

Ayaktan Başvuruda Bulunan Alkol Kötüye Kullanan Erkek Hastalarda İmpulsivite - Bir Ön Çalışma

Hüseyin GÜLEÇ

Uzman Dr., SB. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Yazışma adresi:

Hüseyin GÜLEÇ

SB Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi 34736 Kadıköy İstanbul

Tel: +902163609163

E-posta: huseyingulec@yahoo.com

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Alkol Kötüye Kullanımı (AKK) tanısı konulan hastalarda impulsivitenin varlığını belirlemek ve belirlenen impulsivitenin klinik özelliklerini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışma, AKK tanısıyla Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne ardışık olarak başvuran ve çalışmaya katılmayı kabûl eden hastalar ve eşleştirilmiş kontrol grubuyla yürütüldü. Hastalara Türkçe'ye uyarlanmış Barratt İmpulsivite Skalası 11. versiyon (T-BIS-11), Eysenck Kişilik Ölçeği Gözden Geçirilmiş-Kısaltılmış Formu, Agresyon Ölçeği, Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve demografik bilgi toplama formu verildi.

Bulgular: AKK'li kişilerin daha agresif, daha fazla sürekli olarak öfkeli oldukları, öfkelerini daha fazla hem içe hem de dışa vurdukları bulundu. Hasta grubundaki impulsivitenin diğer impulsivite ile ilişkili klinik özelliklerle ilişkili olduğu görüldü. İmpulsivitenin diğer klinik özelliklerle ilişkisinin, sağlıklı kontrol grubuna göre hasta grubunda daha yaygın ve şiddetli olduğu gözlemlendi.

Tartışma ve Sonuç: AKK hastaları saldırganlık ve öfkeli olmak sorunları çekmekte ve impulsif özellikler sergilemektedirler. Bu özellikler diğer ilişkili değişkenlerin özelliklerinden kaynaklanmakta olup diğer ilişkilerden etkilenmeden sürekli öfkenin AKK hastalarında kalıcı bir yapı olduğu görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: impulsivite, kişilik, agresyon, öfke, alkol-kötüye kullanımı

ABSTRACT

Impulsivity in male alcohol abuser outpatients - A Preliminary Study

Objectives: The present study aimed to assess the existence and relation with impulsivity-related characteristics of impulsivity in patients with Alcohol Abuse (AA).

Methods: The study was carried out in the Erenköy Training and Research Hospital for Psychiatric and Neurological Diseases. All consecutive patients gave written informed consent. The subjects were evaluated by using the Turkish version of the Barratt Impulsivity Scale-11 (T-BIS-11), Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated Form, Aggressions Questionnaire, Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory and sociodemographic data form.

Results: Patients with AA had higher impulsivity, aggression and anger scores than controls. Impulsiveness showed positive correlations with all the impulsivity-related scales.

Discussion and Conclusion: Patients with AA have shown problems of impulsivity, aggression and anger. These findings also depend on relation with each others. Impulsiveness among alcohol abusers needs further evaluation.

Keywords: impulsivity, personality, aggression, anger, alcohol abuse

GİRİŞ

İmpulsivite, son zamanlarda psikiyatri alanında üzerinde çalışmaların arttığı önemli bir klinik görünümdür. İmpulsivite, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 4. Baskısı'nda (DSM-IV) yer alan çeşitli bozukluklarda belirgin bir şekilde 16 majör Eksen-I tanı kategorisinde, bunun yanı sıra Eksen-II içinde hem kişilik bozuklukları, hem de mental retardasyon özelliklerinden biri olarak yer almaktadır. İmpulsivitenin kapsamlı, açık ve hâlen tutarlı tanımlamasının yapılamaması nedeniyle, yukarıda bahsedilen bu DSM tanımlamalarının açık olmamasına neden olacağı belirtilmiştir (Coles 1997). Bu nedenle Coles (1997) impulsivitenin, tanı içinde bulunması gerekirken bulunmamasına neden olabileceğini veya kafa karışıklığı (kavram karmaşası) yaratacak boyutlarda yer alabileceğini iddia etmiştir.

Psikoaktif madde kullanımı sıklıkla impulsif davranışın bir formu olarak tanımlanmaktadır (Vuchinich ve Tucker 1988, Rachlin 2000). Madde kullanım bozukluklarında impulsivitenin yarattığı sıkıntı ile baş etmedeki yetersizliğin, hastalığın başlangıcı (Koob 1996, Ainslie 1975) ve yinelemeleri (Moeller ve ark. 2001, Miller 1991) için altta yatan temel mekanizma olabileceği gösterilmiştir. Diğer bir açıdan impulsivite ve madde kullanımı arasındaki ilişkinin varlığına; impulsivite riski yüksek olan bireylerde, yüksek madde kullanımı oranların görülüp görülmediğine bakılarak da araştırılmıştır. Brady ve arkadaşlarının (1998) gözden geçirmesinde, impulsivite varlığının diğer bozukluklardan daha fazla olduğu bildirilenlerde (impuls kontrol bozukluğu, patolojik agresyon) yüksek oranlarda madde kullanımının olduğu gösterilmiştir.

Madde kullanımında impulsivitenin yüksek seviyelerde olduğunun gösterilmesi, bu durumun neden mi sonuç mu olduğu sorusunu da gündeme getirmiştir. Çocuk ve ergenlerde madde kullanım varlığını araştıran çalışmalar (Disney ve ark. 1999, Young ve ark. 1995, Chilcoat ve Breslau 1999, Molina ve ark. 1999), bu sorunun aydınlanmasında yardımcı olabilir diye bakıldığında; impulsivite madde kullanımına neden oluyorsa, impulsivitenin olduğu bilinen Karşıt Gelme Bozukluğu (KGB) ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanıli çocuklarda madde kullanım sorunlarının varlığı beklenecektir. KGB'li çocuklarda bu ilişki açıkça gösterilirken, DEHB'li çocuklarda bu ilişkinin daha az ve çelişkili olduğu görülmüştür. Anlamli yüksek oranların varlığı için sadece DEHB olması yeterli olurken bazı çalışmalarda bunun tekrarlanmadığı veya KGB ile birlikte iken bu riskin arttığı gösterilmiştir.

Bununla birlikte Moeller ve arkadaşlarının (2001)

gözden geçirmesinde impulsivitenin madde kötüye kullanımı bozukluğunda kalıtsal bir özellik olmadığını, strese cevap olarak bu kişilerin sonuçları ön görmeden ve hızlıca gelişen bir davranış olduğunu belirtmişlerdir. Kullanım başladıktan sonra madde arama ve çekilme şikâyetleri kullanımın devam etmesine neden olmaktadır (Jentsch ve Taylor 1999). Hattâ bâzı çalışmalarda madde kullananlarda yüksek seviyede impulsivite varlığının gösterilmesine rağmen (Patton ve ark. 1995, Allen ve ark. 1998, Moss ve ark. 1990), Lejoyeux ve arkadaşlarının (1998) çalışmalarında bu ilişkinin gösterilmediği alkoliklerde bu davranışın heyecan arama ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir.

Madde kullanımında impulsivite varlığı hakkında hâlâ bâzı belirsizlikler devam etmektedir. Bu durumun ölçme yöntemlerinden ve hasta gruplarından kaynaklanabileceği düşüncesinden hareket ederek, sorunu daha azaltabilmek için; impulsiviteyi, teorik olarak devamlı (trait-dependent) olan ölçen Barratt İmpulsivite Skalası (BİS-11) ile çalışma grubu olarak da madde kötüye kullanımının yaygın bir örneği olan, alkol kötüye kullanan hastalarla çalışma planlandı. İmpulsivite ve alkol kullanımı arasındaki ilişki de daha önce gösterilmiştir (Brady ve ark. 1998, Bickel ve Marsch 2001). İmpulsivitenin daha iyi anlaşılması için, Barratt'ın (2005), impulsivitenin psikometrik özelliklerini tanıttığı kitapta, ölçekle ilişkili yapılar olarak -yapısal geçerliğinde (construct validity), Buss-Durkee Saldırganlık Ölçeği, Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği ve Eysenck Kişilik Anketi-Psikotizm alt-faktörünü (pozitif ilişki), impulsivite ile ilişkili özellikler (impulsivity-related traits) dediği değişkenler, çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu çalışmanın hipotezi, impulsivite ve impulsivite ile ilişkili özelliklerin hasta grubunda daha fazla olacağı ve birbiriyle korelasyonun bu grupta da görüleceğidir. Alkol ve madde kullananlarda impulsivite ile yapılacak ileri çalışmalara ilham vermesi bu çalışmanın temel beklentilerindendir.

YÖNTEM

Örneklem

Bu çalışma, impulsivitenin klinik özelliklerini araştıran bir çalışmanın parçası olarak, Ocak 2008-Haziran 2008 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ayaktan Tedavi Merkezi (ATM) 3. Psikiyatri Kliniği'ne ardışık olarak ayaktan başvuran, DSM-IV tanı ölçütlerine göre Alkol Kötüye Kullanımı (AKK) tanısı konmuş 40 erkek hasta ile yürütüldü. Bu merkez, İstanbul'un Anadolu yakasının yanı sıra, 6 çevre ile de hizmet vermektedir. Başvuruların büyük oranı İstanbul Anadolu yakası oturanları tarafından yapılmaktadır. ATM, her-

gün düzenli poliklinik hizmeti veren, hastaların randevu ile başvurdukları bir merkezdir. Poliklinik çalışanın ve başvuruların durumuna göre günde ortalama 30–40 hasta kabûl edilen ve ortalama bir saat (şartlar icabı 3–4 saate kadar uzayan) bekleme süresi mevcuttur. Yukarıda belirtilen 6 aylık süre içinde randevü alıpta gelmeyenlerin yüzdesi %9.4 olup, başvuru yapmasına rağmen bekle(ye)meyenlerin yüzdesi %0.8’dir. Çalışmaya 18–65 yaş dışında olanlar, bilgi alma formları ile sorularak elde edilen, ek psikiyatrik hastalık tanısı olan, kafa travması, ağır nörolojik/metabolik hastalık hikâyesi ve mental retardasyonu olanlar dâhil edilmedi. Mental retardasyon, görüme esnasında psikiyatrik muayene ile değerlendirildi. On hasta (7 hasta katılmak istemediği, 2 hasta gerek görmediği ifâdesini kullanarak, bir hasta da zaman sorununu gerekçe göstererek) çalışmaya katılmayı kabûl etmedi. Katılmayı kabûl etmeyen hastaların eden hastalara göre sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında yaş ortalamaları daha küçük işsizlik oranları fazla iken, eğitim ve medenî durumları benzer olduğu görüldü. Sonuç olarak 30 hasta çalışmaya katıldı.

Kontrol grubu, daha önce Barratt İmpulsivite Skalası–11. versiyon (T-BİS–11) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasından elde edilmiş, hasta grubuyla eşleştirilmiş, hâli hazır ve geçmişinde psikiyatrik rahatsızlığı olmayan 34 lisans öğrencisinden oluşturuldu; hasta grubuyla aralarında istatistiki açıdan anlamlı fark yoktu.

Hasta ve kontrol gruplarındaki kişilerin sosyodemografik verileri “Sosyodemografik Bilgi Formu”, genel tıbbi durumları ve geçmiş hastalık hikâyesini âit verileri “Tıbbî Bilgi Formu” ile toplandı. Bu formlar bir araştırmacı (HG) tarafından hazırlandı. Hastaların psikopatolojik değerlendirmeleri poliklinikte ayrıntılı değerlendirme işlemleri yapılarak elde edildi. AKK tanısını koymak ve psikotik bozukluk tanısını dışlamak için bu tanı ölçütlerinin yapılandırılmış görüşmeleri uygulandı. Dışlamak için diğer psikiyatrik tanılar, hastalara verilen bilgi formlarından elde edildi. İmpulsivitenin kapsamlı değerlendirilmesi için belirlenen ölçekler, testi geliştiren Ernest S. Barratt’ın testin psikometrik özelliklerini (validity) tanıttığı psikiyatrik ölçeklerin tanıtıldığı kitap bölümünde (2005), impulsivite ile ilişkili özellikler (impulsivity-related traits) olarak gösterdiği ve Türkçe uyarlama çalışmaları yapılmış olan Eysenck Kişilik Anketi (Türkçe’ye uyarlanmış, Gözden Geçirilmiş ve Kısaltılmış Formu), Agresyon Ölçeği (Türkçe’ye uyarlanmış, Buss-Durkee Hostility/Saldırganlık Ölçeği’nin düzenlenmiş formu) ve Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfâde Tarzı Ölçeği (Durumluk/State Öfke dışında diğer bileşenleri Türkçe’ye uyarlanmış formu) kullanıldı. Katılımcıların

“Sosyodemografik/Tıbbî Bilgi Formları” ve araştırma için oluşturulan test bataryaları, yazılı olurları alındıktan sonra, sâkin bir ortamda yapmaları sağlandı. Tüm katılımcılar çalışma için yazılı olur verdiler. Çalışmaya davet edilip de kabûl eden bireylerin hiç birinde dışlanma ölçütlerine rastlanmadı.

Klinik değerlendirme

Barratt İmpulsivite Skalası–

11. versiyon (T-BİS–11)

İmpulsiviteyi ölçmek için geliştirilmiş, 30-maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir (Patton ve ark. 1995). Bireyin kendisinden yanıt olarak “Nâdiren/Hiçbir Zaman”, “Bâzen”, “Sıklıkla” ve “Hemen her zaman/ Her zaman” seçeneklerinden en uygun ifâdeyi işaretlemesi istenir. Faktor analiziyle 3 alt-faktör elde edilmiştir: (1) dikkatle ilişkili impulsivite; (2) motor impulsivite ve (3) tasarlanmamış impulsivite. Yüksek puanlar yüksek impulsivite seviyesini gösterir. Türkçe’ye uyarlaması yapılmıştır (Güleç ve ark. 2008).

Eysenck Kişilik Anketi- Gözden

Geçirilmiş Kısaltılmış Formu (EKA-GGK)

Francis ve arkadaşları (1992), Eysenck Kişilik Anketi (Eysenck ve Eysenck 1975) ve aynı anketin kısa formunu (48 madde) (Eysenck ve ark. 1985) gözden geçirerek EKA-GGK’yı oluşturmuştur. Anket, 24 madde olup, kişiliği 3 ana faktörde değerlendirmektedir: dışadönüklük, nörotisizm, psikotisizm (dördüncü faktör olarak, yalan söyleme alt ölçeği ile anketin uygulanması esnâsındaki yanlışlığı engellemek ve geçerliliği ile ilgili kontrol amaçlanmaktadır). Her bir faktörün 6 madde ile değerlendirildiği bu ankette katılımcıdan 24 soruya Evet (1) / Hayır (0) formatıyla cevap vermesi istenir. Her bir kişilik özelliği için alınabilecek puan 0 ile 6 arasında değişmektedir. Türkçe uyarlaması yapılmıştır (Karancı ve ark. 2007).

Agresyon Ölçeği (AÖ)

Buss ve Perry (1992) tarafından, Buss-Durkee Hostility/Saldırganlık Ölçeği’nin (alt-ölçeklerinin psikometrik özelliklerini düzeltmek amacıyla) düzenlenmesiyle elde edilmiştir. Kendini değerlendirme biçiminde hazırlanmış, 29-maddelik Likert skaladır. Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçek (Can 2002), 34 madden oluşmakta, her bir madde için 0–4 arasında puan verilmektedir.

Spielberger Sürekli Öfke ve Öfke İfâde Tarzı Ölçeği (SÖÖİTÖ)

Öfke duygusu ve ifâdesini ölçmektedir. 34 madde-

den oluşmuş kendini değerlendirme ölçeğidir (Spielberger ve ark. 1983). Sürekli öfke (10 madde), öfke içte (8 madde), öfke dışı (8 madde) ve öfke kontrol (8 madde) alt ölçekleri vardır. Bireyin kendisinden yanıt olarak “Hiç”, “Biraz”, “Oldukça” ve “Tümüyle” seçeneklerinden en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. Türkçe uyarlaması yapılmıştır (Özer 1994).

İstatistiksel Analizler

Ölçümlerle elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu, her bir grupta Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Hasta ve kontrol grupları arası yaş, eğitim yılı ve klinik değerlendirme ölçeklerinin karşılaştırmaları student-t testi ile yapıldı. Ölçeklerin arasında ilişki

beklendiğinden dolayı, gruplar arası impulsivitenin karşılaştırmasında EKA-GGK Dışadönüklük, EKA-GGK Nörotizm, AÖ Toplam, SÖÖİTÖ Sürekli Öfke, SÖÖİTÖ Öfke Dışa ve SÖÖİTÖ Öfke Kontrol kovaryant; AÖ ve SÖÖİTÖ ölçeklerinin karşılaştırmalarında benzer şekilde diğer ölçekler kovaryant alınarak ANCOVA yapılmıştır. Hasta ve kontrol grupları arasındaki medeni durum ve meslek dağılımının karşılaştırmasında ise kıkare testi uygulandı. Korelasyon analizleri Pearson korelasyon testi ile yapıldı. İmpulsivitenin stepwise linear regresyon modeliyle yordayıcılarına bakıldı. AKK olup olmadığının belirlenmesi amacıyla stepwise logistic regresyon analizi uygulandı. Ölçümle elde edilen veriler aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma, sa-

Tablo 1. T-BİS-11, AÖ, EKA-GGK ve SÖÖİTÖ puan ortalamalarının gruplar arası karşılaştırmaları

	A_KK (s:30)	SKG (s:34)	t (ort $\pm$ S.S) /F' (ort $\pm$ S.E)	p
Toplam T-BİS-11	70.8 $\pm$ 13.2	62.8 $\pm$ 9.6	-2.449	0.019
Toplam T-BİS-11'	66.3 $\pm$ 1.8	65.7 $\pm$ 1.7	0.033	A.D
1. Faktör	31.6 $\pm$ 6.9	28.3 $\pm$ 5.3	-2.187	0.033
1. Faktör'	30.2 $\pm$ 1.0	29.6 $\pm$ 1.0	0.142	A.D
2. Faktör	15.5 $\pm$ 2.7	13.6 $\pm$ 3.0	-2.730	0.008
2. Faktör'	13.9 $\pm$ 0.6	15.1 $\pm$ 0.5	1.763	A.D
3. Faktör	22.4 $\pm$ 4.1	20.9 $\pm$ 3.2	-1.613	A.D
3. Faktör'	22.2 $\pm$ 0.7	21.1 $\pm$ 0.6	0.958	A.D
AÖ_Toplam	92.6 $\pm$ 27.5	49.4 $\pm$ 20.2	-6.772	<0.001
AÖ_Toplam'	66.5 $\pm$ 3.2	64.2 $\pm$ 2.9	0.202	A.D
AÖ_Fiziksel Agresyon	20.6 $\pm$ 10.5	9.3 $\pm$ 7.7	-4.650	<0.001
AÖ_Fiziksel Agresyon'	14.2 $\pm$ 1.5	13.6 $\pm$ 1.4	0.066	A.D
AÖ_Sözel Agresyon	15.5 $\pm$ 3.5	8.9 $\pm$ 2.9	-7.727	<0.001
AÖ_Öfke	20.0 $\pm$ 5.6	9.6 $\pm$ 4.5	-7.735	<0.001
AÖ_Düşmanlık	25.3 $\pm$ 5.9	13.5 $\pm$ 5.4	-7.718	<0.001
AÖ_İndirekt Agresyon	11.3 $\pm$ 4.7	8.2 $\pm$ 4.4	-2.477	0.016
AÖ_İndirekt Agresyon'	8.1 $\pm$ 0.6	10.2 $\pm$ 0.6	4.312	0.042
EKA-GGK_Dışadönüklük	3.2 $\pm$ 2.1	4.3 $\pm$ 1.8	2.000	A.D
EKA-GGK_Nörotizm	5.6 $\pm$ 0.8	3.6 $\pm$ 2.0	-5.423	<0.001
EKA-GGK_Psikotizm	1.4 $\pm$ 1.0	1.2 $\pm$ 1.0	-0.473	A.D
SÖÖİTÖ_Sürekli Öfke	32.1 $\pm$ 4.4	20.9 $\pm$ 5.3	-8.294	<0.001
SÖÖİTÖ_Sürekli Öfke'	27.4 $\pm$ 0.6	23.8 $\pm$ 0.6	15.090	<0.001
SÖÖİTÖ_Öfke İçe	24.9 $\pm$ 3.9	17.1 $\pm$ 3.8	-7.392	<0.001
SÖÖİTÖ_Öfke İçe'	19.9 $\pm$ 0.7	19.6 $\pm$ 0.6	0.121	A.D
SÖÖİTÖ_Öfke Dışa	23.8 $\pm$ 5.0	16.9 $\pm$ 4.8	-5.217	<0.001
SÖÖİTÖ_Öfke Dışa'	20.0 $\pm$ 0.6	19.5 $\pm$ 0.6	0.317	A.D
SÖÖİTÖ_Öfke Kontrol	20.6 $\pm$ 9.6	21.8 $\pm$ 4.6	0.561	A.D
SÖÖİTÖ_Öfke Kontrol'	22.3 $\pm$ 1.1	20.1 $\pm$ 1.0	1.725	A.D

T-BİS-11: Barratt İmpulsivite Skalası-11 Türkçe uyarlaması, AÖ: Agresyon Ölçeği, EKA-GGK: Eysenk Kişilik Anketi-Gözen Geçirilmiş Kısaltılmış Formu, SÖÖİTÖ: Spielberg Sürekli-Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği, A.D: Anlamı Değil, t: Student's t test, F: ANCOVA test, ort $\pm$ S.E: ortalama $\pm$ standart hata.

— T-BİS-11-ölçeklerinin gruplar arası karşılaştırmalarında kovaryant olarak; EKA-GGK_Dışadönüklük ve EKA-GGK_Nörotizm, AÖ_Toplam, SÖÖİTÖ_Sürekli Öfke, SÖÖİTÖ_Öfke Dışa ve SÖÖİTÖ_Öfke Kontrol alınmıştır.

— AÖ-ölçeklerinin gruplar arası karşılaştırmalarında kovaryant olarak; EKA-GGK_Dışadönüklük, ve EKA-GGK_Nörotizm, T-BİS-11 Toplam, SÖÖİTÖ_Sürekli Öfke, SÖÖİTÖ_Öfke Dışa ve SÖÖİTÖ_Öfke Kontrol alınmıştır.

— SÖÖİTÖ-ölçeklerinin gruplar arası karşılaştırmalarında kovaryant olarak; EKA-GGK_Dışadönüklük, ve EKA-GGK_Nörotizm, AÖ_Toplam, T-BİS-11 Toplam alınmıştır.

Tablo 2. T-BİS-11 toplam ve alt-faktörlerinin AÖ, EKA-GGK ve SÖÖİTÖ ile korelasyonları

	T-BİS Toplam		1. Faktör		2. Faktör		3. Faktör	
	r-AKK	r-SKG	r- AKK	r-SKG	rAKK	r-SKG	r- AKK	r-SKG
AÖ_Toplam	.61*	.36	.68*	.25	.37	.64*	.36	.07
AÖ_Fiziksel Agresyon	.38*	.48*	.49*	.39	.23	.69*	.11	.16
AÖ_Sözel Agresyon	.59*	.01	.72*	.04	.09	.20	.37	-.25
AÖ_Öfke	.71*	.28	.72*	.22	.47*	.43	.52*	.08
AÖ_Düşmanlık	.54*	.16	.64*	-.04	.23	.51*	.31	.07
AÖ_İndirekt Agresyon	.78*	.34	.71*	.29	.73*	.53*	.59*	.05
EKA-GGKDışadönüklük	-.88*	-.12	-.89*	-.06	-.41	-.04	-.75*	-.23
EKA-GGK_ Nörotizm	.72*	.34	.77*	.33	.19	.34	.63*	.15
EKA-GGK_ Psikotizm	.15	.22	.04	.24	.17	.17	.29	.11
SÖÖİTÖ_Sürekli Öfke	.65*	.39	.82*	.28	.12	.60*	.35	.16
SÖÖİTÖ_Öfke İçe	.38	.09	.49*	.11	.23	.08	.11	.01
SÖÖİTÖ_Öfke Dışa	.81*	.42	.89*	.38	.37	.45*	.58*	.21
SÖÖİTÖ_Öfke Kontrol	-.78*	-.33	-.84*	-.32	-.19	-.15	-.72*	-.30

T-BİS-11: Barratt İmpulsivite Skalası-11 Türkçe uyarlaması, AÖ: Agresyon Ölçeği, EKA-GGK: Eysenk Kişilik Anketi-Gözden Geçirilmiş Kısaltılmış Formu, SÖÖİTÖ: Spielberg Sürekli-Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği,

AKK: Alkol Kötüye Kullanımı, SKG: sağlıklı kontrol grubu,

* anlamlılık derecesi 0.01 seviyesinde.

yımla elde edilen veriler ise sayı % olarak gösterildi. Anlamlılık düzeyi Tip I hatadan kaçınmak için $p < 0.01$ olarak alındı. Elde edilen veriler SPSS 9.0 paket bilgisayar istatistik programı yardımıyla değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmaya dâhil edilen 30 hastanın tamamı erkekti. Bu nedenle sağlıklı kontrol grubu da erkeklerden oluşturuldu. Hastaların yaş ortalaması, 25.53 ± 7.47 yıl, eğitim süresi 10.20 ± 2.94 yıl iken, sağlıklı kontrol grubunun yaş ortalaması 23.88 ± 1.84 yıl, eğitim süresi ise 12.35 ± 0.92 yılıdır.

Gruplar arası karşılaştırmalarda, eğitim süresi dışında ($t:3.848$, $df:33.972$, $p < 0.001$), sosyodemografik özelliklerinin: yaş, medenî durum, meslekî durum (oran) ve ekonomik durum ortalamalarının istatistiksel olarak anlamlılık ölçüsünde farklı olmadığı görüldü.

Alkol Kötüye Kullanımı tanısı konmuş hastalar ile sağlıklı kontrol grubu arasındaki T-BİS-11, AÖ, EKA-GGK ve SÖÖİTÖ puan ortalamalarının karşılaştırmaları Tablo 1’de verildi. Takip edilmesi kolay olması amacıyla ANCOVA sonuçları da Tablo 1’de verildi. T-BİS-11 toplam puan, 1. ve 2. alt-faktörünün toplam puan, agresyon toplam ve alt-ölçek toplam puan, sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışa toplam puan ortalamalarının sağlıklı kontrol grubundan istatistikî olarak anlamlı seviyede fazla olduğu bulundu.

Hasta grubunun impulsivite ölçeği toplam ve alt-faktör puanlarının AÖ, EKA-GGK ve SÖÖİTÖ puan-

ları ile korelasyonları Tablo 2’de verildi. İmpulsivitenin (hem toplam hem de 1. alt-faktör) Öfke-İçe (Toplam puan) dışında, tüm ilgili klinik özelliklerle pozitif ilişkisinin (EKA-GGK Dışadönüklük ve SÖÖİTÖ Öfke Kontrol ile negatif) olduğu tesbit edildi. 2. alt-faktör, Agresyon-Öfke ve Agresyon-İndirekt ile pozitif ilişkili iken 3. alt-faktörün aynı değişkenlerin yanı sıra nörotizm, dışa dönüklük (negatif), Öfke-Dışa ve Öfke-Kontrol (negatif) ile pozitif ilişkili olduğu bulundu.

Stepwise linear regresyon analiziyle impulsivitenin, ilişkili değişkenler tarafından ne kadar yordandığı Tablo 3’de verildi. Stepwise logistik regresyon modeliyle, hastalık varlığını belirleyen değişkenler ise Tablo 4’de verildi.

TARTIŞMA

Bu çalışmada, AKK tanısı konmuş olan hastalar da ki impulsivitenin varlığı, şiddeti ve klinik özellikleri araştırıldı. Kesitsel bir çalışmadan beklenen kısıtlayıcılık olan sebep sonuç ilişkilerinin bilinmemesi sorununun en aza indirilmesi amacıyla, grup olarak AKK tanısı konmuş hasta grubu, ölçek olarak da impulsivitenin trait/stabil/kararlı kısmını temsil etme özelliği daha fazla gösterilmiş olan BİS-11 ölçeği seçildi. Hasta grubundaki kişilerin, sosyodemografik olarak eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubundaki kişilerden daha impulsif oldukları bulundu. AKK’li kişiler aynı zamanda daha agresif, daha fazla sürekli olarak öfkeli oldukları, öfkelerini daha fazla hem içe hem de dışa

Tablo 3. İmpulsivitenin yordayıcıları

Model	B	Standart Hata	Standardize katsayı	t	p
			β		
(Constant)	41.323	1.908		21.661	0.000
Öfke Dışa	1.251	0.093	0.645	13.440	0.000
(Constant)	59.893	3.467		17.265	0.000
Öfke Dışa	0.899	0.103	0.464	8.692	0.000
Öfke Kontrol	-0.552	0.088	-0.333	-6.240	0.000
(Constant)	63.019	3.458		18.225	0.000
Öfke Dışa	0.827	0.102	0.426	8.099	0.000
Öfke Kontrol	-0.408	0.093	-0.246	-4.388	0.000
EKA- Dışavurum	-1.216	0.304	-0.207	-4.004	0.000
(Constant)	68.914	3.669		18.784	0.000
Öfke Dışa	0.421	0.142	0.217	2.964	0.003
Öfke Kontrol	-0.459	0.091	-0.277	-5.032	0.000
EKA- Dışavurum	-1.376	0.298	-0.243	-4.621	0.000
AÖ- Fiziksel Agresyon	0.274	0.069	0.251	3.998	0.000
(Constant)	69.234	3.514		19.702	0.000
Öfke Dışa	0.802	0.157	0.413	5.109	0.000
Öfke Kontrol	-0.398	0.088	-0.240	-4.502	0.000
EKA- Dışavurum	-1.576	0.288	-0.268	-5.471	0.000
AÖ- Fiziksel Agresyon	0.417	0.072	0.382	5.793	0.000
AÖ- Sözel Agresyon	-0.909	0.187	-0.359	-4.864	0.000
(Constant)	66.085	3.695		17.886	0.000
Öfke Dışa	0.818	0.155	0.421	5.260	0.000
Öfke Kontrol	-0.383	0.088	-0.231	-4.372	0.000
EKA- Dışavurum	-1.416	0.292	-0.240	-4.848	0.000
AÖ- Fiziksel Agresyon	0.372	0.073	0.341	5.064	0.000
AÖ- Sözel Agresyon	-0.962	0.186	-0.380	-5.171	0.000
EKA- Nörotisizm	0.723	0.287	0.122	2.520	0.012
(Constant)	67.529	3.709		18.207	0.000
Öfke Dışa	1.050	0.182	0.541	5.774	0.000
Öfke Kontrol	-0.373	0.087	-0.225	-4.293	0.000
EKA- Dışavurum	-1.468	0.290	-0.249	-5.060	0.000
AÖ- Fiziksel Agresyon	0.398	0.074	0.365	5.414	0.000
AÖ- Sözel Agresyon	-0.920	0.185	-0.364	-4.972	0.000
EKA- Nörotisizm	1.069	0.319	0.180	3.355	0.001
Öfke Sürekli	-0.328	0.137	-0.210	-2.401	0.017

vurdıkları bulundu. Hasta grubundaki impulsivitenin daha yüksek seviyede olmasını, diğer klinik özelliklerle ilişkili olmasının etkilediği görüldü. İmpulsivitenin diğer klinik özelliklerle ilişkisinin, sağlıklı kontrol grubuna göre hasta grubunda daha yaygın ve şiddetli olduğu gözlemlendi.

Hasta grubunda T-BİS-11 toplam puan, 1. ve 2. alt-faktörünün toplam puan, agresyon toplam ve alt-ölçek toplam puan, sürekli öfke, öfke içe ve öfke dışa

toplam puan ortalamalarının sağlıklı kontrol grubundan istatistikî olarak anlamlı seviyede fazla olduğu bulundu. Bu bulgu beklenen bir bulgu olup, birbirleriyle anlamlı olarak ilişkili oldukları beklenen (çalışmada bu ilişkinin olduğu Tablo 2’de gösterildi) diğer ölçek puanlarının karıştırıcı değişken olabileceği düşünülmektedir. Kovaryant analizi uygulandığında, sadece sürekli öfkenin AKK hastalarında anlamlı yüksekliğin devam ettiği görüldü. Sürekli öfkenin, diğer ilişkili

Tablo 4. Alkol Kötüye Kullanımı varlığının/yokluğunun belirleyicileri

Değişken	B	Standard error	Wald	df	p
Toplam T-BİS-11	0.4814	0.1161	17,2047	1	0.000
1. Faktör	-0.0502	0.1224	0.1680	1	0.6819
2. Faktör	-2.0133	0.3986	25.5097	1	0.000
AÖ_Toplam	0.1594	0.0393	16.5654	1	0.000
SÖÖİTÖ_Sürekli Öfke	1.3039	0.2227	34.2862	1	0.000
SÖÖİTÖ_Öfke İçer	-0.4160	0.1068	15.1664	1	0.001
SÖÖİTÖ_Öfke Dışa	-0.5077	0.1382	13.4849	1	0.002
SÖÖİTÖ_Öfke Kontrol	0.7322	0.1343	29.7019	1	0.000
Constant	-42.4730	7.3368	33.5131	1	0.000

psikometrik özelliklerden bağımsız olarak farklılığının gösterilmesi, bu hastalıkta diğer değişkenlerden farklı bir yeri olduğuna yorumlanabilir. Hattâ bu durum impulsivitenin ve saldırganlığın rahatsız edici duygulanımla madde kullanmasıyla yoluyla başedilebildiği düşüncesiyle de uyumludur (Murray ve ark. 2003). Ancak bu yorum hasta grubunun seçildiği ortam nedeniyle dikkatli tartışılması bir bulgu da olabilir. Hastalar randevu sistemi olan ve bâzen 3 saate kadar bekleme süresi olan bir merkezden elde edildi. Bu durum impulsivitesi “daha düşük” olması beklenen bir gruptan kaynaklanabilir. Bulguların tartışılmasına yardımcı olması amacıyla (sonradan uygulanan) hasta kayıtları tekrar incelendiğinde, bu kişiler alkol kullanmama istemlerinden (s=8) daha çok tahammülsüzlük, sinirlilik, kendine, yakınlarına ve eşyalara zarar verme, saldırganlığa dönüşen davranım bozukluğu ve bunlardan pişman olma şeklindeydi ve kendi isteklerinden daha çok yakınlarının önerisi hattâ zorlamasıydı (bu çalışmanın plânlanan bir kısmı olmayıp, bu bilgilere rutin psikiyatrik muayanelerinde alınan kayıtlardan, bulguların tartışması için ulaşıldı). Dolayısıyla, hâlen AKK hakkındaki mevcut bilgilerimizin yeterli olmadığından, randevu alabilen, bekleyebilen, yakınlarının önerisine uyabilen ve pişman olabilen özel-

liklerin gelişebilmesi, bu grubun belki başka bir AKK alt-grubu olup olmadığı veya grubun daha üst düzey organizasyon gösteren bir dönemini temsil edip etmediğini söylemek mümkün olamayacaktır.

Çalışmanın amaçlarından biri de impulsivitenin daha iyi anlaşılması için, diğer ilgili klinik özelliklerle ilişkisine bakıldı. Her iki grupta da bu ilişkiler gözden geçirildiğinde AKK’de impulsivitenin (hem toplam hem de 1. alt-faktör) Öfke-İçer (Toplam puan) dışında, tüm ilgili klinik özelliklerle ilişkisinin olduğu tespit edildi. 2. alt-faktör, Agresyon-Öfke ve Agresyon-İndirekt ile ilişkili iken, 3. alt-faktörün aynı değişkenlerin yanı sıra nörotizm, dışa dönüklük, Öfke-Dışa ve Öfke-Kontrol ile de ilişkili olduğu bulundu. Sağlıklı kontrol grubunda ise 2. alt-faktör, şaşırtıcı bir şekilde özellikle agresyonla (toplam ve alt-ölçekleri) ilişkili bulundu. Bulgularımız impulsivitenin farklı alt-bileşenleri olmasının yanı sıra, birçok farklı tabloyla da karşılaşabileceğini, daha karmaşık bir sorunla karşılaştığımızı düşündürmektedir.

SÖÖİTÖ Öfke-Kontrol (grupların karşılaştırmalarında benzer ortalamalar gösterirken) AKK grubunda, impulsivite ile aralarında yüksek ilişki oranı göstermesi, hastaların “kontrol edilebilen öfkenin” ortadan kalktığına bir alkol alma davranışına dönüşmesinde impulsivitenin de rol aldığı düşüncesini ortaya çıkarabilir.

Hastalığın olup olmadığının yordan-
dığında impulsivite ve saldırganlık toplam puanı ve öfke ifâde tarzlarının yordayıcı olduğu ve tüm sistemi %90 açıkladığı (Şekil 1) görülmekte iken impulsivitenin belirleyicileri olarak Öfke-Dışa, Öfke-İçer, Saldırganlık Fiziksel

Şekil 1. Sınıflandırma Tablosu

Kesme puanı %50

	Kestirim SKG	AKK	Doğru Yüzde
Gözlemlenen SKG 1	120	16	%88,24
AKK 0	12	108	%90,00
	Genel Doğruluk %89.06		

ve Sözel ile Sürekli-Öfkenin yordadığı görülmektedir.

Çalışmamızın kısıtlılıkları olarak, çalışmaya katılan bireylerin, sadece hasta grubuna uygulanan AKK ve Psikotik bozukluk kısmı hâric yapılandırılmış görüşme yapılmadı. Kişilerin diğer psikiyatrik tanıları net bilinmemektedir. Ayrıca, yüksek impulsivite puanları olduğu daha önce gösterilmiş olan kişilik bozukluklarına (Kruedelbach ve ark. 1993) ve yine yüksek puanların olduğu daha önce gösterilmiş olan, çoklu madde kullanım bozukluğuna (McCown 1988, O'Boyle ve Barratt 1993) bakılmadı. Kişilik özelliklerinin bu karıştırıcı etkisinden korunmak için Eysenck Kişilik Anketinden elde edilen verilerin kovaryans analizleriyle tekrar değerlendirmeler yapılmıştır. Bir ön çalışma olarak plânlanan bu çalışmanın diğer kısıtlılığı hasta sayısının az olması nadeniyile, çalışmanın istatistikî gücünün azalmasıdır.

SONUÇ

AKK hastaları saldırgan, öfkeli ve impulsif özellikler sergilemektedirler. Bu özelliklerin hepsi birbirleri ile ilişkili olarak etki yapmakta olup sadece diğer ilişkilerden etkilenmeden, sürekli öfkenin AKK hastalarında kalıcı bir yapı olduğu görülmektedir. Çalışma alkol-madde bağımlılığı alanında yapılacak impulsivite ve ilişkili değişkenlere ışık tutma amacını taşımakta olup, bulgular daha büyük ve farklı grupların alındığı ileri çalışmalarla desteklenmelidir.

TEŞEKKÜR

Veri toplanmasındaki yardımlarıyla sağlıklı kontrol grubunun oluşmasına imkân tanıyan, PDR uzmanı Musa Turhan'a ve edisyon esnasındaki katkılarının dolaylı Prof. Dr. Ertan Tezcan'a teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

- Ainslie G (1975) Specious reward: a behavioral theory of impulsiveness and impulse control. *Psychol Bull*; 82: 463-496.
- Allen TJ, Moeller FG, Rhoades HM, Cherek DR (1998) Impulsivity and history of drug dependence. *Drug Alcohol Depend*; 50: 137-145.
- Barratt ES (2005) Barratt Impulsiveness Scale, Version 11 (BIS-11) Impulse-Control Disorders Measures. Hollander E, Cohen L, Simon L, editors. *Handbook of Psychiatric Measures*. Rush AJ, Pincus HA, First MB, editors. Washington, DC: APA.
- Bickel WK, Marsch LA (2001) Toward a behavioral economic understanding of drug dependence: delay discounting processes. *Addiction*; 96: 73-86.
- Brady KT, Myrick H, McElroy SL (1998) The relationship between substance use disorders, impulse control disorders, and pathological aggression. *Am J Addiction*; 7: 221-230.
- Buss AH, Perry M (1992) The Aggression Questionnaire. *J Pers Soc Psychol*; 63: 453-459.
- Can S (2002) Aggression Questionnaire Adli Ölçeğin Türk Popülasyonunda Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. İstanbul: GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Psikiyatri Bölümü.
- Chilcoat HD, Breslau N (1999) Pathways from ADHD to early drug use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38: 1347-1354.
- Coles EM (1997) Impulsivity in Major Mental and Personality Disorders. Impulsivity:

- Theory, Assessment, and Treatment. Webster CD, Jackson MA, editors. New York: The Guilford Press.
- Disney ER, Elkins IJ, McGue M, Iacono WG (1999) Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *Am J Psychiatry*; 156: 1515-1521.
- Eysenck HJ, Eysenck SB (1975) *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (adult and junior)*. London: Hodder & Stoughton.
- Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrett P (1985) A revised version of the psychoticism scale. *Pers Individ Dif*; 6: 21-29.
- Francis LJ, Brown LB, Philipchalk R (1992) The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Pers Individ Dif*; 13: 443-449.
- Güleç H, Tamam L, Gulec MY, Turhan M, Zengin M, Karakus G, Stanford M (2008) Psychometric properties of Turkish version of Barratt Impulsivity Scale 11th (BIS-11). *Bull Clin Psychopharmacol* 2008 (baskıda)
- Jentsch JD, Taylor JR (1999) Impulsivity resulting from frontostriatal dysfunction in drug abuse: implications for the control of behavior by reward-related stimuli. *Psychopharmacology*; 146: 373-390.
- Karancı N, Dirik G, Yorulmaz O (2007) Reliability and validity studies of Turkish translation of Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated. *Türk Psikiyatri Derg*; 18: 254-261.
- Koob GF (1996) Drug addiction: the yin and the yang of hedonic homeostasis. *Neuron*; 16: 893-896.
- Kruedelbach N, McCormick RA, Schulz SC, Grueneich R (1993) Impulsivity, coping styles, and triggers for craving in substance abusers with borderline personality disorder. *J Personal Disord*; 7: 214-222.
- Lejoyeux M, Feuche N, Loi S, Solomon J, Ades J (1998) Impulse-control disorders in alcoholics are related to sensation seeking and not to impulsivity. *Psychiatry Res*; 81: 149-155.
- McCown WG (1988) Multi-impulsive personality disorder and multiple substance abuses: evidence from members of self-help groups. *Br J Addict*; 83: 431-432.
- Miller L (1991) Predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction: neuropsychology, personality, and cognitive style. *J Subst Abuse Treat*; 8: 277-291.
- Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC (2001) Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry*; 158: 1783-1793.
- Moeller FG, Dougherty DM, Barratt ES, Schmitz JM, Swann AC, Grabowski J (2001) The impact of impulsivity on cocaine use and retention in treatment. *J Subst Abuse Treat*; 21: 193-198.
- Molina BSG, Smith BH, Pelham WE (1999) Interactive effects of attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorder on early adolescent substance use. *Psychol Addict Behav*; 13: 348-358.
- Moss HB, Yao JK, Panzak GL (1990) Serotonergic responsivity and behavioral dimensions in antisocial personality disorder with substance abuse. *Biol Psychiatry*; 28: 325-338.
- Murray HW, Patkar AA, Mannelli P, DeMaria P, Desai AM, Vergare MJ (2003) Relationship of aggression, sensation seeking, and impulsivity, with severity of cocaine use. *Add Dis Treat*; 2: 113-121.
- O'Boyle M, Barratt ES. Impulsivity and DSM-III-R personality disorders (1993) *Pers Individ Dif*; 14: 609-611.
- Özer AK (1994) Sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçekleri ön çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*: 26-35.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995) Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychol*; 51: 768-774.
- Rachlin H (2000) *The science of self-control*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Spielberger CD, Jacobs G, Russel F (1983) *Assessment of Anger: the State Trait Anger Scale*. Advances in Personality Assessment, Vol II. Butcher JN, Spielberger CD, editors. Hillsdale, NJ: LEA.
- Young SE, Mikulich SK, Goodwin MB, Hardy J, Martin CL, Zoccolillo MS, Crowley TJ (1995) Treated delinquent boys' substance use: onset, pattern, relationship to conduct and mood disorders. *Drug Alcohol Depend*; 37: 149-162.
- Vuchinich RE, Tucker JA (1988) Contributions from behavioral theories of choice to an analysis of alcohol-abuse. *J Ab Psychol*; 97: 181-195.