme içinde değildir ve çatışmalar genellikle ayrışmamış id-ego sistemi içerisinde gerçekleşmektedir. İlkel ayrılma ya da bölme çevresinde biriken erken savunma mekanizmalarının egemenliği, çift yönlü olarak ikircikli, ilkel fakat bilinçli intrapsişik çatışmalar borderline hastalarda kolaylıkla aktive olur (Kernberg, 2013b, s. 76).

Kernberg'e göre borderline kişilik örgütlenmesi sergileyen kişiler, kimlik dağılması ve ilkel savunma mekanizmalarını kullanırlar (akt. Clarkin, 2012, s. 25). İlkel savunma mekanizmaları iyi ve kötü duygularla, iyi ve kötü nesnelere uç bir şekilde birbirlerinden kopması olan bölme çevresinde organize olur. Bölünmüş intrapsişik yapı kişinin dünyaya ait sınıflandırılmış algısında görünür olur. Bireyin görüşleri kuvvetlidir fakat tutarlı değildir. Çevresindeki şeyler öylesine radikal seviyelerde iyi veya kötüdür ki geçekliğe uygunluğu çok güçsüzdür. İyi taraf tamamen iyi olmak zorunluluğu taşır ki bir başarısızlık ya da eksiklik zamanında kötü tarafa geçmesine neden olur. Sonuç itibariyle bir şeyin iyi veya kötü olduğu anlık şartlar doğrultusunda çok ani değişimler gösterir (Yeomans vd., 2016, s. 23-24). Bu patolojik tutumsa “iyi kendilik”, “kötü kendilik”, “iyi nesne” ve “kötü nesne” temsillerinin birbirlerinden ayrı görülmesi sonucunda gelişir. Kernberg (1975) borderline kişilik organizasyonunu incelerken Mahler'in “yeniden yaklaşma” (rapprochement) dönemini esas almıştır. Ona göre borderline kişilik örgütlenmesi sergileyen bireylerde içsel nesne sabitliği mevcut değildir. Çünkü iyi ve kötü kendilik ve nesne temsilleri birbirinden ayrılmış ve bölünmüş değildir (akt. Anlı ve Bahadır, 2007, s. 3). İşleyişi bozuk nesne ilişkileri sebebiyle diğerleriyle empati kurabilme ve onları net bir biçimde değerlendirebilme yetisinde yetersizlik meydana gelir. Dolayısıyla borderline kişilik yapısındaki kişiler ötekileri yüceltilmiş bir zulmedici ya da değersizleştirilmiş olarak algıladıklarından, derinlikli yakın ilişkileri oluşturmada ve bunları sürdürmede zorluk çekerler (Yeomans vd., 2016, s. 26).

#### **1.8.6. Diyalektik Davranışçı Yaklaşım**

Linehan, son yıllarda özel olarak intihara eğilimi olan, özellikle de kronik intihar eğilimi olan borderline bireyler için bir tedavi yaklaşımı geliştirmiştir (Linehan, 1993a, s. 262). Şu anda birçok insan tarafından pek çok popülasyona uyarlanabilir genel bir tedavi yöntemi olarak kabul görmesine rağmen, Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT) temelinde ciddi kendine kıyım eğilimi olan hastalar için geliştirilmiş bir tedavi şekli oluşu ile şimdiki durumuna oldukça katkı

sağlamıştır. İsminden de anlaşılacağı üzere DDT, davranış terapisine sıkı sıkıya bağlı olmakla beraber; odağındaki değişim stratejileri standart bilişsel ve davranışsal tedavi yaklaşımlarından oluşur (Linehan, 1997b, s. 354).

Linehan, borderline kişilik bozukluğunu duygu düzenleme problemi olarak değerlendirir. Bu bağlamda borderline kişilik bozukluğunda ortaya çıkan davranışsal sorunlar ya duyguları düzenlemek adına (mesela kendine kıyım ve kendini yaralayıcı davranış) ya da duygu düzenlemedeki yoksunluktan (mesela disosiyatif semptomlar ya da geçici psikotik semptomlar) oluşmaktadır (akt. Sargın ve Sargın, 2015a, s. 39).

Hastanın hemen değişimine odaklanma yoluyla tedavi adıyla diyalektiğin kullanılması ve tedavide devam eden sentez sürecinde zıtlıkların uzlaşmasına öncelikli değinilmesine neden olan hastanın o andaki kabulü arasında bu ana çatışmanın gerginliği ve son çözümdür ele alınan. Değişimi dengeye sokmak adına kabule yapılan vurgu direkt olarak, Doğu'nun farkındalık (aslında Zen) pratikleri ile Batı'nın psikoloji (aslında bilişsel-davranışçı) pratiklerinden elde edilen bir fikrin birleşiminden doğar. Kabul ve değişim bu biçimiyle betimlendiği kadar net bir şekilde ayırt edilemez fakat açıklamak için, DDT'de hasta kabulü üç ana tedavi-stratejisi içerisinde değerlendirilir: geçerli kılma, karşılıklı iletişim ve çevresel müdahale (Linehan, 1997b, s. 354-355). Zıtlıkların uzlaşmasına dayanan diyalektik davranışçı bakış açısı bardağın ne boş kısmına, ne de dolu kısmına odaklanır. Çünkü DDT'ye göre; bardak hem dolu hem de boş olabileceği gibi ne dolu ne de boştur. Bu yöntem terapi esnasında borderline kişilik bozukluğunda görülen kutuplaşmaya vurgu yaparak, mutlak fikre olan inancın azalmasını sağlar (akt. Sargın ve Sargın, 2015b, s. 67).

### **1.8.7. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Güçlüğü İlişkisi**

Duygu düzenlemedeki zayıflık birçok psikolojik rahatsızlık çeşidinin belirgin bir özelliğidir (Duy ve Yıldız, 2014, s. 25). Kaotik kişiler arası ilişkiler ve duygu düzenlemede yetersizlik pek çok borderline kişilik bozukluğu teorisinin de merkezinde yer almaktadır (Scott vd., 2013, s. 1). Diyalektik Davranışçı Terapi (DDT)'de duygu düzenleme güçlüğü gösteren borderline kişilik bozukluğuna sahip bireyler için geliştirilmiştir (Dimeff ve Linehan, 2001, s. 1). DDT' ye göre duygu düzenleme güçlüğü ise duygusal reaksiyonları düzenleyebilmede zayıflık, duygusal uyarılara karşı belirgin hassasiyet, aşırı ve uzun zamanlı tepkilerin bir araya gelmesi ile oluşur (Linehan, 1993a, s. 44).

Borderline kişilik bozukluğuna sahip olan bireyler, bu bozukluğa sahip olmayan kontrolleriyle karşılaştırıldıklarında duygusal hassasiyet açısından duygularını düzenleme noktasında kontrollerine kıyasla güçlük yaşadıkları görülmüştür. Borderline kişilik bozukluğu sergileyen bireyler duygusal uyarılara hızlı ve yoğun tepki vermektedirler ve uyarılara karşı aşırı hassastırlar. Olumsuz duygularla baş edebilmek için kaçma ve kaçınma gibi işlevsiz stratejilerin kullanım sıklıklarını arttırmaktadırlar (Chapman vd., 2017, s. 483).

Borderline kişilik bozukluğu sergileyen kişiler negatif uyarıcıları aktif ve yeterli şekilde işlemede de problem çekerler. Psikiyatrik tanı bakımından sağlıklı kontrol grubunda yer alanlar üst seviyedeki bilişsel kortikal işleme ağlarına ulaşarak bunları daha çok kullanırken; borderline hasta grubundakiler otomatik reaksiyonlar veren ağları daha yoğun kullanırlar. Borderline bireyler tekrar değerlendirmede bulunarak negatif duygulanımları azaltma stratejileri bakımından noksanlık sergilerler. Bu sonuç patoloji ve olası tedavi seçenekleri açısından önem taşır. Kişilik bozukluğu sergilemeyen kişilerde duyguları bastırma yerine yeniden değerlendirme aracılığıyla düzenlenmesi pozitif duyguların artması, negatif duyguların azalması ve sosyal işlevselliğın düzelmesi ile ilgili olmuştur (Yeomans vd., 2016, s. 41).

Duygu ve duyguların düzenlenmesine vurgu yapan Şema Terapi Modeli'nde de borderline hastaların sürekli mod atladıkları ifade edilir. Bu hastalar incinmiş çocuk modu ile kızgın çocuk modu arasında gidip gelirler. En rahat ettikleri ve en çok zaman geçirdikleri mod yüksek düzeyde kaçınma sergiledikleri kopuk korugan moddur. Bu mod duyguların yok sayılması, kapatılması ile karakterize olup, borderline hastalar bu modda duygularını bastırarak kendilerini koruma altına alırlar. Tedavi sürecinde de amaç hastanın derinde yatan duygusunu fark etmesi ve bunları anlamlandırmasına olanak tanımaktır (Young vd., 2003, s. 41).

## İKİNCİ BÖLÜM

### YÖNTEM

#### 2.1. Araştırma Grubu

Bu araştırma Balıklı Rum Hastanesi, Anatolia Bağımlılık Klinikleri'nde 27 Aralık-26 Şubat tarihleri arasında yapıldı. Araştırmaya yatarak takip ve tedavi edilen, DSM-5 madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan ve psikiyatriye görünüp yatışına karar verilen 64 hasta ile, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi eşleştirilmiş psikiyatrik açıdan sağlıklı 64 kişi kontrol grubu olarak alınmıştır.

Katılımcılara araştırma ile ilgili bilgi verildikten sonra, katılmayı kabul eden ve aşağıda yer alan dışlama ölçütlerini sergilemeyen hastalar alındı. Araştırma gruplarına gönüllü olarak katılma belgesi imzalatıldı, ardından da tüm kişisel bilgilerin saklı tutulacağı belirtildi. Araştırma içinde adının geçmeyeceği açıklandı ve araştırmaya katılmaktan istedikleri anda vazgeçebilecekleri ve bu durumun tedavi planını etkilemeyeceği yönündeki bilgiler katılımcılara aktarıldı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Borderline Kişilik Envanteri uygulandı.

#### Çalışmaya Dahil Etme Ölçütleri:

1. Yazılı bilgilendirilmiş olur vermek
2. 18 yaşın üzerinde olmak
3. Araştırmaya katılmayı kabul etmek
4. DSM-5 tanı kriterlerine göre madde kullanım bozukluğu tanısı almış olmak

#### Çalışmadan Dışlama Ölçütleri:

1. Madde ve alkol yoksunluğu döneminde bulunma
2. Okuma yazma bilmeme
3. Mental retardasyonu olma
4. Ek psikiyatrik tanı almış olma
5. 18 yaş altı ve 65 yaş üzerinde olmak

## **2.2. Araştırmada Kullanılan Gereçler**

### **2.2.1. Bilgilendirilmiş Olur Formu**

Çalışmanın kısa bir özetinin yer aldığı, verilerin ne amaçla kimin tarafından kullanılacağı bilgisinin bulunduğu bir formdur. Kişilerden bu formu itina ile okumaları ve kendi rızalarıyla katılmaya karar vermeleri halinde imzalamaları istenmektedir.

### **2.2.2. Sosyodemografik Veri Formu**

Çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak katılımcıların sosyodemografik bilgilerini almak ve klinik özelliklerini değerlendirmek niyetiyle araştırmacılar tarafından hazırlanan bir form kullanılmıştır. Formda; yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, tercih maddesi gibi sosyodemografik ve madde kullanım özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır.

### **2.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)**

Çalışma kapsamında katılımcıların duygu düzenleme güçlüklerini ölçmek amacıyla 2004 yılında Gratz ve Roemer tarafından geliştirilmiş, 36 maddeden oluşan, beşli likert tipi bir ölçektir. Bu ölçek 6 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar; duygusal tepkilere yönelik farkındalığın olmamasını ele alan “Farkındalık” (madde 2\*<sup>1</sup>, 6\*, 8\*, 10\*, 17\*, 34\*), duygusal tepkilerin anlaşılmasına değinen “Açıklık” (madde 1\*, 4, 5, 7\*, 9), duygusal tepkilerin kabul edilmemesini içeren “Kabul Etmeme” (madde 11, 12, 21, 23, 25, 29), etkin olarak algılanan duygu düzenleme stratejilerine kısıtlı erişimi işaret eden “Stratejiler” (madde 15, 16, 22\*, 28, 30, 31, 35, 36), olumsuz duygular yaşantılarken dürtülerin denetiminde zorluk yaşamayı belirten “Dürtü” (madde 3, 14, 19, 24\*, 27, 32) ve olumsuz duygular deneyimlerken amaç odaklı davranışlarda zorluk yaşamayı içeren “Amaçlar” (madde 13, 18, 20\*, 26, 33) alt boyutu olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin özgün formunun geçerlik-güvenirlik çalışmalarında Cronbach Alfa katsayısı .93 olarak saptanmıştır. Duygu düzenleme güçlüğü boyutlarının iç tutarlık katsayılarının .88 - .89 aralığında değışim gösterdiği, test-tekrar test güvenilirliğinin ise .88 olduğu bulunmuştur (Gratz ve Roemer, 2004, s. 41-54).

---

<sup>1</sup> Ölçekte ters kodlanan maddelerin madde numaraları \* ile verilmiştir.

Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenirlik çalışmaları Rugancı (2008) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin özgün formundaki 10. madde tüm ölçek ile çok düşük bir korelasyona ( $r = .06$ ) sahip bulunması gerekçesiyle çıkarılmış, yerine aynı içeriğe sahip olan bir başka madde eklenmiştir. Böylelikle, faktör sayısı ve yapısı ölçeğin özgün formuyla aynı bulunarak yapı geçerliği sağlanmıştır. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin (DDGÖ) Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısı .94 olarak bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğü'nün alt boyutlarının iç tutarlık katsayılarının ise .90 ile .75 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenilirliği .83 ve Guttman yarıya bölme güvenilirlik katsayısı .95 olarak bildirilmiştir (Rugancı, 2008, s. 58-76).

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

Kernberg'in yapısal kişilik örgütlenmesi kuramına dayanan Borderline Kişilik Envanteri, kimlik karmaşası, ilkel savunma düzenekleri, gerçeği değerlendirmede bozulma belirtileri, yakınlık kurma korkusu gibi boyutlardan oluşmaktadır. Buna ek olarak, Gunderson'un Borderline İçin Tanısal Görüşme ve DSM ölçütlerinden de etkilenilmiştir.

Ölçek, 53 maddeyi kapsamaktadır. Son iki maddesi ve 13, 45 ve 49 numaralı klinik saptama amacıyla kullanılmaktadır. Maddelerden ilk 51'i analize alınmaktadır. Doğru-yanlış şeklinde cevaplanan bir ölçektir. Envanter sonuçları toplam puan üzerinden hesaplanır ve toplam doğru sayısı borderline kişilik organizasyonun seviyesini belirler.

Borderline Kişilik Envanteri'nin geçerlik-güvenirlik çalışması Leichsenring (1999) tarafından yapılmış, Türkçe'ye uyarlama çalışması ise Aydemir ve arkadaşları (2006) tarafından 40 borderline kişilik bozukluğuna sahip kişi, 66 psikiyatrik rahatsızlığı olan kişi ve 61 sağlıklı katılımcı ile gerçekleştirilmiştir.

Güvenirlik analizinde bütün araştırma grubunun Cronbach alfa değeri 0.92, sadece borderline kişilik bozukluğu grubunun ise 0.84 olarak saptanmıştır. Madde-toplam puan analizinde ise korelasyon katsayısı aralığı 0.18-0.63 arasında belirlenmiştir. Test-yeniden test korelasyonunda  $r = 0.67$  olarak elde edilmiştir ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ( $p < 0.002$ ).

Geçerlik analizinden elde edilen sonuca göre bu ölçeğin Türkçe versiyonunda kesme puanı 15/16 olarak belirlenmiştir ve bu kesme puanında duyarlılık %80.0, özgüllük ise %79.3 olarak bulunmuştur. Bu kesme puanı için pozitif yordama %55.1 ve negatif yordama değeri ise %92.5 olarak gözlenmiştir. Tanı gruplarının Borderline Kişilik Envanteri'nden yola çıkarak

belirledikleri puan sırasıyla borderline kişilik bozukluğu için (s=40)  $23.2 \pm 8.3$ , majör depresif bozukluk için (s=35)  $12.3 \pm 7.7$ , şizofreni için (s=30)  $11.0 \pm 8.1$  ve sağlıklı kontrol grubu için (s=61)  $5.1 \pm 3.7$  olarak bulunmuştur ve aralarındaki fark anlamlıdır ( $p < 0.0001$ ). Borderline kişilik bozukluğu grubunu başka hasta gruplarından ve sağlıklı deneklerden iyi bir şekilde ayırtmaktadır (Aydemir vd., 2006, s. 7-10).

### 2.3. Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Testi kullanıldı. Değişkenler arası ilişkilerin değerlendirilmesinde de Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Keyif verici madde bağımlılığı üzerine etki eden risk faktörlerinin incelenmesinde Lojistik Regresyon Analizi kullanıldı. Anlamlılık en az  $p < 0,05$  düzeyinde değerlendirildi.

Korelasyon katsayısının (r) değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

0,0 - 0,25 Çok zayıf

0,26 - 0,49 zayıf

0,50 - 0,69 orta

0,70 - 0,89 iyi

0,90 - 1,00 çok iyi

(Akgül ve Çevik, 2003, s. 495).

Cronbach's Alfa katsayısının değerlendirilmesi aşağıdaki ölçüte göre yapılır:

$0,0 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir.

$0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçek düşük güvenilirliktedir

$0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise oldukça güvenilirdir.

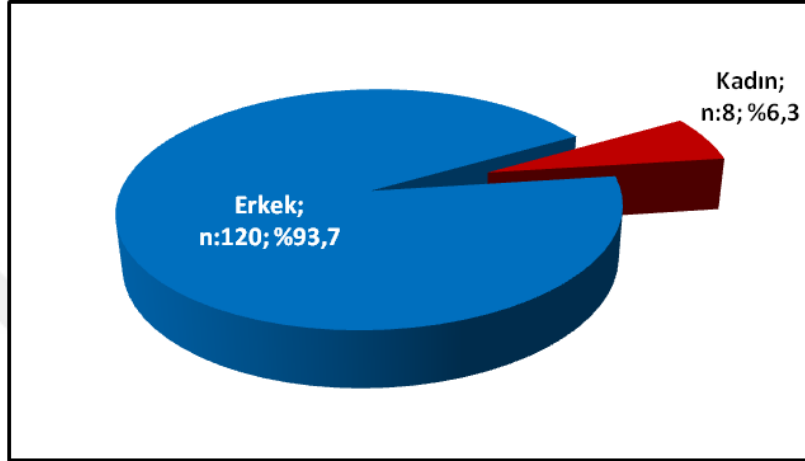
$0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir. (Karagöz, 2014, s. 698).



## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

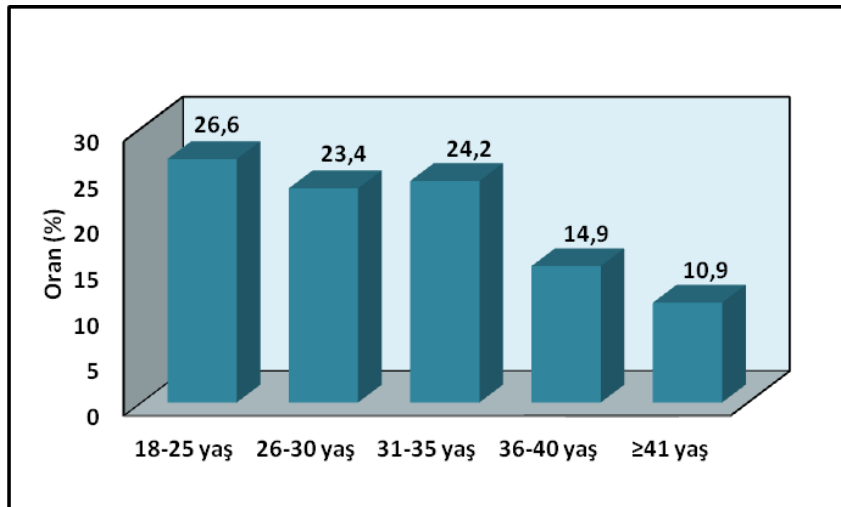
### BULGULAR

Çalışma 27 Aralık- 26 Şubat tarihlerinde Balıklı Rum Hastanesi Anatolia Bağımlılık Klinikleri'nde; %50,0'si (n=64) hasta grubunda (keyif verici madde kullanan), %50,0'si (n=64) sağlıklı kontrol grubunda olmak üzere toplam 128 olgu ile gerçekleştirilmiştir.



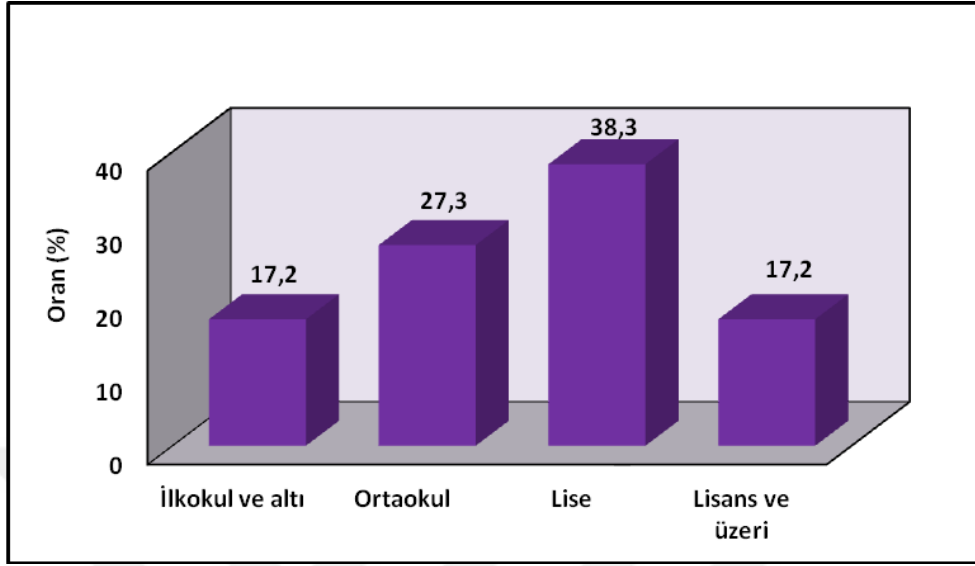
Şekil 1: Cinsiyet dağılımı

Olguların %6,3'ü (n=8) kadın, %93,7'si (n=120) erkektir. Yaşları 18 ile 52 arasında değişmekte olup, ortalama  $31,00 \pm 7,69$  yıldır; %26,6'sı (n=34) 18-25 yaşında, %23,4'ü (n=30) 26-30 yaşında, %24,2'si (n=31) 31-35 yaşında, %14,9'u (n=19) 36-40 yaşında, %10,9'u (n=14) 41 yaş ve üzerindedir (Tablo 1).



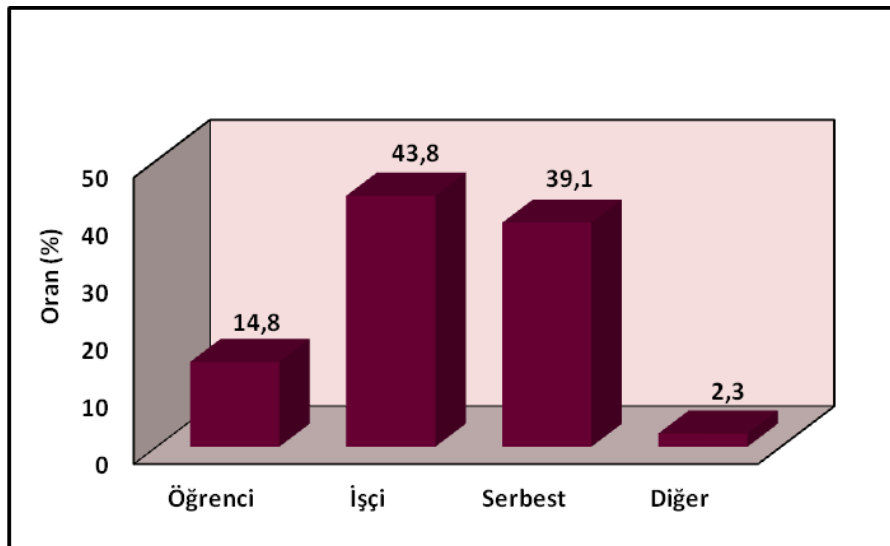
Şekil 2: Yaş dağılımları

Eğitim durumları incelendiğinde; %17,2 (n=22) ilkokul ve altı, %27,3 (n=35) ortaokul, %38,3 (n=49) lise, %17,2 (n=22) lisans ve üzeri saptanmıştır. Olguların %59,4'ü (n=76) bekâr/dul, %40,6'sı (n=52) evlidir (Tablo 1).



Şekil 3: Eğitim düzeyi dağılımları

Olguların %14,8'i (n=19) öğrenci, %43,8'i (n=56) işçi, %39,1'i (n=50) serbest meslek çalışanı ve %2,3'ü (n=3) diğer meslek gruplarında çalışandır. Gelir durumu incelendiğinde; %15,6'sının (n=20) alt/yetersiz, %33,6'sının (n=43) orta alt, %41,4'ünün (n=53) orta üst ve %9,4'ünün (n=12) yüksektir. Sağlık güvencesi olmayan oranı %16,4 (n=21) iken; %72,6'sı (n=93) SGK, %5,5'i (n=7) özel ve %5,5'i (n=7) diğer sağlık güvencelerine sahiptir (Tablo 1).



Şekil 4: Meslek dağılımları

**Tablo 1:** Gruplara Göre Demografik Özelliklerin Değerlendirmesi

		<b>Total</b>	<b>Hasta grubu (n=64)</b>	<b>Kontrol grubu (n=64)</b>	<b>P</b>
<b>Yaş (yıl)</b>	<i>Min-Mak</i>	18-52			<b><sup>a</sup>0,927</b>
	<i>(Medyan)</i>	(30,5)	18-52 (30)	18-50 (31,5)	
	<i>Ort±Ss</i>	31,00±7,69	30,94±7,29	31,06±8,12	
	<b>18-25 yaş</b>	34 (26,6)	18 (28,1)	16 (25,0)	
	<b>26-30 yaş</b>	30 (23,4)	16 (25,1)	14 (21,9)	
	<b>31-35 yaş</b>	31 (24,2)	13 (20,3)	18 (28,1)	
	<b>36-40 yaş</b>	19 (14,9)	10 (15,6)	9 (14,1)	
	<b>≥41 yaş</b>	14 (10,9)	7 (10,9)	7 (10,9)	
<b>Cinsiyet</b>	<b>Kadın</b>	8 (6,3)	5 (7,8)	3 (4,7)	<b><sup>b</sup>0,718</b>
	<b>Erkek</b>	120 (93,7)	59 (92,2)	61 (95,3)	
<b>Eğitim durumu</b>	<b>İlkokul ve altı</b>	22 (17,2)	11 (17,2)	11 (17,2)	<b><sup>c</sup>0,972</b>
	<b>Ortaokul</b>	35 (27,3)	17 (26,6)	18 (28,1)	
	<b>Lise</b>	49 (38,3)	24 (37,5)	25 (39,1)	
	<b>Lisans ve üzeri</b>	22 (17,2)	12 (18,7)	10 (15,6)	
<b>Medeni durum</b>	<b>Bekâr/Dul</b>	76 (59,4)	42 (65,6)	34 (53,1)	<b><sup>c</sup>0,150</b>
	<b>Evli</b>	52 (40,6)	22 (34,4)	30 (46,9)	
<b>Meslek</b>	<b>Öğrenci</b>	19 (14,8)	4 (6,3)	15 (23,4)	<b><sup>d</sup>0,003**</b>
	<b>İşçi</b>	56 (43,8)	25 (39,1)	31 (48,4)	
	<b>Serbest</b>	50 (39,1)	33 (51,5)	17 (26,6)	
	<b>Diğer</b>	3 (2,3)	2 (3,1)	1 (1,6)	
<b>Gelir durumu</b>	<b>Alt/yetersiz</b>	20 (15,6)	6 (9,4)	14 (21,9)	<b><sup>c</sup>0,022*</b>
	<b>Orta alt</b>	43 (33,6)	19 (29,7)	24 (37,5)	
	<b>Orta üst</b>	53 (41,4)	29 (45,3)	24 (37,5)	
	<b>Yüksek</b>	12 (9,4)	10 (15,6)	2 (3,1)	
<b>Sağlık güvencesi</b>	<b>Yok</b>	21 (16,4)	13 (20,3)	8 (12,5)	<b><sup>d</sup>0,641</b>
	<b>SGK</b>	93 (72,6)	44 (68,7)	49 (76,5)	
	<b>Özel</b>	7 (5,5)	4 (6,3)	3 (4,7)	
	<b>Diğer</b>	7 (5,5)	3 (4,7)	4 (6,3)	

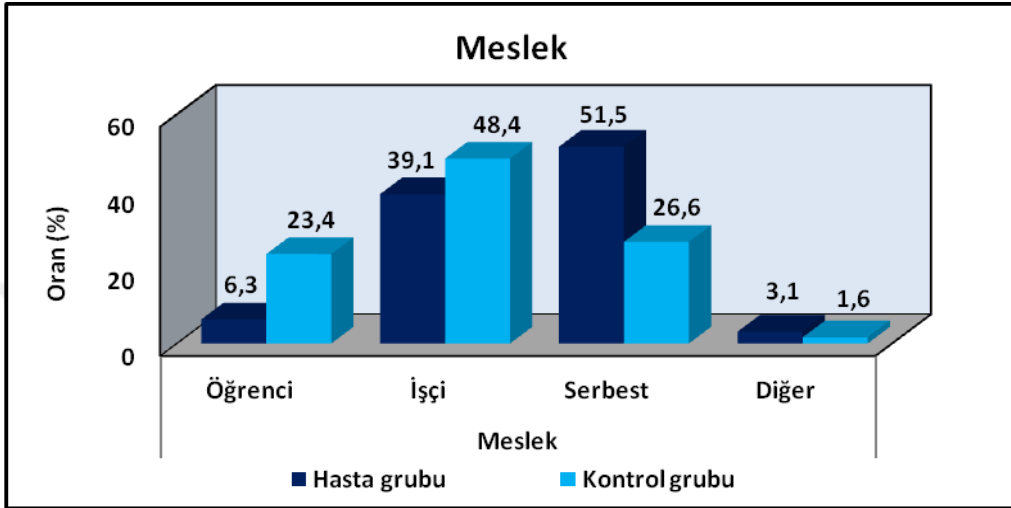
<sup>a</sup>Student t Test    <sup>b</sup>Fisher's Exact Test    <sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test    <sup>d</sup>Fisher Freeman Halton Test

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,01$

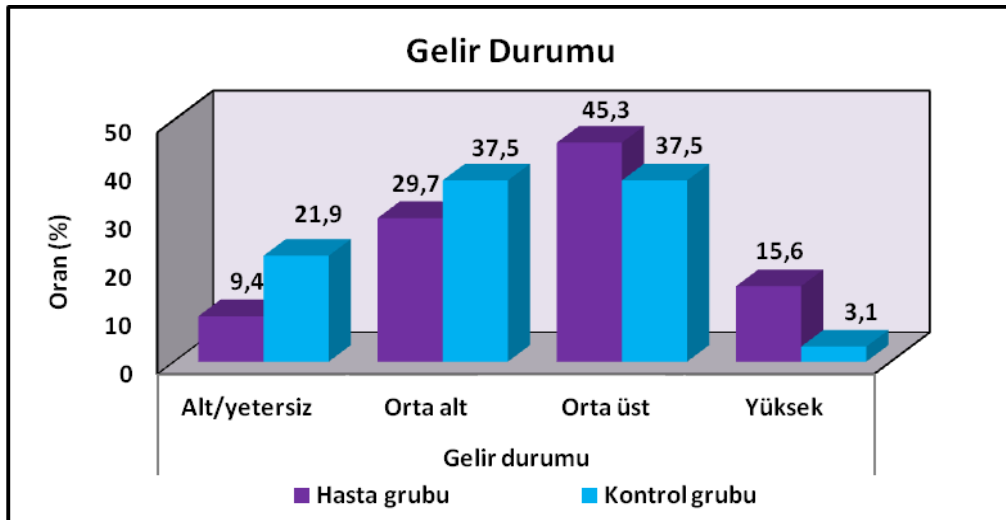
Yaş, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni duruma göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Mesleğe göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ( $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ). Hasta grubunda öğrenci oranı kontrol grubundan düşük; hasta grubunda serbest meslek oranı kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.



Şekil 5: Gruplara göre meslek dağılımları

Gelir düzeyine göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ( $p=0,022$ ;  $p<0,05$ ); hasta grubunda yüksek gelir oranı kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.



Şekil 6: Gruplara göre gelir durumu dağılımları

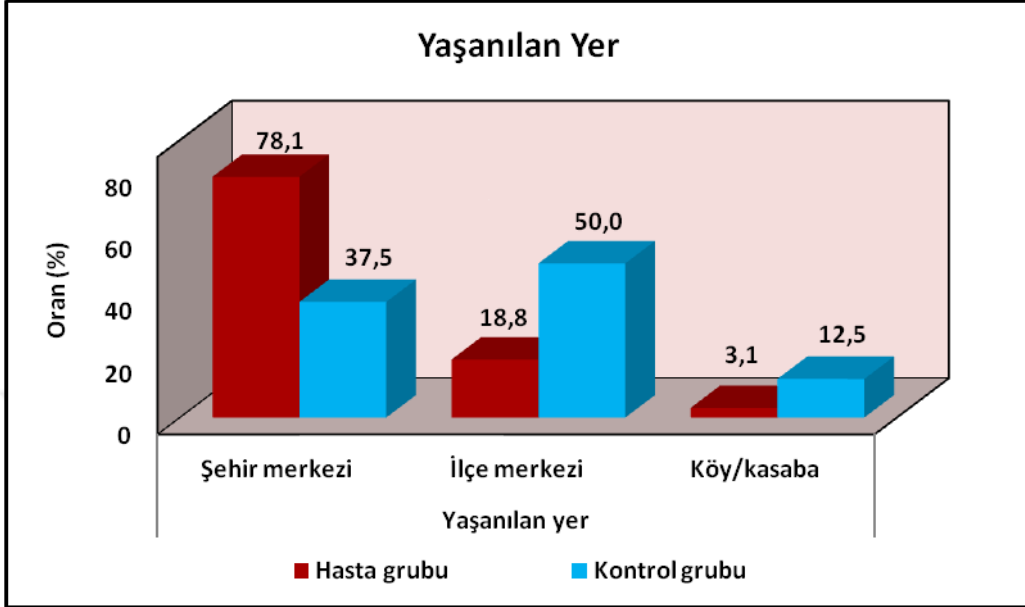
Sağlık güvencesi durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 2:** Gruplara Göre Tanımlayıcı Özelliklerin Değerlendirmesi

		<b>Total</b>	<b>Hasta grubu (n=64)</b>	<b>Kontrol grubu (n=64)</b>	<b>P</b>
<b>Yaşanılan yer</b>	<b>Şehir merkezi</b>	74 (57,8)	50 (78,1)	24 (37,5)	<b><sup>c</sup>0,001**</b>
	<b>İlçe merkezi</b>	44 (34,4)	12 (18,8)	32 (50,0)	
	<b>Köy/kasaba</b>	10 (7,8)	2 (3,1)	8 (12,5)	
<b>Göç durumu</b>	<b>İç göç</b>	23 (18)	8 (12,5)	15 (23,4)	<b><sup>d</sup>0,208</b>
	<b>Dış göç</b>	5 (3,9)	2 (3,1)	3 (4,7)	
	<b>Yok</b>	100 (78,1)	54 (84,4)	46 (71,9)	
<b>Anne-baba yaşama durumu</b>	<b>Evet</b>	95 (74,2)	46 (71,9)	49 (76,6)	<b><sup>d</sup>0,831</b>
	<b>Hayır</b>	4 (3,1)	3 (4,7)	1 (1,6)	
	<b>Yalnızca anne sağ</b>	23 (18)	12 (18,8)	11 (17,2)	
	<b>Yalnızca baba sağ</b>	6 (4,7)	3 (4,7)	3 (4,7)	
<b>Anne-baba birlikte olma durumu (n=95)</b>	<b>Evet</b>	85 (89,5)	40 (87)	45 (91,8)	<b><sup>b</sup>0,516</b>
	<b>Hayır</b>	10 (10,5)	6 (13)	4 (8,2)	
<b>Aynı evde yaşanan kişiler</b>	<b>Yalnız</b>	20 (15,6)	10 (15,6)	10 (15,6)	<b><sup>d</sup>0,742</b>
	<b>Anne baba</b>	57 (44,5)	31 (48,4)	26 (40,6)	
	<b>Eş ve çocuklar</b>	45 (35,2)	21 (32,8)	24 (37,5)	
	<b>Arkadaş</b>	6 (4,7)	2 (3,1)	4 (6,3)	
<b>Psikiyatrik hastalık öyküsü</b>	<b>Hayır</b>	112 (87,5)	50 (78,1)	62 (96,9)	<b><sup>c</sup>0,001**</b>
	<b>Evet</b>	16 (12,5)	14 (21,9)	2 (3,1)	
	<b>Anksiyete</b>	1 (6,2)	0 (0)	1 (50,0)	
	<b>Bipolar</b>	2 (12,5)	2 (14,3)	0 (0)	
	<b>Borderline</b>	1 (6,2)	1 (7,1)	0 (0)	
	<b>Depresyon</b>	2 (12,5)	2 (14,3)	0 (0)	
	<b>Maskeli</b>	1 (6,2)	1 (7,1)	0 (0)	
	<b>Öfke kontrolü</b>	1 (6,2)	1 (7,1)	0 (0)	
	<b>Panik atak</b>	4 (25,1)	3 (21,4)	1 (50,0)	
	<b>Psikoz</b>	4 (25,1)	4 (28,7)	0 (0)	

<sup>b</sup>Fisher's Exact Test    <sup>c</sup>Pearson Chi-Square Test    <sup>d</sup>Fisher Freeman Halton Test \*\* $p < 0,01$

Gruplara göre yaşanan yer istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ). Hasta grubunda şehir merkezinde yaşama oranı kontrol grubundan yüksek; hasta grubunda ilçe merkezi ve köy/kasabada yaşama oranı kontrol grubundan düşük bulunmuştur.



Şekil 7: Gruplara göre yaşanan yer dağılımları

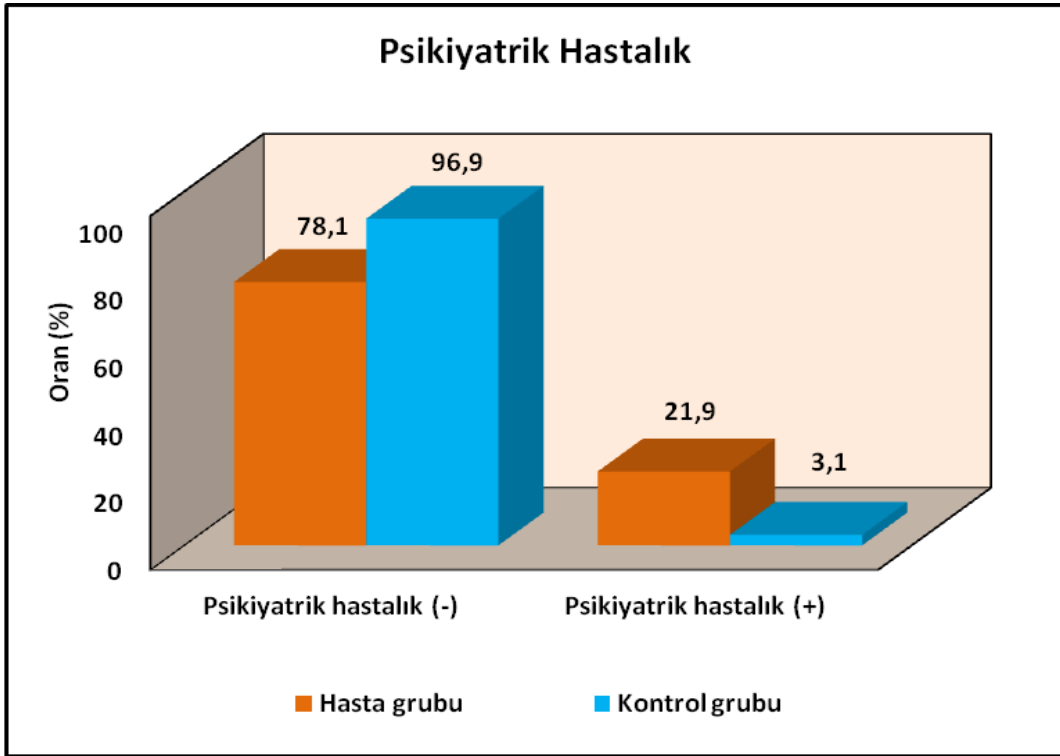
Göç durumuna göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

Anne-baba yaşama durumu, anne-baba birlikte olma durumu ve berber yaşanan kişilere göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

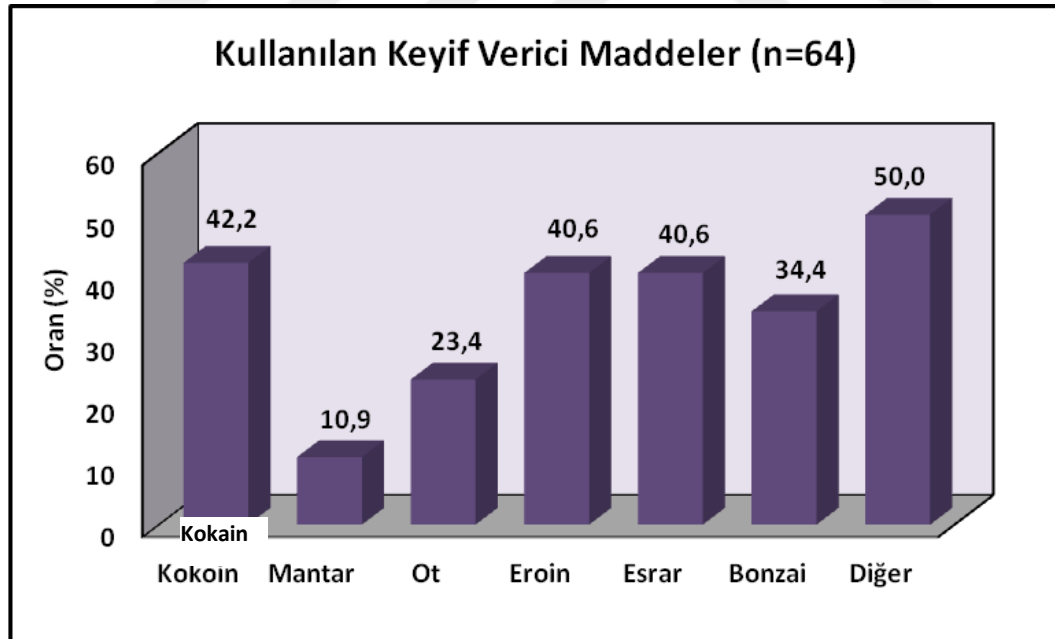
Gruplara göre psikiyatrik hastalık oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış olup ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ); hasta grupta psikiyatrik hastalık görülme oranı kontrol grubundan yüksek bulunmuştur.

Madde kullanım süreleri 1 ile 27 yıl arasında değişmekte olup, ortalama  $8,30\pm 5,81$  yıl; maddeye başlama yaşları 12 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama  $21,25\pm 6,32$  yıldır.

Kullanılan keyif verici maddeler incelendiğinde; %42,2 ( $n=27$ ) kokain, %10,9 ( $n=7$ ) mantar, %23,4 ( $n=15$ ) ot, %40,6 ( $n=26$ ) eroin, %40,6 ( $n=26$ ) esrar, %34,4 ( $n=22$ ) bonzai ve %50,0 ( $n=32$ ) diğer maddelerdir. Kullanılan diğer maddelere ilişkin ayrıntılı dağılım Tablo 3'te verilmiştir.



Şekil 8: Gruplara göre psikiyatrik hastalık dağılımları



Şekil 9: Hasta grupta kullanılan keyif verici maddelerin dağılımları

**Tablo 3:** Keyif Verici Madde Kullanan (Hasta) Grup Özelliklerine İlişkin Dağılımlar

<b>n=64</b>		<b>n (%)</b>
<b>Madde kullanım süresi (yıl)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i> <i>Ort±Ss</i>	1-27 (7) 8,30±5,81
<b>Madde kullanmaya başlama yaşı (yıl)</b>	<i>Min-Mak (Medyan)</i> <i>Ort±Ss</i>	12-40 (19) 21,25±6,32
<b>•Kullanılan maddeler</b>	<b>Kokain</b>	27 (42,2)
	<b>Mantar</b>	7 (10,9)
	<b>Ot</b>	15 (23,4)
	<b>Eroin</b>	26 (40,6)
	<b>Esrar</b>	26 (40,6)
	<b>Bonzai</b>	22 (34,4)
	<b>Diğer</b>	32 (50,0)
	<b>Alkol</b>	4 (12,8)
	<b>Alkol, taş, skank</b>	1 (3,1)
	<b>Alkol,met</b>	1 (3,1)
	<b>Extacy</b>	2 (6,3)
	<b>Extacy, kubar, metamfetamin</b>	1 (3,1)
	<b>Extacy, line metamfetamin</b>	2 (6,3)
	<b>Extacy, hgo</b>	1 (3,1)
	<b>Extacy, kubar</b>	2 (6,3)
	<b>Fil damlası</b>	1 (3,1)
	<b>Hap</b>	1 (3,1)
	<b>Hap, met, taş</b>	1 (3,1)
	<b>Hap, metamfetamin</b>	1 (3,1)
	<b>Isd, metamfetamin</b>	1 (3,1)
	<b>Jameika, alkol, extacy</b>	1 (3,1)
	<b>Kristal met, extacy</b>	1 (3,1)
	<b>Kubar</b>	2 (6,3)
	<b>Kubar, scanc</b>	1 (3,1)
	<b>Kubar, taş, skank</b>	1 (3,1)
	<b>Med, jamaika</b>	1 (3,1)
	<b>Oppyaz, taş</b>	1 (3,1)
	<b>Skunk</b>	1 (3,1)
	<b>Somaki, kristal met</b>	1 (3,1)
	<b>Taş, kubar, bali</b>	1 (3,1)
	<b>Taş, met, flakko</b>	1 (3,1)
	<b>Thc, extacy</b>	1 (3,1)

•Birden çok seçim yapılmıştır

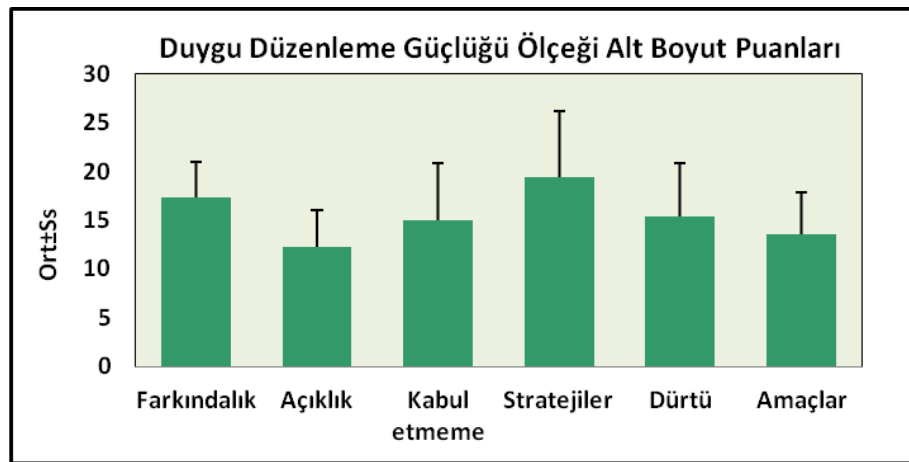


### 3.1 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğine İlişkin Değerlendirmeler

**Tablo 4:** Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Dağılımları

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği	Soru Sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
Farkındalık	6	7-28 (17)	17,32±3,62	0,470
Açıklık	5	5-21 (12)	12,24±3,72	0,582
Kabul etmeme	6	6-30 (14)	14,95±5,94	0,805
Stratejiler	8	8-40 (18)	19,38±6,80	0,782
Dürtü	6	6-30 (15)	15,33±5,46	0,764
Amaçlar	5	5-25 (13,5)	13,59±4,30	0,627
<b>Toplam puan</b>	<b>36</b>	<b>56-144 (90)</b>	<b>92,81±21,18</b>	<b>0,885</b>

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği “Farkındalık” alt boyut puanları 7 ile 28 arasında değişmekte olup, ortalama  $17,32 \pm 3,62$ ; “Açıklık” alt boyut puanları 5 ile 21 arasında değişmekte olup, ortalama  $12,24 \pm 3,72$ ; “Kabul etmeme” alt boyut puanları 6 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama  $14,95 \pm 5,94$ ; “Stratejiler” alt boyut puanları 8 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama  $19,38 \pm 6,80$ ; “Dürtü” alt boyut puanları 6 ile 30 arasında değişmekte olup, ortalama  $15,33 \pm 5,46$  ve “Amaçlar” alt boyut puanları 5 ile 25 arasında değişmekte olup,  $13,59 \pm 4,30$ ’dur. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanları 56 ile 144 arasında değişmekte olup, ortalama  $92,81 \pm 21,18$ ’dir.



**Şekil 10:** Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımları

Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyut puanları için elde edilen Cronbach's Alpha kat sayıları sırasıyla 0,470; 0,582; 0,805; 0,782; 0,764 ve 0,627'dir. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanları için elde edilen Cronbach's Alpha kat sayısı 0,885 olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

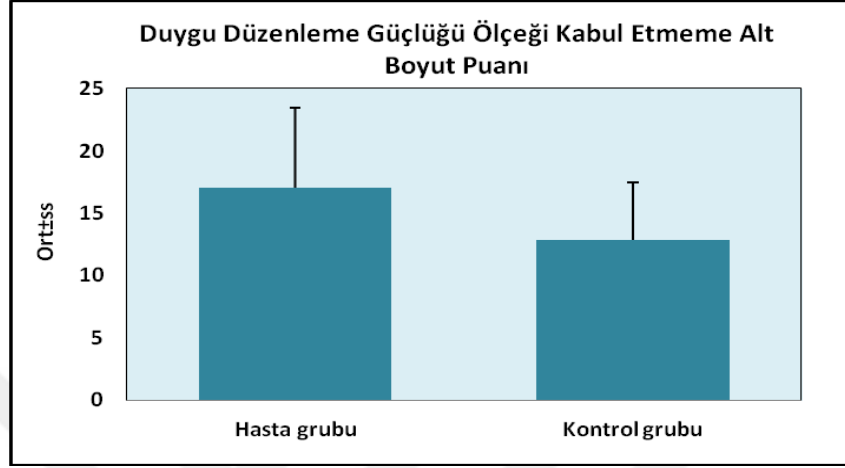
**Tablo 5:** Gruplara Göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanlarının Değerlendirmesi

<b>Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği</b>		<b>Hasta grubu (n=64)</b>	<b>Kontrol grubu (n=64)</b>	<b><sup>a</sup>p</b>
<b>Farkındalık</b>	<i>Min-Mak</i>	7-28 (17)	12-27 (18)	<b>0,295</b>
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	16,98±4,15	17,66±2,98	
<b>Açıklık</b>	<i>Min-Mak</i>	5-21 (12)	6-21 (12)	<b>0,654</b>
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	12,39±3,85	12,09±3,61	
<b>Kabul etmeme</b>	<i>Min-Mak</i>	6-30 (16)	6-24 (12)	<b>0,001**</b>
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	17,06±6,39	12,84±4,60	
<b>Stratejiler</b>	<i>Min-Mak</i>	8-40 (21)	9-33 (16)	<b>0,001**</b>
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	21,41±7,25	17,34±5,69	
<b>Dürtü</b>	<i>Min-Mak</i>	8-30 (16)	6-30 (13)	<b>0,001**</b>
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	17,17±5,60	13,48±4,67	
<b>Amaçlar</b>	<i>Min-Mak</i>	7-25 (15)	5-24 (12)	<b>0,003**</b>
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	14,70±4,57	12,48±3,73	
<b>Toplam puan</b>	<i>Min-Mak</i>	58-144 (99)	56-130 (85,5)	<b>0,001**</b>
	<i>(Medyan)</i>			
	<i>Ort±Ss</i>	99,72±21,76	85,91±18,26	

<sup>a</sup>Student t Test      \*\*p<0,01

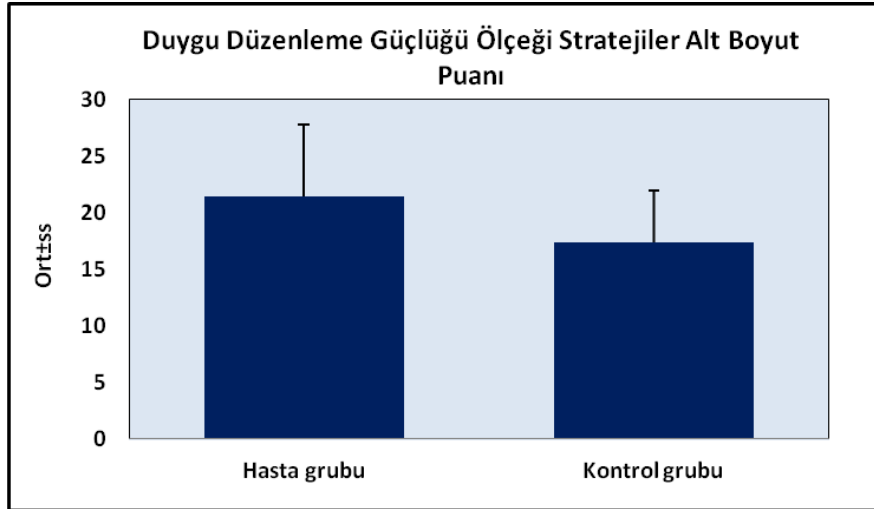
Gruplara göre farkındalık ve açıklık alt boyut puanları istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ( $p>0,05$ ).

Gruplara göre kabul etmeme alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve hasta grubun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).



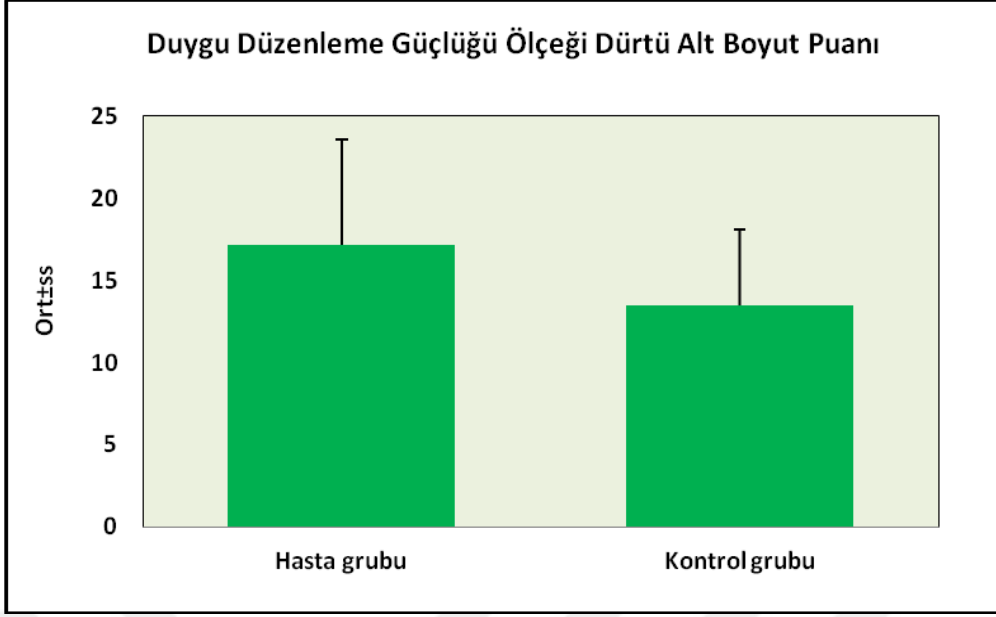
**Şekil 11:** Gruplara göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kabul etmeme alt boyut puanlarının dağılımları

Gruplara göre stratejiler alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve hasta grubun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).



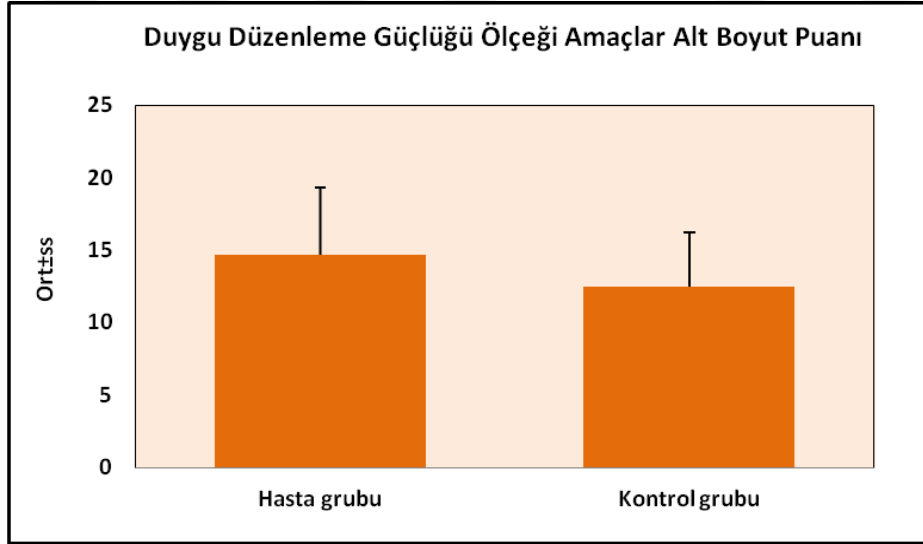
**Şekil 12:** Gruplara göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği stratejiler alt boyut puanlarının dağılımları

Gruplara göre dürtü alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve hasta grubun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).



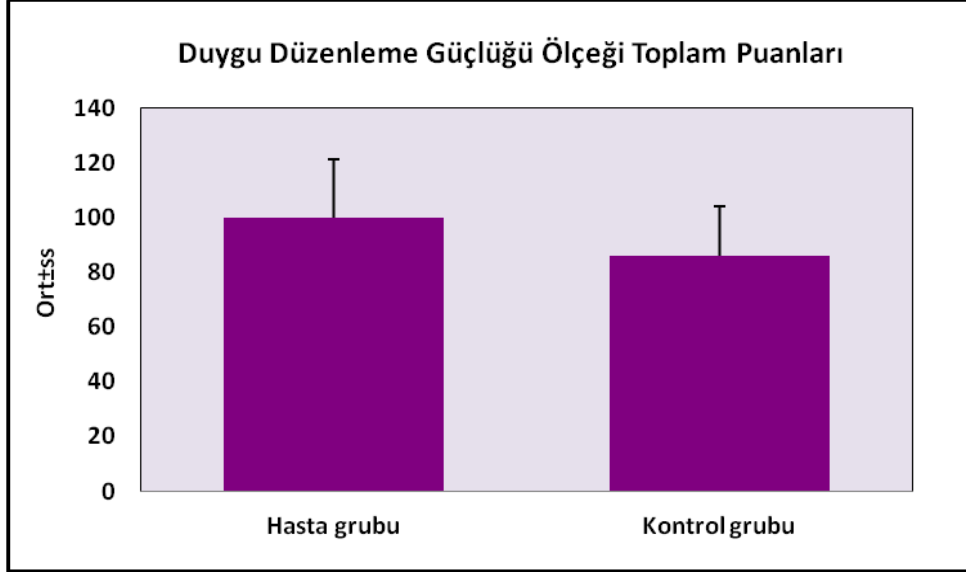
**Şekil 13:** Gruplara göre Duygu Düzenleme Güçlüğü  leği dürtü alt boyut puanlarının dağılımları

Gruplara göre amaçlar alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve hasta grubun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ( $p=0,003$ ;  $p<0,01$ ).



**Şekil 14:** Gruplara göre Duygu Düzenleme Güçlüğü  leği amaçlar alt boyut puanlarının dağılımları

Gruplara göre toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve hasta grubun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).



**Şekil 15:** Gruplara göre Duygu Düzenleme G çl g   l eği toplam puanlarının dağılımları

### 3.2 Borderline Kişilik Envanterine İlişkin Değerlendirmeler

**Tablo 6:** Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanlarının Dağılımları

	Soru Sayısı	Min-Mak (Medyan)	Ort±Ss	Cronbach's Alpha
<b>Borderline Kişilik puanı</b>	51	0-44 (21)	19,65±11,92	0,940

Borderline Kişilik Envanteri toplam puanları 0 ile 44 arasında değişmekte olup, ortalama 19,65±11,92'dir.

Borderline Kişilik Envanteri toplam puanları iÇin elde edilen Cronbach's Alpha katsayısı 0,940 saptanmış olup, ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenbilir.

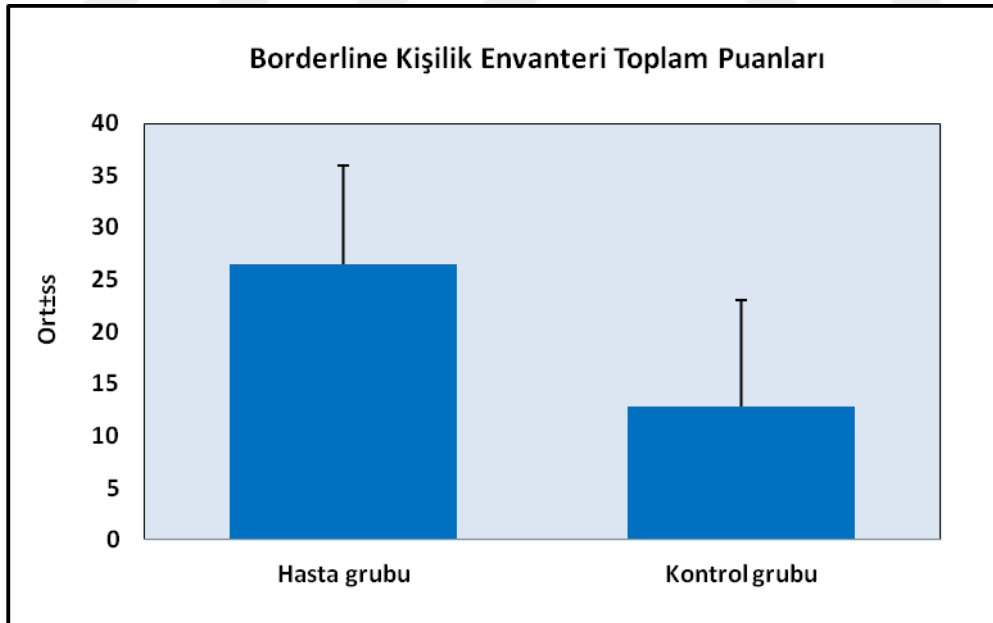
**Tablo 7:** Gruplara Göre Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanlarının Değerlendirmesi

		<b>Hasta grubu</b> (n=64)	<b>Kontrol grubu</b> (n=64)	<sup>a</sup> <i>p</i>
<b>Borderline</b>	<i>Min-Mak</i>			<b>0,001**</b>
<b>Kişilik puanı</b>	<i>(Medyan)</i>	4-44 (26)	0-40 (12)	
	<i>Ort±Ss</i>	26,45±9,48	12,84±10,13	

<sup>a</sup>*Student t Test*      \*\**p*<0,01

Borderline Kişilik Envanteri toplam puanları hasta grubunda 4 ile 44 arasında değişmekte olup, ortalama 26,45±9,48; kontrol grubunda 0 ile 40 arasında değişmekte olup, ortalama 12,84±10,13'tür.

Gruplara göre Borderline Kişilik Envanteri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış ve hasta grubun puanları kontrol grubundan yüksek bulunmuştur (*p*=0,001; *p*<0,01).



**Şekil 16:** Gruplara göre Borderline Kişilik Envanteri toplam puanlarının dağılımları

### 3.3 Lojistik Regresyon Analizi

Keyif verici madde kullanımı üzerine etki eden risk faktörlerinden meslek, gelir durumu, yaşanılan yer, psikiyatrik hastalık, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kabul etmeme, stratejiler, dürtü, amaçlar alt boyut puanları ve Borderline Kişilik Envanteri toplam puanları Backward Stepwise Lojistik regresyon analizi ile değerlendirmeye alınmıştır. Keyif verici madde kullanımı üzerine etki eden risk faktörleri için 6 step sonucunda oluşan model Tablo 8’de görülmektedir.

**Tablo 8:** Keyif Verici Madde Bağımlılığı Üzerine Etki Eden Risk Faktörlerinin Lojistik Regresyon Analizi

	<i>P</i>	ODDS	%95 CI	
			Lower	Upper
<b>Meslek (öğrenci)</b>	<b>0,003**</b>			
<b>Meslek (işçi)</b>	<b>0,003**</b>	15,843	2,505	100,214
<b>Meslek (serbest)</b>	<b>0,001**</b>	35,126	5,325	231,697
<b>Meslek (diğer)</b>	<b>0,176</b>	7,978	0,394	161,454
<b>Yaşanılan yer (ilçe)</b>	<b>0,004**</b>			
<b>Yaşanılan yer (şehir merkezi)</b>	<b>0,003**</b>	5,860	1,835	18,713
<b>Yaşanılan yer (köy/kasaba)</b>	<b>0,451</b>	0,314	0,015	6,405
<b>Psikiyatrik hastalık (var)</b>	<b>0,046*</b>	5,939	1,053	37,023
<b>BKE toplam puan</b>	<b>0,001**</b>	1,150	1,087	1,216

\*\* $p < 0,01$

Çalışmaya alınan değişkenler Stepwise Lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. Çalışmada 6.step sonunda; bağımlılık üzerine etkisi olan risk faktörlerinden meslek, yaşanılan yer, psikiyatrik hastalık ve BKE toplam puanının anlamlı bir model oluşturduğu görülmektedir. Modelin açıklayıcılık katsayısı %81,3 olup iyi düzeydedir. Öğrenci olma durumuna göre, işçi olma durumu bağımlılık riskini 15,843 katına çıkartmakta (%95 CI:2,505-100,214); serbest meslekte çalışma durumu bağımlılık riskini 35,126 katına çıkartmaktadır (%95 CI:5,325-231,697). İlçede yaşama durumuna göre, şehir merkezinde yaşama durumu bağımlılık riskini 5,860 katına çıkartmakta (%95 CI:1,835-18,713); köy/kasabada yaşama durumu bağımlılık riskini 0,314 katına çıkartmaktadır (%95 CI:0,015-6,405). Psikiyatrik hastalık varlığı bağımlılık riskini 5.939 katına çıkarmaktadır (%95 CI:1,053-37,023). BKE toplam puanlarındaki bir birimlik artış bağımlılık riskini 1,150 katına çıkartmaktadır (%95 CI:1,087-1,216).

Meslek, yaşanan yer, psikiyatrik hastalık ve BKE puanları bağımsız risk faktörleridir.

**Tablo 9:** Hasta ve Kontrol Grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Alt Boyut ve Toplam Puanları ile Borderline Kişilik Envanteri Toplam Puanlarının İlişkisi

Duygu Düzenleme Ölçeği (DDGÖ)		Borderline Kişilik Envanteri (BKE)	
		Hasta grubu (n=64)	Kontrol grubu (n=64)
Farkındalık	R	0,162	-0,227
	P	<b>0,201</b>	<b>0,071</b>
Açıklık	R	0,299	0,324
	P	<b>0,016*</b>	<b>0,009**</b>
Kabul etmeme	R	0,332	0,523
	P	<b>0,007**</b>	<b>0,001**</b>
Stratejiler	R	0,395	0,516
	P	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
Dürtü	R	0,465	0,516
	P	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>
Amaçlar	R	0,199	0,392
	P	<b>0,114</b>	<b>0,001**</b>
Toplam	R	0,474	0,531
	P	<b>0,001**</b>	<b>0,001**</b>

*r*:Pearson Korelasyon Katsayısı                      \**p*<0,05                      \*\**p*<0,01

#### Hasta grubunda:

DDGÖ farkındalık alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

DDGÖ açıklık alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında pozitif yönlü (DDGÖ açıklık puanı BKE toplam puanı artan) %29,9 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

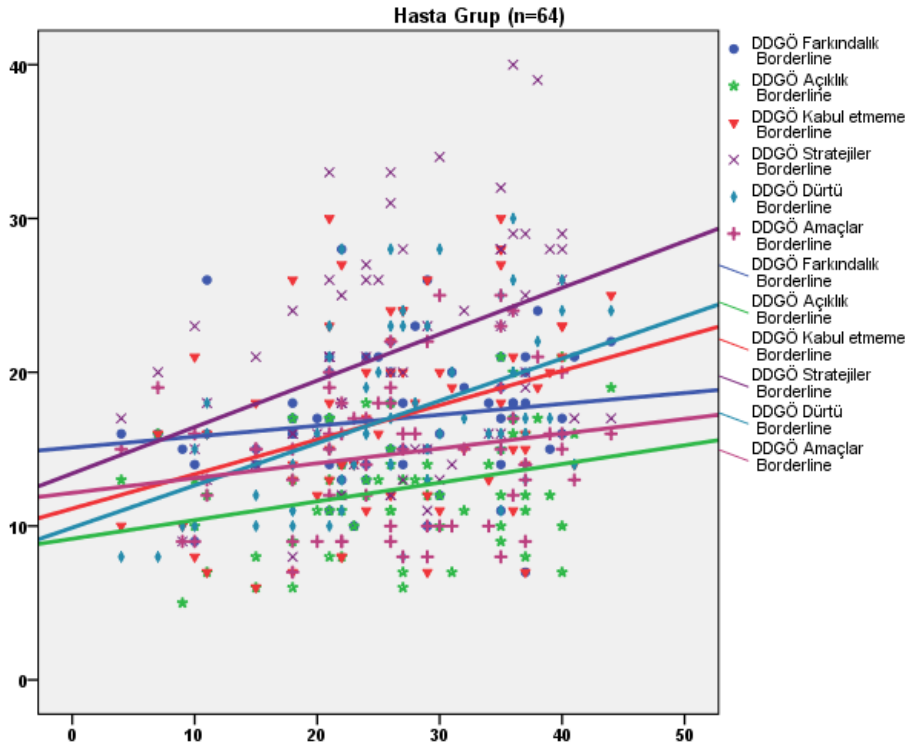
DDGÖ kabul etmeme alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında pozitif yönlü %33,2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.



DDGÖ stratejiler alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında pozitif yönlü %39,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

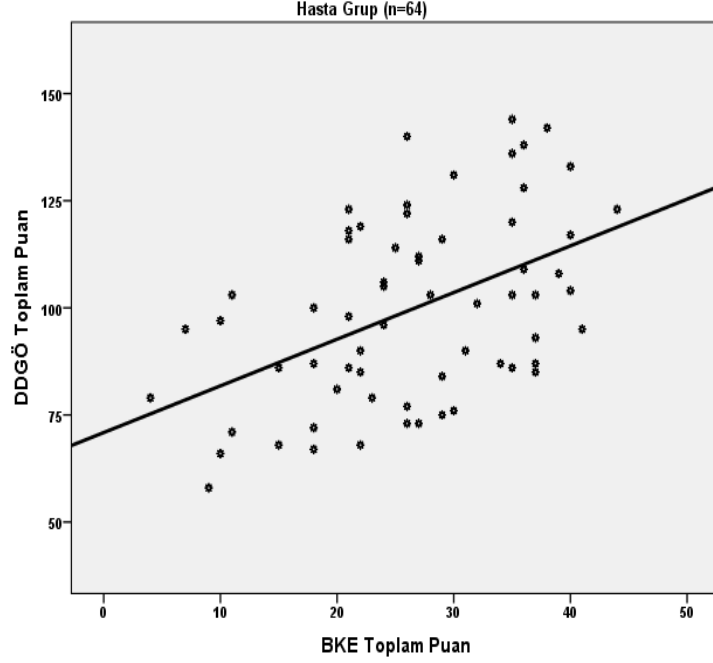
DDGÖ dürtü alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında pozitif yönlü %46,5 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

DDGÖ amaçlar alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).



**Şekil 17:** Hasta grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyut puanları ile Borderline Kişilik Envanteri toplam puanlarının ilişkisi

DDGÖ toplam puanları ile BKE toplam puanları arasında pozitif yönlü %47,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ( $r:0,474$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ).



**Şekil 18:** Hasta grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanları ile Borderline Kişilik Envanteri toplam puanlarının ilişkisi

**Kontrol grubunda:**

DDGÖ farkındalık alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

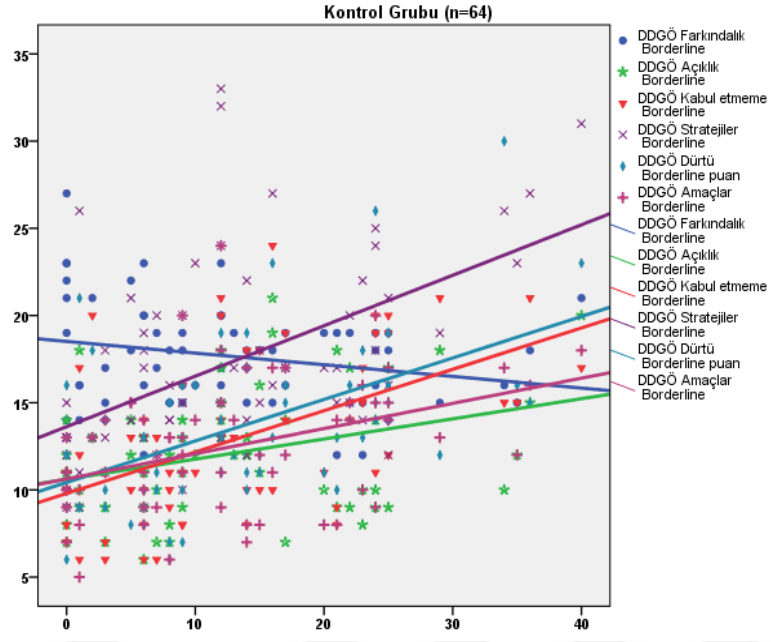
DDGÖ açıklık alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında pozitif yönlü %32,4 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

DDGÖ kabul etmeme alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında pozitif yönlü %52,3 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

DDGÖ stratejiler alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında pozitif yönlü %51,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

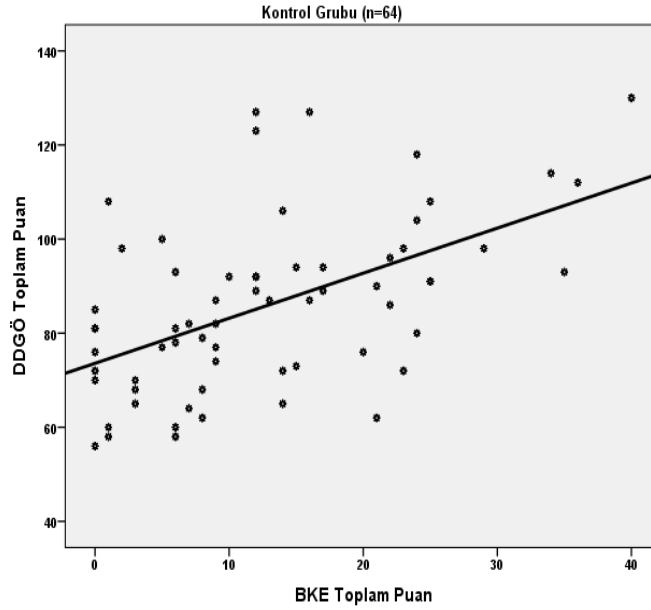
DDGÖ dürtü alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında pozitif yönlü %51,6 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.

DDGÖ amaçlar alt boyut puanları ile BKE toplam puanları arasında pozitif yönlü %39,2 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.



**Şekil 19:** Kontrol grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği alt boyut puanları ile Borderline Kişilik Envanteri toplam puanlarının ilişkisi

DDGÖ toplam puanları ile BKE toplam puanları arasında pozitif yönlü %53,1 düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır.



**Şekil 20:** Kontrol grubunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği toplam puanları ile Borderline Kişilik Envanteri toplam puanlarının ilişkisi

## DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

### TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı, madde kullanım bozukluğu tedavisi alan hastalarda duygu düzenleme gücünün, borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin araştırılması ve bu özelliklerin yaş, cinsiyet ve eğitim açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrolleriyle karşılaştırılmasıdır. Araştırmaya Anatolia Bağımlılık Klinikleri'nde 27 Aralık-26 Şubat tarihleri arasında yatarak tedavi gören 64 madde kullanım bozukluğu olan kişi alındı.

Değerlendirmeye dahil edilen 64 madde kullanım bozukluğu tedavisi gören hasta ve 64 sağlıklı kontrol olgusunda yaş ortalamaları, cinsiyet ve eğitim durumları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Sosyodemografik özellikler incelendiğinde yaş ortalamasının  $31,0 \pm 7,69$  yıl seviyesinde bulunduğu, cinsiyete göre dağılım ele alındığında 60 erkek 4 kadın madde kullanım bozukluğu olan kişi saptandı. Dolayısıyla grubun büyük oranı erkek ağırlıklıydı. Literatüründe desteklediği gibi alkol ve madde kullanım bozukluğunda kadınlara kıyasla erkeklerin daha fazla risk altında oldukları belirtilmektedir (Tot vd., 2002, s. 230; Yalçın vd., 2009, s. 130).

Madde kullanım bozukluğu cinsiyet açısından değerlendirildiğinde kadın-erkek arasındaki yapısal farklılıkların, iki cinsiyetin madde kullanım miktarlarını ve şekillerini biçimlendirdiğinden söz edilmektedir. Kanada'da yasa dışı ilaç kullanımı üzerinde yapılan araştırmanın sonuçları erkeklerde madde kullanım oranının kadınlara göre iki kat daha fazla olduğunu saptamaktadır (Poole ve Dell, 2005, s. 5-7). Ülkemizde Dicle Üniversitesi'nde 2040 öğrenci ile gerçekleştirilen bir araştırmanın sonuçları ise erkek olmanın yaşam süresince en az bir kez madde kullanmış olma bakımından risk faktörü olduğunu göstermektedir (Yalçın ve vd., 2009, s. 130). Buna ek olarak literatürde kadınların madde kullanım bozukluğuna ilişkin verilerin yetersiz olmasının nedeni bildirim noksanlığı ile açıklanmakta ve bu duruma gerekçe olarak da etiketlenme üzerinde durulmaktadır. Madde kullanım bozukluğu olan kadınların etiklendiği pek çok çalışmacı tarafından aktarılmaktadır (akt. Kutlu, 2011, s. 92). Bazı araştırmalarda kadınların madde kullanım tedavisini devam ettirmeye erkeklerden daha az eğilimli olduklarını göstermektedir (Pelissier, 2004, s. 14-18).

Yaş madde kullanımına başlangıç yapma ve madde kullanım bozukluğu geliştirme noktasında önemli bir değişken olarak değerlendirilmektedir (Akkuş vd., 2017, s. 42). Yapılan araştırmalar, günden güne maddeyi kullanma ve deneme yaşının giderek düştüğünü, deneme

miktarının ise artış gösterdiğini ortaya koymaktadır (Arabacı vd., 2017, s. 136). Çalışmamızda da madde kullanım bozukluğu olan grubun maddeye başlangıç yapma yaş ortalaması  $21,25 \pm 6,32$  olup, grubun %26.6'sı 18-25 yaş arasında dağılım göstermektedir. Genç yetişkinlik döneminde başlanan madde kullanımını ise yaş ilerledikçe madde kullanım bozukluğuna yol açıp, kişinin hayatını olumsuz biçimde etkileyebilecek seviyeye ulaşabilmektedir (Karatay ve Kubilay, 2004, s. 58).

Eğitim durumu gözden geçirildiğinde grubun %38, 3 (n=49) ünün lise mezunu olduğu, %27, 3 (n=35) ünün de ortaokul mezunu olduğu görülmektedir. Literatürdeki araştırmalar eğitim seviyesinin artışı ile alkol ve madde kullanım bozukluğu arasında olumsuz bir ilişkinin olduğunu göstermektedir (Öztürk vd., 2015, s. 101). Çalışmamızda da grubun yalnızca %17, 2 sinin lisans ve üzeri eğitim düzeyine sahip olmasının literatürdeki bilgilerle uyumlu olduğundan söz edilebilir. Ülkemizde bir yıllık süreç içerisinde bir bölge hastanesinin AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören 258 hastanın sosyodemografik özelliklerinin incelendiği bir çalışmada, hastaların büyük bir kısmının ilköğretim (n: 123, %47.7) düzeyinde eğitim aldıkları belirtilmiştir (Bilici vd., 2012, s. 224). Bu sonuç çalışmamızla uyumlu olmayıp, çalışmamızda hastaların %17.2 (n=22) si ilkokul ve altı eğitim düzeyine sahiptir. Buna karşın çalışmamızda ortaokul düzeyinde eğitim gören hastalar %27, 3 (n=35) dür ve grup eğitim durumu açısından ortaokul mezunu yüzdesi ikinci sırada yer almaktadır. Bu sonuç literatürdeki eğitim düzeyinin düşüklüğü ile alkol ve madde kullanım arasındaki pozitif korelasyonu açıklar niteliktedir. Ayrıca ilköğretim seviyesindeki eğitim oranının azlığı, grubun yaş dağılımları da göz önünde bulundurularak ülkemizdeki zorunlu eğitim süresinin uzatılması ile açıklanabilir. Literatürde de, ergenlik dönemindeki düşük akademik başarının madde kullanım bozukluğuna yol açtığı görülmektedir (Dalkılıç vd., 2013, s. 105).

Çalışmamızda medeni duruma göre gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamış olup, bekar oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürde yatarak takip ve tedavi edilen madde kullanım bozukluğu olan hastalarla yapılan araştırmalarda 1990 senesine kadar madde kullanım bozukluğu olan kişilerin genellikle evli olduğu belirtilirken, sonraki senelerde bekar miktarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Saatçioğlu vd., 2003, s. 115). Bu bulgu çalışmamızla uyumludur.

Mesleğe göre gruplar karşılaştırıldığında, madde kullanım bozukluğu olan grupta öğrenci oranı kontrol grubundan düşük bulunmuş olup, serbest meslek oranı ise yüksek bulunmuştur. Bu durum madde kullanım bozukluğu olan hastalardaki düşük eğitimi ile açıklanabilir. Yapılan pek çok araştırmanın sonuçları madde kullanım bozukluğu olan kişilerde

işsizlik oranının %12-38 arasında yer aldığını göstermektedir (Karaağaç vd., 2017, s. 255; Saatçioğlu vd., 2003 s.110). Çalışmamızda da hasta grubunda serbest meslek oranının yüksekliği, madde kullanım bozukluğu olan kişilerde istikrarlı bir iş yaşamının mevcut olmadığını destekler niteliktedir. Bu bağlamda madde kullanımının mesleki işlevsellik açısından problemlere neden olduğu düşünülebilir.

Literatürde yüksek gelir oranına sahip olan kişilerde, düşük gelir oranına sahip olanlara kıyasla opioid kullanımının yaygınlığı yüksek olmakla beraber, şehirlerde fakirlik oranının artması da opioid bağımlılığı için risk faktörü olarak değerlendirilmektedir (Vatandaş vd., 2015, s.66). Çalışmamızda da hasta grubunun gelir miktarı ve şehir merkezinde yaşama oranı kontrol grubundan yüksek bulundu. Ayrıca şehir merkezinde yaşama durumunun madde kullanım riskini yordadığı saptandı.

Çalışmamızda madde kullanım bozukluğu olan bireyler psikiyatrik hastalık yönünden kontrol grubuyla karşılaştırılmıştır. Gruplar açısından psikiyatrik hastalık oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup, madde kullanım bozukluğu olan grupta psikiyatrik hastalık görülme oranı sağlıklı kontrol grubundan fazla bulunmuştur. Bununla birlikte ek psikiyatrik tanının varlığının madde kullanım riskini arttırdığı da görülmüştür. Literatürde madde kullanım bozuklukları ile beraber eş zamanlı olarak görülen ciddi psikiyatrik bozuklukların yaygınlık gösterdiği ortaya konmuştur (Havassy vd., 2004, s. 139). Son 15 yıl içinde alkol ya da madde kullanım bozukluğu olan kişilerde ek psikiyatrik tanının yaygınlığı geniş bir dizi epidemiyolojik çalışma ile gösterilmiş olup, madde kullanım bozukluğu olan kişilerin, alkol kullanım bozukluğu olan kişilere göre ek psikiyatrik tanıya sahip olma oranının da daha fazla olduğu saptanmıştır (Di Sclafoni vd., 2007, s. 1-2).

Kruger ve arkadaşlarının (2016) yaptığı çalışmada madde kullanım bozukluğu olan kişilerin çekingen, borderline ve antisosyal kişilik bozukluğu gösterme sıklığının yüksek olduğu belirlenmiştir (s. 132). Kaplan ve Saddock (2003) opioid bağımlılarının %90 ının da ek psikiyatrik bozuklukların görüldüğünü saptamışlardır. Lintzeris tarafından yapılan bir çalışma (2001) ise genel popülasyona kıyasla opioid bağımlılarında psikotik bozukluk yaygınlığının 7 kat, depresyonun 9 kat ve anksiyete bozukluklarının da 3 kat daha sık olduğunu ortaya koymuştur (akt. Baharudin vd., 2013, s. 417-418). Ek olarak dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile madde kullanım bozuklukları arasında bir korelasyon olduğunu belirten araştırmalar da mevcuttur (Arias vd., 2008 s. 1200; Nurmedov vd., 2015, s. 5).

Çalışmamızdan elde edilen bir başka bulguda madde kullanım bozukluğu olan grupta en sık kullanılan maddenin esrar olmasıdır. Grubun %23,4 (n=15) ü ot, %40.6 sı (n=26) esrar kullanıcısı olarak saptanmıştır. Keyif verici maddelerin dağılımları incelenirken verilerin hastaların kullandıkları jargon aracılığıyla girildiği ve ot ile esrarında esasen aynı şey olduğu düşünülürse, esrar en yaygın kullanılan madde olarak belirlenmiştir. Bu bulgu esrarın dünya çapında ve Türkiye’de en yaygın kullanılan madde oluşu ile uyumluluk göstermektedir (*United Nations International Drug Control Programme, 2000, s.89*). Literatürde, ülkemizde esrar kullanımının oldukça sık olduğu belirtilmiştir (Ünlü ve Evcin, 2014, s. 136; Zorlu vd., 2011 s. 256). Boğaziçi Üniversitesi’nde gerçekleştirilen bir araştırmada değişik sınıflarda öğrenim gören 735 öğrencinin hayat boyu en az bir defa esrar kullanımını %9,2, eroin kullanımını %0,3 ve kokain kullanımını ise %0,4 olarak saptanmıştır (Mavili, 2017, s. 75). Çalışmamızda da esrardan sonra en sık kullanılan maddelerin kokain ve eroin olduğu sonucu literatürle örtüşmektedir.

Analizler sonucunda, duygu düzenleme güçlüğü söz konusu olduğunda, madde kullanım bozukluğu olan grubun, sağlıklı kontrol grubuna kıyasla daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı görülmüştür. Ayrıca madde kullanım bozukluğu olan kişilerin kontrol grubuna kıyasla duygu düzenleme güçlüğüne kabul etmeme, stratejiler, dürtü ve amaçlar alt boyutlarından daha yüksek puan aldıkları da gözlenmiştir.

Gratz ve Tull (2010b), bir madde ve alkol kullanım bozukluğu merkezinde yatarak tedavi gören hastalarla yaptıkları bir çalışmada, duygu düzenleme güçlüğü ve kendine zarar verme davranışını ve bu iki değişken arasındaki ilişkiyi incelemişler ve kendine zarar verme davranışı olan madde kullanıcılarının, kendine zarar vermeyen madde kullanıcılarına kıyasla, duygu düzenleme güçlüğüne kabul etmeme, stratejiler ve amaçlar alt boyutlarından daha yüksek puan aldıklarını saptamışlardır. Ayrıca kendine zarar verme davranışı olan kullanıcılarda, olmayanlara göre toplam puanlarında yüksek olduğu görülmüştür (s. 3-16). Bu konuda Türkiye’de yapılan bir araştırmadan örnek verecek olursak, Karagöz ve Dağ (2015) yaptıkları incelemelerde kendine zarar veren madde kullanıcılarının, kendine zarar vermeyen madde kullanıcılarına oranla daha yoğun duygu düzenleme güçlüğü yaşadıklarını bildirmişlerdir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu tedavisi gören kişilerde duygu düzenleme güçlüğüne değerlendiren bu çalışmanın sonuçları, duyguların önemsiz olarak ele alındığı bir ortam içinde yetiştirilen alkol ve madde kullanıcılarının, negatif duygulanım tecrübelerini adaptif olan şekillerde kontrol etmek için gerekli birikime sahip olmadıklarını göstermektedir (s. 13). Çalışmamızda da madde kullanım bozukluğu olan grubun, sağlıklı gruba kıyasla daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı belirtilmiştir. Bu durum olumsuz duyguları düzenleme

güçlüğünün alkol ve madde kullanımı ve eşlik eden psikiyatrik rahatsızlık riskini arttırdığını düşündürebilir.

Fox ve arkadaşları (2008) nın yaptığı bir çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan kişilerle, sosyal içiciler duygu düzenleme güçlüğü açısından karşılaştırılmışlardır. Çalışmanın ilk aşamasında alkol kullanım bozukluğu olan grubun duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanlarının sosyal içicilerden yüksek olduğu belirtilmiştir. Birinci aşamada alkol kullanım bozukluğu olan gruba, borderline kişilik bozukluğu olan bireylerde dahil edilmiştir. Çalışmanın ikinci aşamasında ise bir üçüncü grup oluşturulmuştur. Bu üçüncü grup yalnızca alkol kullanım bozukluğu olan kişilerden oluşturulmuş olup, borderline bireyler dahil edilmemiştir. Sonuçlar borderline bireylerden oluşan alkol kullanım bozukluğu olan grubun duygu düzenleme güçlüğünün farkındalık, açıklık, amaçlar, dürtü, kabul etmeme ve stratejiler alt boyutlarından daha yüksek puan aldıklarını göstermiştir. Benzer biçimde alkol kullanım bozukluğu olan grupta sosyal içiciler grubuna kıyasla ölçek alt boyutlarından daha yüksek puan almışlardır (s. 389-392). Ayrıca literatürde de duygu düzenlemede ortaya çıkan eksikliklerin madde kullanım bozukluğu için birincil risk etkeni olabileceği düşünülmektedir (Clark vd., s. 65). Çalışmamızda da madde kullanım bozukluğu olan grubun duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanları kontrol grubundan yüksek olup, duygu düzenleme güçlüğü ölçeği toplam puanları ile borderline kişilik envanteri toplam puanları arasında da pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu bulgular duygu düzenleme güçlüğünün madde kullanım bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu ile olan ilişkisini açıklar niteliktedir ve literatürle uyumludur.

Literatürde, alkol ve madde kullanım bozukluğu ile kişilik bozuklukları (özellikle de antisosyal ve borderline) arasında bir ilişkinin söz konusu olduğu ve madde kullanım bozukluğu olan bireylerde kişilik bozukluğu görülme sıklığının daha fazla olduğu vurgulanmaktadır. Ayrıca kişilik bozuklukları hem alkol hem de madde kullanım bozukluklarına eşlik etmekle birlikte madde kullanım bozukluğu olan bireylerde daha sık görülmektedir (Colpaert vd., s. 654-657; Evren vd., 2006, s. 44-45; Mellos vd., 2010, s. 761-766; Ogloff vd., 2015, s. 18-21; Zadeh ve Damavandi, 2010, s. 782-783).

Literatür taramasından elde edilen bulgular, borderline kişilik bozukluğu ile madde kullanım bozukluklarının da sıklıkla birlikte görüldüğünü ortaya koymaktadır (Trull vd., 2000, s. 247). Çalışmamızda da borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin madde kullanım bozukluklarına etkisi araştırılmış olup, borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin madde kullanım bozukluğu görülme riskini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Borderline kişilik bozukluğu literatürde yer alan bazı araştırmalarda madde kullanım bozukluğuna eşlik eden



psikiyatrik rahatsızlıklar içinde ilk sırada bulunmaktadır (İnce vd., 2002, s. 89). Dolayısıyla çalışmamızdan elde edilen sonuç anlamlı görünmektedir ve bu verinin madde kullanım bozukluğu üzerine etki eden risk faktörlerini bulma konusunda uygun bir veri olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda BKE toplam puanlarında madde kullanım bozukluğu olan grubun puanının kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görüldü. Borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin madde kullanım bozukluğu olan kişilerde yüksek oranda görülmesi göz önünde tutularak, bu kişilerde riskli madde kullanımının erken dönemde tanınması ve kısa sürede tedavi girişiminde bulunulması bozukluğun gelişimini önlemek bakımından anlam taşır.

Korelasyon analizinin sonucunda madde kullanım bozukluğu olan grupta farkındalık ve amaçlar dışında duygu düzenleme alt boyutları ile borderline kişilik envanteri puanları arasında anlamlı bir fark çıkmıştır. Sağlıklı kontrol grubunda ise farkındalık dışında duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları ile borderline kişilik envanteri toplam puanları arasında anlamlı farkın çıkmış olması, duygu düzenleme güçlüğü ve borderline kişilik bozukluğu özelliklerini bir arada değerlendirmek açısından önemli bir bulgudur.

Çalışmamızın sonuçları, duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarından farkındalığın her iki grupta da borderline kişilik bozukluğu özellikleri ile korele olmadığını ortaya koymaktadır. Farkındalık alt boyutu, duyguların ayırt edilmesinde meydana gelen zorluğa dikkat çekmekteydi. Bu noktada çalışma bulgusuna göre borderline kişilik özellikleri sergileyen bireylerin duyguları fark etme konusunda zorluk yaşamadığını söyleyebiliriz.

Bazı çalışmalardan elde edilen bulgular, borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin, ruhsal sıkıntıya karşı düşük toleransa sahip olabileceğini göstermektedir. Borderline kişilik bozukluğu gösteren bireylerin sıkıntıya karşı toleransları düşük olduğundan, hoş olmayan duyguları olabildiğince çabuk ortadan kaldırmak için güçlü bir istek duymaları olasıdır (Chapman vd., 2011, s. 43). Çalışmamızda madde kullanım bozukluğu olan grupta DDGÖ toplam puanları ile BKE toplam puanları sağlıklı kontrol grubundan yüksek bulunmuş olup, DDGÖ toplam puanları ile BKE toplam puanları arasında da pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır. Bu bağlamda çalışmamızın sonuçları literatürle uyumlu ve anlamlıdır.

Carpenten ve Trull (2013) un ortaya koyduğu verilere göre borderline kişilik bozukluğu olan bireylerin duyguları ile ilgili ciddi problemleri söz konusudur ve borderline kişilik bozukluğu, duygu düzenleme güçlüğü süreci ile ilişkilidir. Duygulara karşı hassasiyet, artmış

olumsuz duygu, uygun duygu yoksunluğu ve uygunsuz duygu düzenleme stratejileri borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin problemlerini içermektedir (s. 7). Bahsedilen çalışma ile uyumlu olarak çalışmamızda da borderline kişilik bozukluğunun kendisinin duygu düzenleme güçlüğüyle ilişkisinin olduğu düşünülebilir.

Literatürde borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin, işlevsel olmayan davranışsal örüntüleri duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkilendirilmiştir. Borderline kişilik bozukluğu gösteren kişiler sosyal dışlanma ve terk edilme riski ile karşılaştıklarında kendini yaralama gibi işlevsel olmayan davranışlara yönelir, anlık bir duygusal rahatlama sağlarlar (Maffei ve Fusi, 2016, s. 217). Bu noktadan hareketle, çalışmamızda duygu düzenleme güçlüğü ile borderline kişilik bozukluğu arasında anlamlı bir ilişkinin olması ve madde kullanım bozukluğu olan grubun hem DDGÖ hem de BKE toplam puanlarının kontrol grubundan yüksek olması, bu bulgu ile uyumludur. Madde kullanım bozukluğu olan grubun kısa süreli duygusal rahatlama sağlamak için madde alımına başvurduğu ve bunun da işlevsel bir davranış biçimi olmadığı sonucuna varılabilir.

Chapman ve arkadaşlarının (2005) tutuklu kadınlardan oluşan bir örneklem üzerinde yaptıkları çalışmanın sonucu düşünce baskılanması, deneyimsel kaçınma ve kaçınarak başa çıkma ile birlikte borderline kişilik bozukluğu özellikleri arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Dahası, bir başka çalışmada, Millon Klinik Çok Eksenli Envanteri (MCMI-III) ile borderline kişilik bozukluğu skorlarının, inkar, kendi kendine dikkat dağıtma, davranışsal ayrılma ve alkol/uyuşturucu kullanımı dahil olmak üzere önleyici baş etme stratejileri ile orta derecede pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur. Madde kullanım bozukluğu olan bireyler ile yapılan bir çift çalışması, borderline kişilik bozukluğunun varlığının deneyimsel kaçınma ile ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Diğer bir çalışmada ise, borderline kişilik bozukluğu olan madde kullanıcılarının önleme/kaçma ve baş etme stratejilerinin kullanımının, borderline kişilik bozukluğu olmayan madde kullanıcıları ile karşılaştırıldığında daha fazla olduğu bildirilmiştir (Chapman vd., 2011, s. 37-38). Çalışmamızın bulguları da literatürle uyumluluk göstermektedir.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırmanın temel bulgusu madde kullanım bozukluğu olan hastaların duygu düzenleme güçlüğü ve borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin, kontrollerine göre daha yüksek olmasıdır. Bu bulgu literatürde yer alan araştırmalarla da desteklenmektedir. Yine araştırmadan elde edilen bulgulara göre duygu düzenleme güçlüğü ve borderline kişilik bozukluğu özellikleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Diğer bir deyişle, duygu düzenleme güçlüğü borderline kişilik bozukluğu özelliklerini anlamlı bir şekilde yordadığıdır.

Gruplar cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi açısından eşleştirilmiştir. Toplumda madde kullanım bozukluğu için genç yaş, düşük eğitim düzeyi, erkek cinsiyet, bekar ve boşanmış olma, iş durumu gibi risk faktörlerinin olduğu bilinmektedir (Öztürk vd., 2015, s. 99-104). Araştırmamızda madde kullanım bozukluğu olan grubun ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet ve eğitim açısından farklılaşmaması karşılaştırma verilerinin güvenilirliğini arttırmaktadır. Bu bağlamda her iki grupta karıştırıcı risk etkenlerinin (cinsiyet, yaş ve eğitim düzeyi) birbirinden istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılaşmıyor olması da araştırmamızın güçlü yanlarından biridir.

Madde kullanım bozukluğu olan hastaların, madde kullanım bozukluğu olmayanlardan birtakım farklı özellikleri vardı. Serbest meslekte çalışma durumu daha yüksekti, şehir merkezinde yaşamakta ve gelir durumları daha yüksek seviyede idi. Madde kullanım bozukluğu olan vakalarda ayrıca ek psikiyatrik tanının varlığı anlamlı derecede daha yüksekti.

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktaydı. Araştırmaya yalnızca yatarak tedavi gören madde kullanım bozukluğu olan hastalar dahil edildi. Ayaktan tedavi alan, hiç tedavi almayan veya tedaviyi yarıda bırakan hastalar çalışma dışı tutuldu. Hastaların bir oranının ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip olmaları, hastalar tarafından doldurulan ölçeklerdeki soruları doğru anlayıp, değerlendirme yapmaları bakımından bir kısıtlılık oluşturabilir. Buna ek olarak, hastaların bir kısmı ölçekteki soruları okuyamadıkları ve yeterince anlayamadıklarını ifade ettiler. Hastalara ölçekte yer alan sorular tek tek okunmuş ve açıklanmış olup, uygun seçeneği işaretlemeleri sağlanmıştır. Ancak yine de hastaların soruları doğru bir şekilde algılayıp, cevap verdikleri konusu bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

Çalışmamızda kadınların oranı son derece düşüktü. 128 vakadan sadece 8 tanesi kadındı. Çalışmaya madde kullanım bozukluğu tedavisi gören 4 kadın ile, 4 sağlıklı gönüllü

kadın alındı. Gelişmekte olan birçok ülkede madde kullanım bozukluğunun yaygınlığı erkeklerde, kadınlara kıyasla daha yüksektir. Çalışmamızda da kadın sayısının oldukça düşük olmasına yol açan etken olarak bu durumun varlığı gösterilebilir. Çalışmamız ayrıca özel bir hastanede yatarak tedavi gören hastalar üzerinde yürütülmüştür. Bu nedenden ötürü ortaya çıkan veriler daha çok ayaktan tedaviye cevap alınamayan ağır hastalar üzerinden toplanmıştır ve bu verilerin popülasyona genellenmesi söz konusu olmayabilir.

Borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin madde kullanım bozukluğunu etkileyebileceğine ilişkin bazı bulgular mevcuttu. Bu noktadan hareketle edindiğimiz sonuçların madde kullanım bozukluğunun ortaya çıkış zamanından ileriye dönük bir takip araştırması biçiminde ele alınması lazımdır. Dolayısıyla mevcut verileri ele alarak bir neden sonuç ilişkisi kurabilmek olası değildir.

Madde kullanım bozukluğu tedavisi gören vakalarda duygu düzenleme güçlüğü ve borderline kişilik bozukluğu özelliklerini göz önüne alarak yaptığımız çalışmada, madde kullanım bozuklukları tedavisi ile ilgilenen klinisyenlerin büyük oranda ek psikiyatrik tanıları mutlaka ele almaları ve tedavi planlarını bu bağlamda düzenlemeleri yerinde olacaktır.

Araştırmada madde kullanım bozukluğu olan vakalarda erkek cinsiyeti, düşük yaş ve eğitim düzeyi risk faktörleri olarak saptanmış olup, ruh sağlığı çalışanlarının risk grubunda bulunan kişilere madde kullanım bozuklukları hakkında bilgi ve eğitim vermeleri önerilebilir. Günden güne önemli bir problem haline dönüşen madde kullanım bozukluğu ile mücadelede gençlerin bilgilendirilmesi ve madde kullanımının zararlarına ilişkin hazırlanan eğitim planlarının yaygınlaştırılması önem taşır.

Çalışmanın bulgularına bütün olarak bakıldığında, madde kullanım bozukluğunda borderline kişilik bozukluğu özelliklerine bakılması ve yanı sıra duygu düzenleme güçlüğü de borderline kişilik bozukluğunun odak noktası yapacak araştırmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak; borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin ve duygu düzenleme güçlüğüünün madde kullanım bozukluğu süreci üzerinde etkilerinin olabileceği sonucuna varılmıştır. Madde kullanım bozukluğunun sağaltımında eşanılar mutlaka değerlendirilmeli ve sağaltım bu doğrultuda düzenlenmelidir. Bu konu hakkında geniş çaplı hasta gruplarında daha uzun süreli izleme araştırmaları gerçekleştirilerek eşanıların prognoz, sağaltım ve önleme üzerindeki tesirlerinin detaylı şekilde çalışılmasının gerekli olduğu söylenebilir.

## KAYNAKÇA

- Akdur, S. ve Aslan, B. (2017). Duygusal zeka ile ilişki doyumu arasında duygu düzenleme güçlüğü ve romantik kıskançlığın aracı rolü. *Nesne Psikoloji Dergisi (NPD)*, 5(9), 71-88.
- Akkuş, D., Karaca, A., Şener, D. K. ve Ankaralı, H. (2017). Lise öğrencileri arasında sigara ve alkol kullanma sıklığı ve etkileyen faktörler. *Anadolu Kliniği*, 22(1), 36-45.
- Aksoy, A. ve Ögel, K. (2003a). Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 226-236.
- Aksoy, A. ve Ögel, K. (2005b). Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 163-169.
- Akgül, A. ve Çevik, O. (2003). *İstatistiksel analiz teknikleri* (ss. 495). Ankara: Emek Ofset.
- Akın, E. (2016). *Borderline Şiddet Değerlendirme Ölçeği Türkçe versiyonunun (Türkçe best) geçerlik, güvenilirliği ve faktör yapısı* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. ve Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev. Elsevier B. V.*, 30(2), 217-237.
- Altındağ, A., Özkan, M. ve Oto, R. (2001). İnhalanla ilişkili bozukluklar. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*. 11, 143-148.
- Ançel, G., Durmuş, Ö. ve Doğaner, G. (2010). Borderline Kişilik Bozukluğu: *Tedavi ve Hemşirelik Bakımı*. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 1(3), 133-138.
- Anlı, İ. ve Bahadır, G. (2007). Kendilik psikolojisine göre narsisistik ve sınır kişilik bozukluğu. *Psikoloji Çalışmaları*, 27(0), 1-12.
- American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (1980). Washington, DC: APA.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-IV)*. (2000). (4. Baskı). (E. Köroğlu Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5)*. (2013). (5. Baskı). (E. Koroğlu, Çev.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Arabacı, L. B., Taş, G. ve Dikeç, G. (2017). Çocuk ve ergenlerde madde kullanımı, suçta yönelme, ruhsal bozukluklar ve hemşirelik bakımı. *Bağımlılık Dergisi*, 18(4), 135-144.
- Arıkan, Z. (2011). Madde bağımlılığı, düzelme (remisyon), nüks (relaps) ve önlenmesi. Z. Arıkan ve N. Dilbaz (Ed.), *Madde bağımlılığı tanı ve tedavi kılavuzu el kitabı*, (ss. 243-258). T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Arias, A. J., Gelernter, J., Chan, G. vd., (2008). Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. *Addictive Behaviors*, 33, 1199-1207.
- Ateşçi, F. Ç., Kuloğlu, M., Tezcan, E. ve Yıldız, M. (2002). İntihar girişimi olan bireylerde birinci ve ikinci eksen tanıları. *Klinik Psikiyatri*, 5, 22-27.
- Aydemir, Ö., Demet, M. M., Danacı, A. E. vd., (2006). Borderline kişilik envanterinin Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8, 7-10.
- Bağırov, A. (2014). *Bipolar bozukluk tanılı hastaların alkol-madde kullanımı, karakter ve mizaç özelliklerinin incelenmesi* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Marmara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Baharudin, A., Anuar, L., Saini, S. vd., (2013). Psychiatric comorbidity among community-based, treatment seeking opioid dependents in Klang Valley. *Sains Malaysiana*, 42(3), 417-421.
- Başkurt, İ. (2003). Gençlik, madde bağımlılığı ve korunma yolları. İ.Ü. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 8, 73-114.
- Bateman, A. ve Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 166, 1355-1364.
- Bayram, M. (2013). *İnsan hakları açısından madde bağımlılığının değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

- Becerra, R., Cruise, K. , Murray, G. vd., (2013). Emotion regulation in bipolar disorder: are emotion regulation less compromised in euthymic bipolar disorder than unipolar depressive or anxiety disorders. *Open Journal of Psychiatry*, 3, 1-7.
- Belli, H., Ural, C. ve Akbudak, M. (2013). “Borderline kişilik bozukluğu” duygudurum dengeleyicilerinin tedavideki yeri. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26, 72-79.
- Bilici, R., Uğurlu, G. K., Tufan, E. vd., (2012). Bir Bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi*, 17(4), 223-227.
- Bircan, S. ve Erden, G. (2011). Madde bağımlılığı: aile ile ilgili olası risk faktörleri, algılanan ebeveyn kabul-reddi ve çocuk yetiştirme stilleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 18(3), 211-222.
- Bölek, S. (2013). *Opiyat bağımlılığı tedavisinin madde kullanımı, yaşam kalitesi ve işlevsellik üzerine etkilerinin incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Brazier, J., Tumor, I. , Holmes, M. , vd., (2006). Psychological therapies including dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder: A systematic review and preliminary economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 35(10), 1-6.
- Bulut, M., Savaş, H. A., Cansel, N. vd., (2006). Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 65-70.
- Büyükcıçek, Ö., Tuğal, Ö., Cengisiz, C. vd., (2014). Sigara bırakma merkezine başvuranlarda kişilik özellikleri. *Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 2(1), 1-4.
- Can, Y., Anlı, İ., Evren., C. ve Usta, Ö. (2017). Patolojik narsisizm ve alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişki. *Addicta: The Turkish Journal On Addictions*. 4, 119-135.
- Chagnon, J. Y. (2012). Sınır durumlar: Çağdaş Fransız psikanalitik yaklaşımı (L. Mete, Çev.). *Yansıtma Psikopatoloji ve Projektif Testler Dergisi*, 17, 9-21.
- Carpenter, R. W. ve Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Curr Psychiatry Rep*, 15(1), 1-13.

- 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.
- Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Dixon-Gordon, K. L. vd., (2017). Borderline personality disorder and the effects of instuced emotional avoidance or acceptance in daily life. *Journal of Personality Disorders*, 31(4), 483-502.
- Charles, N. E., Mathias, C. W., Acheson, A. vd., (2015). Increased pre-and-early-adolescent stress in youth with a family history of substance use disorder and early substance use initiation. *J Youth Adolescence*, 44, 1954-1967.
- Chen, H. (2016). A Theoretic review of emotion regulation. *Open Journal of Social Sciences*, 4, 147-153.
- Clark, C. A. C., Skowron, E. A., Giuliano, R. J. ve Fisher, P. A. (2016). Intersections between cardiac physiology, emotion regulation and interpersonal warmth in preschoolers: Implications for drug abuse prevention from translational neuroscience. *Drug and Alcohol Dependence*, 163, 60-69.
- Clarkin, J. F. (2012). *Kernberg günleri I "borderline kişilik bozukluğunda aktarım odaklı psikoterapi" atölye çalışması metinleri* (1. Baskı). T. Özakkaş (Ed.), (ss. 25). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Colpaert, K., Vanderplasschen, W., de Maeyer, J. ve Broekaert, E. (2012). Prevalence and determinants of personality disorder in a clinical sample of alcohol, drug and dual-dependent patients. *Substance Use & Misuse*, 47, 649-661.
- Çalışır, M. (2008). Sınırdaki kişilik bozukluğu aslında Bir Bipolar Spektrum Bozukluğu Mudur? *Klinik Psikiyatri*, 11, 143-152.
- Dalkılıç, A., Yılmaz, H. B., Unlu, A. ve ark. (2013). Risk factors for suicidal ideation among high school students in İstanbul. *Adolescent Psychiatry*, 3, 102-113.
- Dankı, D., Dilbaz, N., Okay, T. ve ark. (2005). Madde kullanımına bağlı gelişen psikotik bozuklukta atipik antipsikotik tedavisi: *Bir Gözden Geçirme*. *Bağımlılık Dergisi*, 6, 136-141.



- Darçın, A. E., Nurmedov, S., Noyan, C. O. ve ark. (2015). Özel bir bağımlılık merkezinde yatarak tedavi gören hastalarda psikiyatrik eş tanının bağımlılığın seyri ile ilişkisi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28, 196-203.
- Davison, G. C. ve Neale, J. M. (2004). *Anormal psikolojisi* (7. Baskı) .(İ. Dağ, Çev.) (ss. 304-327). Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları, (Orijinal çalışma basım tarihi 1998.).
- Deniz, D. (2017). Kişilik bozukluklarında tanı güvenilirliği ve cezai sorumluluk. *Adli Tıp Bülteni*, 22, 124-129.
- Derryberry, D. ve Rothbart, M. K. (1988). Arousal, affect and attention as components of temperament. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 55, 958-966.
- Dilbaz, N., Madde bağımlılığında korunma ve tedavi ilkeleri. Z. Arıkan ve N. Dilbaz Ed.), *Madde bağımlılığı tanı ve tedavi kılavuzu el kitabı*, (ss. 47-49). T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Dimeff, L. ve Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13.
- Di Sclafani, V., Finn, P. ve Fein, G. (2007). Psychiatric comorbidity in ong-Term Abstinent Alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*, 31(5), 795-803.
- Dişsiz, M. (2012). *Alkol ve madde bağımlılığının kadının yaşam kalitesi ve cinsel yaşamı üzerine etkisi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Duy, B. ve Yıldız, M. A. (2014). Ergenler için duygu düzenleme ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 5(41), 2014, 23-35.
- Elmas, H. G., Cesur, G. ve Oral, E. T. (2017). *Aleksitimi ve patolojik kumar: Duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü*. Türk Psikiyatri Derneği, 28(1), 17-24.
- Eren, N. (2010). Ağır kişilik bozuklukları ve hemşirelik girişimleri-bölüm II. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 86-95.
- Evren, C. E. (2004). Alkol/madde kullanım bozukluğunda kişilik bozukluğu ek tanısı: Bir gözden geçirme. *Klinik Psikiyatri*, 7, 111-119.

- Evren, C., Kural, S. ve Erkiran, M. (2006). Antisocial personality disorder in Turkish substance dependent patients and its relationship with anxiety, depression and a history of childhood abuse. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 43(1), 40-46.
- Fischer, B., Russell, C., Sabioni, P. vd., (2017). Lower-risk cannabis use guidelines: A comprehensive update of evidence and recommendations. *Am J Public Health*, 8, 107.
- Fox, H. C., Hong, K. A. ve Sinha, R. (2008). Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers. *Addictive Behaviors*, 33, 338-394.
- Gargari, G. S. (2015). *Dokuz Eylül Üniversitesi'nde öğrenim gören üç farklı fakülte öğrencilerinin alkol ve madde bağımlılığına yönelik damgalamaları* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Gratz, K. L. ve Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1(26), 41-54.
- Gratz, K. L. ve Tull, M. T. (2010a). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness- based treatments. R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, (ss. 2). Oakland: New Harbinger Publications.
- Gratz, K. L. ve Tull, M. T. (2010b, December). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognit Ther Res.*, 34(6), 544-553.
- Gross, J.J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2001b) Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214-219.
- Gross, J. J. ve Jazaieri, H., Emotion, emotion regulation and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychology Science*, 2(4), 387-401.

- Guliyev, C. (2012). *Opiyat bağımlılığı tedavisinin erken dönemdeki başarısını öngören faktörlerin belirlenmesi* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny and diagnosis. *Am J Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Güleç, G., Köşger, F. ve Eşsizoglu, A. (2015). DSM-5'te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 448-460.
- Gülgez, Ö., ve Gündüz, B. (2015). Diyalektik davranış terapisi temelli duygu düzenleme programının üniversite öğrencilerinin duygu düzenleme güçlüklerini azaltmadaki etkisi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 44(2), 191-208.
- Gümüş, İ., Kurt, M., Ermurat, D. G. ve Feyatörbay, E. (2011). Lise öğrencilerinin madde bağımlılığı konusunda bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin belirlenmesi (Erzurum örneği). *Ekev Akademi Dergisi*, 15(48), 321-333.
- Gürdal, C., Sevi Tok, E. S. ve Sorias, O. (2017). Erken kayıplar, bağlanma, mizaç-karakter özellikleri ve duygu düzenlemenin psikopatoloji gelişimi üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 28, 1-13.
- Gürgen, A. (2017). *Alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda çocukluk çağı travmaları ve duygu düzenleme güçlüğü'nün araştırılması: Kesitsel kontrollü çalışma* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Havassy, B. E., Alvidrez, J. ve Owen, K. K. (2004). Comparisons of patients with comorbid psychiatric and substance use disorders: Implications for treatment and service delivery. *Am J Psychiatry*, 161, 139-145.
- Herken, H., Bodur, S. ve Kara, F. (2000). Üniversite öğrencisi kızlarda madde kullanımı ile kişilik ve ruhsal belirti ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 3, 40-45.
- 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.

- İnce, M. A. (2012). *Cognitive aspects of personality disorders: Influences of basics personality traits, cognitive emotion regulation, and interpersonal problems* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Middle East Technical University,
- Karaağaç, H., Usta, Z. E. , Usta, A. , Yarmalı, M. G. ve Gödekmerdan, A. (2017). Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sosyo-demografik özelliklerinin retrospektif analizi. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30, 251-257.
- Karaçam, Ö. ve Totan, T. (2014). Ege Üniversitesi öğrencileri arasında bağımlılık yapıcı madde kullanımının çok boyutlu ölçekleme yöntemiyle incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15, 116-123.
- Karadeniz, H., Ketenci, H.Ç., Boz, H. vd., (2016). Ergenler arasında çakmak gazı soluma sonucu ani ölüm: Olgu sunumu. *Adli Tıp Bülteni*, 21(1), 55-58.
- Karagöz, B. ve Dağ, İ. (2015). Kendini yaralama davranışlarında çocukluk dönemi istismarı ve ihmali ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki: Alkol ve/ya madde bağımlısı bir grupta kendini yaralama davranışının incelenmesi. *Arch Neuropsychiatr*, 52, 8-14.
- Karagöz, Y. (2014). *SPSS 21.1 uygulamalı biyoistatistik* (ss. 698). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karakuş, G., Evlice, Y. E. ve Tamam, L. (2012). Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 37(1), 37-48.
- Karatay, G. ve Kubilay, G. (2004). Sosyoekonomik düzeyi farklı iki lisede madde kullanma durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 1(2), 57-70.
- Kernberg, O. F. (1975a). *Borderline conditions and pathological narcissism* (ss. 3). New York: Jason Aronson.
- Kernberg, O.F. (2013b) *Borderline yetişkin psikoterapisinde yeni bakış açıları* (1. Baskı). (F. A. Çamkerten ve N. Gazioğlu, Çev.). James F. Masterson (Ed.), (ss. 71-94). İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları: 10.

- Kılıç, F. S. (2016). Bağımlılık ve uyarıcı maddeler. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38, 55-60.
- Kim, S. (2011). *Dynamics of emotional responses and emotion regulation during multistage waiting* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Purdue University, West Lafayette, Indiana.
- Koole, S. L. (2009). The psychology emotion regulation: An integrative review. *The Psychology Press*, 23(1), 24-41.
- Kruger, D. M., Benzano, D., Reppold, C. T. vd., (2016). Personality disorder and substance related disorders: A six-month follow-up study with a Brazilian sample. *J Bras Psiquiatr*, 65(2), 127-34.
- Kutlu, Y. (2011). Kadının madde kullanımı ve bağımlılığı. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 90-93.
- Leahy, R. L., Tirsch, D. ve Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy* (ss. 2-3). New York: Guilford Press.
- Lewis, K. L. ve Grenyer, B. (2009). Borderline personality or complex posttraumatic stress disorder? An update on the controversy. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(5), 322-328.
- Liang, A. C. (2009). Pyschopathy and elements of impulse control in a sample of incarcerated men (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Alliant International University.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. (ss. 44-262). New York: The Guildford Press.
- Linehan, M. M. (1997b). *Validation and Psychotherapy*. In A. Bohart ve L. Greenberg (Ed.), *Empathy Reconsidered: New Directions in Psychotherapy* (ss. 355-392). Washington DC: American Psychological Association.
- Masterson, J. F. (2008a). *Bağlanma kuramı ve nörobiyolojik kendilik gelişimi açısından kişilik bozuklukları* (H. Şentürk, Çev.) (ss. 51-52). İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Masterson, J. F. (2015b). *Kişilik bozuklukları* (2. Baskı). (B. T. Bozkurt ve T. V. Soylu, Çev.) (ss. 22-23), (Orijinal çalışma basım tarihi 2008.). İstanbul: Litera Yayıncılık.

- Mavili, S. (2017). *Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin bağımlılık yapıcı madde kullanım durumları*. (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Mellos, E., Liappas, I. ve Papariagopoulos, T. (2010). Comorbidity of personality disorders with alcohol abuse. *In Vivo*, 24, 761-770.
- Messina, N. P., Wish, E. D. ve Nemes, S. (1999). Therapeutic community treatment for substance abusers with antisocial personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 121-128.
- Moors, A. (2009). Theories of emotion causation: A review. *Cognition and Emotion*, 23(4), 625-662.
- Mutlu, E. (2018). Madde bağımlılığı ve insan evrimi. *Bağımlılık Dergisi*, 19(1), 17-22.
- National collaborating centre for mental Health, borderline personality disorder: Treatment and management* (2009), (ss. 15). Leicester: The British Psychological Society and The Royal Collage of Psychiatrists.
- 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.
- Ogloff, J. R. P., Talevski, D., Lemphers, A., Wood, M. ve Simmons, M. (2015). Co-occurring mental illness, substance use disorders and antisocial personality disorder among clients of forensic mental health services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(1), 16-23
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*, 163(1), 20-26.
- Oray, N. Ç. (2006). *Sedatif-hipnotik ilaç alımları: 12 yıllık analiz* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Oruçlular, Y. (2016). Sınırdaki Kişilik Bozukluğu'nun nedeni ve sonucu olarak kişilerarası travma: Gözden geçirmeye dayalı bir model önerisi. *Türk Psikoloji Yazıları*, 19(37), 76-88.

- Öğünç, N. E. ve Eren, N. (2012). Borderline kişilik bozukluğu gösteren hastalarda psikodinamik grup psikoterapi sürecinin nesne ilişkileri üzerine etkileri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(1), 30-37.
- Ögel, K. (2005a). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 1(47), 61-64.
- Ögel, K. (2010b). *Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme.* (s. 6). İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Öner, H., Tamam, L., Levent, B. K. ve Öner, S. (2002). Alkol bağımlılığı olan yatan hastalarda eksen I ve eksen II eştanılarının değerlendirilmesi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 12, 14-22.
- Öner, Ö., Ergüder, T., Çakır, B. vd., (2013). Ergenlerin bildirdiği dürtüsellik belirtileri ve ruhsal sorunlar: Epidemiyolojik bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(1), 35-43.
- Özçürümez, G., Tanrıverdi, N. ve Zileli, L. (2002). Sınır kişilik organizasyonu temelinde narsisistik kişilik bozukluğu ve yapay bozukluk: Psikanalitik psikoterapi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 152-160.
- Öztürk, M. O. ve Uluşahin, A. (2008). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (ss. 572-725). (11. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- 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.
- Petin, B. (2014). *Denetimli serbestlik kapsamında madde bağımlılığı için tedaviye yönlendirilen olguların algıladıkları aile desteğinin tedaviye etkisi ve ailelerinde psikiyatrik tanı varlığı* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı.
- 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.
- Poole, N. ve Dell, C. A. (2005). Girls, women and substance use. *Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA) Ottawa*, 1-15.

- Richetin, J., Preti, E., Constantini, G. ve Panfilis, C. (2017). The centrality of affective instability and identity in borderline personality disorder: Evidence from network analysis. *PLOS ONE*, 12(10), 1-14.
- Rugancı, R. N. (2008). *The relationship among attachment style, affect regulation, psychological distress and mental construction of the relational world* (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Orta Doğu Teknik Üniversitesi Psikoloji Bölümü.
- Saatçioğlu, Ö., Evren, C. E. ve Çakmak, D. (2003). 1998-2000 yılları arasında yatarak tedavi gören alkol ve madde kullanımı olan olguların değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4, 109-117.
- Sağar, M. E. (2014). *Lise öğrencilerinin madde bağımlılığına yönelik tutumları ile yaşam doyumu arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Atatürk Üniversitesi.
- Sargın, A. E. ve Sargın, M. (2015a). Bir gözden geçirme: Sınırdaki kişilik bozukluğu ve diyalektik davranışçı terapi. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(4), 38-46.
- Sargın, M. ve Sargın, A. E. (2015b). “Yaşamaya değer bir hayat” için: diyalektik davranışçı terapinin gelişimi ve temel ilkeleri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(2), 64-70.
- Scott, L. N., Kim, Y., Nolf, K. A. vd., (2013). Preoccupied attachment and emotional dysregulation: Specific aspects of borderline personality disorder or general dimensions of personality pathology? *J Pers Disord.* 27(4), 473-495.
- Sheppes, G., Suri, G. ve Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annu Rev. Clin. Psychol*, 11, 379-405.
- Sümengen, Ş. (2007). *Ekstazi analizi ve amfetamin türevleri için tayin yöntemi geliştirilmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Tan, M., Arıkan, D., Özdemir, F. K. ve Şahin, Z. A. (2011). Kapalı mekanlarda sigara içme yaşağının hemşirelik öğrencilerinin sigarayı bırakma durumlarına etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(3), 47-51.



- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.
- Tangör, A. (2003). *Sınır durumunda yaşamak borderline* (1. Baskı). (ss. 18-19). İstanbul: Ataman Tangör ve GENDAŞ A. Ş.
- Tice, D. M., Bratslavsky, E. ve Baumeister, R. F. (2001). Emotional distress regulation takes precedence over impulse control: If you feel bad, do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53-67.
- Topal, İ. O., Güngör, Ş., Kamalı, G. H. vd., (2017). Kokainle ilişkili Lökositoklastik Vaskülit. *Astım Alerji İmmünoloji*, 15, 103-106.
- Trull, T., 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.
- Tot, Ş., Yazıcı, K., Yazıcı, A. E. vd., Mersin Üniversitesi öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım yaygınlığı ve ilişkili özellikler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 227-231.
- Turhan, E., İnandı, T., Özer, C. ve Akoğlu, S. (2011). Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 33-44.
- UNDCP (United Nations International Drug Control Programme). *World drug report* (2000), (ss. 89). New York: Oxford University Press.
- Uzbay, İ. T. (2009). *Madde bağımlılığı*. Türk Eczacıları Birliği Yayını/Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 21-22. 31. 07. 2017, [www.teb.org.tr/versions/61](http://www.teb.org.tr/versions/61).
- Ünal, M. (1991). Madde bağımlılığında ve alkolizmde aile. *Aile ve Toplum*, 1, 2.
- Ünlü, A. ve Evcin, U. (2014). 2008 ve 2010 yılları arasında İstanbul Bağcılar ilçesinde gençler arasında madde kullanım yaygınlığı, risk ve koruma faktörlerinin değerlendirilmesi. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(3), 127-140.
- Vatandaş, C., Can, B., Mahitapoğlu, H. vd., (2015). *Türkiye’de gençlik ve uyuşturucu madde sorunu* (11. Baskı). (ss. 34-66). İstanbul: SEKAM Yayınları.

- Vega, W. A., Sribney, W. M. ve Achara-Abrahams, I. (2003). Co-occurring alcohol, drug and other psychiatric disorders among Mexican-origin people in the United States. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1057-1064.
- Videbeck, S. L. (2001). *Psychiatric mental health nursing* (Beşinci Baskı). (ss. 332). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkin.
- Yalçın, M., Eşsizoglu, A., Akkoç, H. vd., (2009). Dicle Üniversitesi öğrencilerinde madde kullanımını belirleyen risk faktörleri. *Klinik Psikiyatri*, 12, 125-133.
- Yancar, C. (2005). *Madde bağımlılarında ikinci eksen komorbidite ve kişilik özelliklerinin bağımlılık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 11. Psikiyatri Birimi.
- Yeğenoğlu, S. (1999). *Madde bağımlılığının önlenmesinde eczacıların rollerinin iyileştirilmesine yönelik bir araştırma* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F. ve Kernberg, O. F. (2016). *Borderline kişilik bozukluğu için aktarım odaklı psikoterapi klinik bir rehber* (1. Baskı). (ss. 23-41). (M. Kamer, Çev.). (Ed.). T. Özakkaş, İstanbul: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları.
- Yıldırım, B., Engin, E. ve Yıldırım, S. (2011). Alkol ve madde bağımlılarında yalnızlık ve etki eden faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 25-30.
- Yıldız, M. (2014). *Opiyat bağımlılarının sosyodemografik ve kişilik özelliklerinin göç ile ilişkilendirilmesi* (Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi), Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Yılmaz, A., Can, Y., Bozkurt, M. ve Evren, C. (2014). *Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depresme*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 243-256.
- Young, J. E., Klosko, J. S. ve Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide* (ss. 41). New York: The Guildford Press.

- Yüncü, Z., Kesebir, S., Özbaran, B., Çelik, Y. ve Aydın, C. (2009). Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatoloji ve mizaç: Kontrollü bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(1), 5-13.
- Zadeh, M. D. ve Damavandi, A. J. (2010). The incidence of personality disorders among substance dependents and non-addicted psychiatric clients. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5, 781-784.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J. vd., (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6 –year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry*, 161, 2108-2114.
- Zor, C. (2005). *Ortaöğretim öğrenci ailelerinin uyuşturucu madde kullanımının zararları ile korunma yolları hakkındaki görüşleri* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Zorlu, N., Türk, H., Manavgat, A. İ. vd., (2011). Denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastalarda sosyodemografik, klinik özelliklerin ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 253-257.
- World Health Organisation. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 th Revision (ICD-10)*. (1992). (ss. 159-160). Geneva: Who.

## EKLER

### Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

T.C. Beykent Üniversitesi

Sosyal Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Esra Keskin tarafından yürütülen “Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Alan Hastalarda Duygu Düzenleme Güçlüğü ve Borderline Kişilik Bozukluğu Özelliklerinin Değerlendirilmesi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmanın amacı madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin duygu düzenleme güçlüğü göz önünde bulundurularak, duygu düzenleme güçlüğü, madde kullanım bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu özellikleri arasındaki ilişkinin ele alınmasıdır. Bu amaçla madde kullanım bozukluğu tanısı almış bireylerin borderline kişilik bozukluğu özellikleri ve duygu düzenleme güçlüğü durumlarının madde kullanım bozukluğu tanısı almamış kişilerle karşılaştırılarak, anlamlı biçimde farklılaşp farklılaşmadığı incelenecektir. Araştırmada sizden tahminen 30 dakika (süreyi saat veya dakika olarak belirtebilirsiniz) ayırmanızı istenmektedir. Araştırmaya sizin dışınızda tahminen 150 kişi katılacaktır. <sup>1</sup> Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**; ancak verileriniz yayın amacı ile kullanılabilir. İletişim bilgileriniz ise sadece iznimize bağlı olarak ve farklı araştırmacıların sizinle iletişime geçebilmesi için “ortak katılımcı havuzuna” aktarılabilir. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya keskinesra89@gmail.com e-posta adresi veya 0 539 256 77 88 numaralı telefondan ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

---

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda yeterli güven verildi.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının <sup>2</sup>:

Adı-Soyadı:.....

İmzası: İletişim Bilgileri: e-posta:

Telefon:

İletişim bilgilerimin diğer araştırmacıların benimle iletişime geçebilmesi için “ortak araştırma havuzuna” aktarılmasını;  kabul ediyorum  kabul etmiyorum (lütfen uygun seçeneği işaretleyiniz)

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin:

Veli veya Vasisinin

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

Araştırmacının

Adı-Soyadı:..Esra

Keskin.....

İmzası:

Şahidin:<sup>3</sup>

Adı-Soyadı:.....

İmzası:

---

<sup>1</sup>Bu cümle yalnızca bir örnek olup bu cümlede araştırmanın amacının ve gerekiyorsa nasıl yapılacağı (örneğin psikometrik test mi, öyle ise kaç soru sorulacağı veya kaç ölçekten oluştuğu; ses kaydı, görüntü alımı, gözlem gibi işlemleri mi içerdiği ve ne kadar süreceği gibi) 3 cümleyi geçmeyecek şekilde kısaca anlatılması beklenilmektedir.

<sup>2</sup>İmza bölümünde ideal olan katılımcının kendisinin imzasının alınmasıdır. Bu durumda onam formunu katılımcı ve araştırmacı imzalar. Katılımcının araştırmaya bireysel olarak katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda şahide ihtiyaç doğar ve bu durumda araştırmacı ve katılımcı yerine şahidin imzalarının olması yeterlidir.

Verilerin yüz yüze iletişim içermeyen; a) İnternet ortamında toplanması durumunda katılımcıların uygulama materyallerine erişebilmesi için, online sistemde sunulan bilgilendirilmiş onam formunu okuyup araştırmaya katılmayı onayladıklarına dair ilgili kutucuğu işaretlemeleri gerekmektedir. Bu işaretleme katılımcıların onam imzaları yerine geçer. Katılımcılar onam formunun sonundaki “araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair” ilgili kutucuğu işaretlemedikleri takdirde onay vermemiş sayılırlar ve bu durumda araştırmaya devam edilmez. b) Telefonla uygulamalarda ise araştırmacı araştırma sorularına geçmeden önce Bilgilendirilmiş Onam Formundaki bilgileri katılımcıya sesli olarak okur. Bu durumda katılımcının sözlü onayı imza yerine geçer. Telefonda bu sözlü onay alınmadığı takdirde uygulamaya geçilmez. Hem İnternet, hem telefon hem de benzeri yüz yüze iletişimin olmadığı ortamlarda yapılan uygulamalarda katılımcı onay vermediği takdirde bir şahidin onayına başvurulmaksızın uygulamaya devam edilmez.

Eğer veriler okullarda, kurumlarda vb. ortamlarda aynı anda birden fazla kişiden grup uygulaması şeklinde toplanacaksa, yine tercihen tüm katılımcıların onam formlarını bireysel olarak imzalamaları istenir. Ancak katılımcı sayısının fazlalığı ve bununla birlikte zamanın kısıtlılığı gibi durumlar söz konusu olduğunda araştırmacı tüm gruba onam formundaki bilgileri tek seferde sözlü olarak okumayı ve bir imza listesi dolaştırarak katılımcıların araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair bu listeye imza atmalarını tercih edebilir. Grup çalışmasında da tercih edilen katılımcının kendisinin imzasıdır, ancak araştırmacının etik kurula tanımlaması gereken ender durumlarda ise şahit, grup adına da imza atabilir. Fakat grup ortamında herkes çalışmaya katılmayı kabul etmeyebilir. Bu durumda sadece araştırmaya katılmayı isteyenlerin çalışmaya alınması ve bu kişiler adına toplu imza alınması gerekmektedir. (Çalışmanızda şahidin imzasını grup adına kullanmak istiyorsanız etik kurula koşullarını açıklamanız gerekmektedir).

<sup>3</sup>Şahit Kriterleri: Çalışmanın bir üyesi olmayan, araştırmacı tarafından belirlenen ve araştırmanın bulguları üzerinde herhangi bir olumlu/olumsuz etki yaratma olasılığı bulunmayan tarafsız yetişkinlerdir. Katılımcı araştırmaya katılmayı kabul edip onam formunu imzalamayı istemediği durumlarda araştırmacı onam formundaki bilgileri katılımcıya sözlü olarak okur. Katılımcı onayladığını sözlü olarak beyan ederse şahit de bu sözlü onam sürecine yazılı onam formunu imzalamak sureti ile şahitlik ettiğini beyan etmiş olur.

NOT: Araştırmacıdan, onam formunun imza kısmında bulunan ikili seçenekten çalışmasına uygun olan alternatifini yazması ve formda yer alan boşlukları çalışmasına uyarlamak yoluyla onam formuna son halini vermesi ve bu şekliyle formu göndermesi beklenilmektedir.



## Ek 2. Demografik Bilgi Formu

Aşağıda “Madde kullanım bozukluğu tedavisi alan hastalarda duygu düzenleme gücü ve borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin değerlendirilmesi” adlı çalışmada kullanılmak üzere size ve ailenize yönelik birtakım sorular yer almaktadır. Lütfen soruları eksiksiz olarak cevaplandırınız. Araştırmamıza katkınız için teşekkür ederim.

### 1- Yaş:

### 2- Cinsiyet:

- a)Kadın                      b)Erkek

### 3- Yaşadığınız yer:

- a)Şehir merkezi    b)İlçe merkezi    c)Köy/Kasaba

### 4- Göç durumu:

- a)İç göç    b)Dış göç    c)Yok

### 5- Eğitim durumunuz:

- a)Okur- yazar  
b)İlkokul mezunu  
c)Ortaokul mezunu  
d)Lise mezunu  
e)Üniversite mezunu  
f)Yüksek lisans/ doktora

### 6- Sağlık güvenceniz:

- a)Yok  
b)SGK  
c)Özel  
d)Diğer belirtiniz...

### 7-Anne-baba hayatta mı?

- a)Evet    b)Hayır    c)Yalnızca anne sağ    d)Yalnızca baba sağ

### 8-Hayatta iseler birlikte mi yaşıyorlar?

- a) Evet    b) Hayır

### 9-Gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- a)Alt/Yetersiz    b)Orta Alt    c)Orta Üst    d)Yüksek

### 10- Medeni Durumunuz:

- a)Bekar  
b)Evli  
c)Boşanmış/Ayrı Yaşama

**11- Kimlerle aynı evde yaşıyorsunuz?**

- a) Yalnız
- b) Anne ve baba
- c) Eş ve çocuklar ve büyük ebeveynler
- d) Arkadaş vs.

**12- Mesleğiniz nedir?**

- a) Öğrenci
- b) Memur
- c) İşçi
- d) Ev kadını
- e) Emekli
- f) Serbest

**13- Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık öykünüz var mı? Varsa belirtiniz.**

.....

**14- Hiç hayatınızda keyif verici madde kullandınız mı?**

- a) Evet
- b) Hayır

**15- Evet ise hangisi ya da hangilerini kullandınız? Belirtiniz.**

.....

**16- Evet ise ne kadar süre kullandınız. Yıl/ay/gün olarak belirtiniz.**

.....

**17- Evet ise ilk kullandığınız yaşı belirtiniz.**

.....



### Ek 3. Duygu Dzenleme Gçlçüğü Ölçęi

Aşağıdaki sorular insanların duygu gelişimleri ile ilgili özelliklerini belirlemeye yönelik olarak hazırlanmıştır. Hangi durumda nasıl hissettiğinizi ölçek üzerinde işaretleyiniz. Lütfen işaretlenmemiş madde bırakmayınız.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun olan ifadeyi işaretleyiniz. Yanıtlamak için çok zaman harcamayınız. Hızlı ve dürüstçe yanıt veriniz. Teşekkürler.	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Yaklaşık Yarı Yarıya	Çoğu Zaman	Hemen Hemen Her Zaman
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.					
2. Ne hissettiğimi dikkate alırım.					
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.					
4. Ne hissettiğim konusunda hiç fikrim yoktur.					
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
6. Ne hissettiğime dikkat ederim.					
7. Ne hissettiğimi tam olarak bilirim.					
8. Ne hissettiğimi önemserim.					
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım.					
10. Olumsuz duyguların hayatımda yeri yoktur.					
11. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendime kızarım.					
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.					
13. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					
14. Kendimi kötü hissettiğimde kontrolden çıkarım.					
15. Kendimi kötü hissettiğimde uzun süre böyle kalacağıma inanırım.					
16. Kendimi kötü hissetmemin yoğun depresif duyguyla sonuçlanacağına inanırım.					
17. Kendimi kötü hissettiğimde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.					
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					
19. Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.					
20. Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.					
21. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.					
22. Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.					
23. Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.					

24. Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolümün altındadır.					
25. Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.					
26. Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.					
27. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.					
28. Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapacağım hiçbir şey olmadığına inanırım.					
29. Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.					
30. Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.					
31. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.					
32. Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.					
33. Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.					
34. Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.					
35. Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem uzun zaman alır.					
36. Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.					

#### Ek 4. Borderline Kişilik Envanteri

Aşağıdaki maddeler sizin farklı durumlardaki duygu ve düşüncelerinizi sorgulamaktadır. Her bir maddenin sizi ne kadar iyi tanımladığını uygun şıkkı seçerek belirtiniz. Lütfen işaretlenmemiş madde bırakmayınız.

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

27. Bazen bedenim ya da bedenimin bir kısmı bana acayip veya değişmiş gibi görünür.		
28. İlişkiler çok ilerlerse, çoğunlukla koparma gereksinimi duyarım.		
29. Bazen birilerinin peşimde olduğu hissine kapılırım.		
30. Sık sık uyuşturucu kullanırım (esrar, hap gibi).		
31. Başkalarını kontrol altında tutmaktan hoşlanırım.		
32. Bazen özel biri olduğumu hissederim.		
33. Bazen dağılıyormuşum gibi hissederim.		
34. Bazen bana bir şeyin gerçekte mi yoksa yalnızca hayalimde mi olduğunu ayırt etmek zor gelir.		
35. Çoğu kez sonuçlarını düşünmeden içimden geldiği gibi davranırım.		
36. Bazen gerçek olmadığım duygusuna kapılırım.		
37. Bazen bedenim yokmuş ya da bir kısmı eksikmiş hissine kapılırım.		
38. Çoğu kez kabus görürüm.		
39. Çoğu kez başkaları bana gülüyormuş ya da hakkımda konuşuyormuş hissine kapılırım.		
40. Çoğu kez insanlar bana düşmanmış gibi gelir.		
41. İnsanların kendi düşüncelerini benim zihnime soktuklarını hissettiğim oldu.		
42. Çoğu kez gerçekten ne istediğimi bilmem.		
43. Geçmişte intihar girişiminde bulundum.		
44. Bazen ciddi bir hastalığım olduğuna inanırım.		
45. “Alkol, uyuşturucu ya da hap alışkanlığım vardır.” Eğer yanıtınız “DOğRU” ise aşığıdakilerden uygun olanları işaretleyiniz. a. Alkol b. Uyuşturucu c. Hap		
46. Bazen bir rüyada yaşıyormuş ya da yaşamım bir film şeridi gibi gözümün önünden geçiyormuş hissine kapılırım.		
47. Çoğu kez bir şeyler çalarım.		
48. Bazen öyle açlık nöbetlerim olur ki önüme gelen her şeyi silip süpürürüm.		
49. Aşığıdaki konularla ilgili sorulan sorularda çoğu kez kendimi rahatsız hissederim. a. Politika b. Din c. Ahlak (iyi-kötü)		
50. Bazen aklımdan birilerini öldürme düşüncesi geçer.		
51. Yasalarla başımın derde girdiği oldu.		
52. Yukarıdaki maddelerde anılan yaşantılardan herhangi birini ilaç etkisi altında yaşadığınız oldu mu? Eğer yanıtınız “evet” ise ilgili maddelerin numaralarını yazınız: (.....)		
53. Yukarıdaki maddelerde anılan yaşantılardan herhangi birini psikoterapi sırasında yaşadığınız oldu mu? Eğer yanıtınız “evet” ise ilgili maddelerin numaralarını yazınız: (.....)		

## ÖZGEÇMİŞ

27 Ekim 1989 tarihi, Samsun İli doğumluyum. İlk, Orta ve Liseyi aynı ilde tamamladıktan sonra, Maltepe Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümüne kaydoldum. Bu bölümden 2013 yılında mezun olduktan sonra, İstanbul Ticaret Üniversite Uygulamalı Psikoloji Bölümünde yüksek lisansımı tamamladım. Bu esnada Avrupa Kognitif-Davranış Terapileri Birliği'nin standartlarını karşılayan terapi eğitimimi tamamlayarak KDT terapisti unvanını aldım. 2016 yılında da, Beykent Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalında, Klinik Psikoloji yüksek lisans eğitimine başladım.

Özel ilgi alanlarım projektif testler, madde kullanım bozuklukları, kişilik bozuklukları ve terapötik görüşme uygulamalarıdır.

**Esra KESKİN**