



ARAŞTIRMA / RESEARCH

Kumar oynama bozukluğu tanısı olan hastalarda anksiyete, depresyon, ruminasyon ve dürtüsellik

Anxiety, depression, rumination and impulsivity in patients with gambling disorder

Merih Altıntaş

SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul, Turkey

Cukurova Medical Journal 2018;43(3):624-633

Abstract

Purpose: The aim of this study was to assess anxiety, depression, ruminative thoughts and impulsivity in patients with gambling disorder and to compare it with healthy group.

Materials and Methods: 30 male patients who are 18-65 years old and applied for treatment to an addiction treatment center and diagnosed with gambling disorder according to DSM 5 formed the sampling group and 30 male patients who applied to the same addiction treatment center with non-gambling related reasons formed the control group. South Oaks Gambling Screen, Beck Depression Scale, Beck Anxiety Scale, Ruminative Thoughts Scale and Barratt Impulsiveness Scale were applied.

Results: Beck depression, Beck anxiety and ruminative thoughts scores are noted to be significantly higher in patients with gambling disorder than the control group. Motor barratt impulsivity points of patients with gambling disorder were significantly higher than the control group and Non-planning impulsivity points were higher among the control group.

Conclusion: Gambling disorder results in many personal, familial and social problems. It is noted that the reason for applying for treatment center is not because of gambling problems but because of other mental problems caused by gambling. It is important to question the comorbidity such as anxiety and depression, plan treatment considering impulsive manner and ruminative character and evaluate with a broader integrated point of view.

Key words: Gambling disorder, impulsivity, anxiety, depression, rumination

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı kumar oynama bozukluğu tanısı olan hastalarda, kumar oynama davranışı, anksiyete, depresyon, ruminatif düşünceler ve dürtüsellik değerlendirilmesi ve sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Bir bağımlılık polikliniğine başvuran, DSM-5'e göre kumar oynama bozukluğu tanısı alan 18-65 yaş arası 30 erkek hasta örneklem grubunu, aynı merkeze kumar dışı nedenlerle başvuran hasta yakınlarından oluşan 30 erkek kontrol grubunu oluşturdu. Katılımcılara South Oaks Kumar Tarama Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Ruminatif Düşünceler Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Beck depresyon, Beck anksiyete ve ruminatif düşünceler puanları kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı. Kumar oynama bozukluğu tanılı hastaların, motor Barratt dürtüsellik puanları kontrol grubundan anlamlı oranda daha yüksekti. Tasarlanmamış Barratt dürtüsellik puanları ise kontrol grubunda daha yüksek bulundu.

Sonuç: Kumar oynama bozukluğu kişisel, ailevi ve sosyal birçok olumsuz sonuca neden olmaktadır. Tedaviye başvurunun genellikle kumar oynama sorunu için değil, kumarın neden olduğu diğer ruhsal problemler nedeniyle olduğu dikkat çekmektedir. Bu kişilerde anksiyete, depresyon gibi eştanıların sorgulanması, hastalığın ruminatif karakteri ve dürtüsel tutumla olan birlikteliğinin tedavi planlamasında gözönünde bulundurulması ve bağımlılık ekseninde daha bütüncül bir bakış açısıyla ele alınması önemli görünmektedir.

Anahtar kelimeler: Kumar oynama bozukluğu, dürtüsellik, anksiyete, depresyon, ruminasyon

Yazışma Adresi/Address for Correspondence: Dr. Merih Altıntaş, SBÜ Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. İstanbul, Turkey E-mail: merihaltintas@yahoo.com
Geliş tarihi/Received: 27.11.2017 Kabul tarihi/Accepted: 18.12.2017

GİRİŞ

Kumar oynama davranışı farklı şekillerde açıklanmakta fakat sıklıkla daha yüksek bir kazanç elde etmek umuduyla başka birşeyi riske atmak olarak tanımlanmaktadır¹. Kumar oynama davranışının, eğlence amacıyla oynanan ve kontrol kaybının olmadığı, “Sosyal kumar oynama” olarak bilinen tipinde, kumar sınırlı bir süre alır ve kabul edilebilir düzeyde kayıplar vardır. Kumar oynayan kişilerin %80-85’i bu grubu oluşturmaktadır². Bir sonraki aşama ise problemlili kumar oynama davranışdır. Kumar oyunlarının sürekli ve yineleyici bir duruma gelmesiyle ortaya çıkar³. Bu kişiler hayatlarında kumarla ilgili sorunlar yaşamakta ve kumara oldukça fazla zaman harcamaktadır. Kumara verilen paranın miktarı gittikçe artar ve daha sık oynamaya başlarlar. Kumarın olumsuz sonuçlarına rağmen kişiler daha fazla risk almaktadır⁴. Bu iki kumar oynama davranışı tipi, kumar oynama bozukluğu (KOB) tanı ölçütlerini karşılamaz. Kumar oynanama davranışının en ileri formu ise KOB’dur. Kumar oynama davranışı patolojik hale ilerledikçe büyüsel düşüncenin varlığı dikkat çeker. Kişi kaybetmeyi kötü şansa bağlarken kazanmayı bazı kişisel özellikleri ile ilişkilendirmektedir⁵. KOB, işlevsellikte bozulmaya neden olacak şekilde ve sürekli bir biçimde kumar oynama davranışı olarak tanımlanır⁶. Kumar oynayan yetişkinlerde %5 oranında bulunur⁷. Fiziksel, psikolojik ve sosyal olumsuz sonuçlarına rağmen kumar oynamanın devam ettiği ruhsal bir bozukluktur⁸. Kişinin aile hayatında, sosyal çevresinde ve meslek alanında birçok olumsuz duruma yol açabilmektedir. Yasal sorunlar ve suç davranışı da sık gözlenen durumlar arasındadır⁹.

Patolojik kumar psikanalitik, öğrenme, bilişsel teoriler ve nörotransmitter teorileri ile açıklanmaya çalışılmış fakat bu bozukluğun kompleks ve heterojen doğasını bugüne kadar tek bir model tam olarak açıklayamamıştır¹⁰. DSM-III’de dürtü kontrol bozuklukları içinde, DSM-IV’de “Başka yerde sınıflandırılmamış dürtü kontrol bozuklukları” başlığında yer almıştır. DSM 5 ile beraber, “Madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları” kategorisinde ve “Madde ile ilişkili olmayan bozukluklar” bölümüne alınmıştır⁶. Kumar oynama davranışının kötüye kullanılan maddelerin ödül yollarını etkinleştirmesine benzer bir şekilde etki göstermesi ve madde kullanım bozukluklarının yarattığına benzer bazı davranışsal belirtilere sebep

olması, davranışsal bir bağımlılık olarak sınıflanmasında temel teşkil etmiştir¹¹.

KOB tanılı hastalar genellikle kumar sorunlarını gizleme eğilimindedirler ve durum ileri bir boyuta varduktan sonra yardım arama girişiminde bulunurlar. Tedaviye başvuru sıklıkla kumarın neden olduğu diğer ruhsal problemler nedeniyle olmaktadır¹². Kumar oynama ile ilgili bozuklukların dünya genelinde erişkinlerin %0.2-5.3’ünü etkilediği, KOB’un genel popülasyonda yıllık yaygınlığının %0.2-%0.3, yaşam boyu yaygınlığının ise %0.04-%1 olduğu bildirilmiştir⁶. 119 çalışmayı inceleyen bir metaanaliz sonucuna göre patolojik kumarın yetişkinler arasındaki yaşamböyü prevalansı %1.6’dır². KOB, bipolar bozukluk ve şizofreni prevalansına benzer oranda genel popülasyonda %1-3 oranındadır^{4,9}.

Kumarın at yarışı, masa oyunları, rulet, iskambil, spor bahisleri, oyun makineleri, borsa, piyango ve internetten oynanan yasal olmayan bahis gibi türleri olabilir. Teknolojik değişimlerle birlikte yeni oyun tipleri ortaya çıkmakta ve kumar oynama davranışlarının görülme sıklığı artmaktadır. Patolojik kumar kişisel, ailevi ve sosyal bazı zarara yol açabildiği gibi birçok psikiyatrik durum ile de birlikte görülebilmektedir¹⁰.

KOB’da, yoğun suçluluk ve utanç düzeyleri, artmış impulsivite ve bozulmuş karar verme ve bağımlılık sendromlarına benzer klinik özellikler saptanmıştır. Majör depresif epizodları, anksiyete bozukluklarını veya madde kullanım bozukluklarını başlatması ya da alevlendirmesi en sık görülen psikiyatrik sonuçlarındandır⁹. Tedavi edilebilen bir hastalık olan KOB, tanı konulmadığı veya tedavi edilmediğinde hızlı bir şekilde ilerleyebilmektedir. Bu durum etkin tedavide eşanların önemini de ortaya koymaktadır.

Bu çalışmanın amacı KOB tanısı olan hastalarda, kumar oynama davranışı, anksiyete, depresyon, ruminatif düşünceler ve dürtüsellik değerlendirme ve kontrol grubu ile karşılaştırmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi davranışsal bağımlılıklar polikliniğine başvuran ve DSM 5 kriterlerine göre KOB tanısı olan 30 erkek hasta bu vaka kontrol çalışmasının örneklemini oluşturdu. 18-65 yaş arası, aydınlatılmış onam formunu imzalayıp araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler, ardışık olarak

araştırmaya dahil edildi. Okuma yazma bilmeyen, görüşmeyi sürdürmeye engel nörolojik bozukluk veya zeka geriliği olan, sekel bırakan bir hastalık veya kafa travması geçirmiş olan kişiler araştırma dışı bırakıldı. Kontrol grubunu ise Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesine kumar dışı nedenlerle başvuran hasta yakınlarından oluşan 30 erkek oluştu. Katılımcılara South Oaks Kumar Tarama Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeği, Ruminatif Düşünceler Ölçeği ve Barratt Dürtüsellik Ölçeği uygulandı. Araştırmaya alınma kriterlerini karşılayan hastalara ölçekler ilk başvuru günü ve tedavileri başlanmadan önce uygulandı.

Kullanılan ölçekler

Sosyodemografik veri formu

Araştırmaya alınan hastaların ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, kumar oynamaya ilgili bilgiler gibi sosyodemografik özelliklerini saptayabilmek için araştırmacılar tarafından hazırlanan yarı yapılandırılmış bir formdur.

South Oaks Kumar Tarama Testi Türkçe Formu (SOKTT)

Lesieur ve Blume tarafından geliştirilen formun Türkçeye uyarlaması Duvarcı ve Varan tarafından yapılmıştır^{13,14}. Kumar oynama şiddetini ölçmeye yönelik 19 maddeden oluşmaktadır. Özgün ölçekte kesim puanı 5 iken Türkçe uyarlamasında 8'dir. Türk örnekleminde toplam 19 puan üzerinden, 8 ve yukarı puan alanların muhtemel patolojik düzeyde kumar oynayanlar olarak sınıflandırılırlar. Bireyin kumarla ilgili gizlediği bazı şeyler, planlanandan daha fazla para harcayıp harcamadığı, ailesiyle kumar sebebiyle tartışıp tartışmadığı, kumar borçlarını ödeyebilmek ya da kumar oynayabilmek için borç alıp almadığı gibi konuları içeren maddeler bulunur. Ölçeğin iç tutarlık katsayısı Cronbach alfa .87 ve test-tekrar test korelasyon katsayısı .95 olarak belirtilmiştir.

Beck Depresyon Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen ölçekte, depresyona özgü davranışlar ve semptomlar tanımlanmıştır ve her bir cümleye 0-3 arasında puan verilir¹⁵. 21 maddeden oluşan ölçekte maddeler hafiften şiddetli forma doğru sıralanır. Hastaların son bir haftalık durumlarını en iyi tanımlayan ifadeleri işaretlemeleri istenmektedir. Sonuç puanların toplamı ile elde edilmektedir. Şiddet olarak 0-9= minimal, 10-16= hafif, 17-29= orta, 30-63=

şiddetli olarak yorumlanır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır¹⁶.

Beck Anksiyete Ölçeği

Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilen, 21 maddeden oluşan ve 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir¹⁷. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır¹⁸. 8-15 puan = Hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan= orta düzeyde anksiyete, 26-63 puan = şiddetli düzeyde anksiyete olarak değerlendirilir.

Ruminatif Düşünme Biçimi Ölçeği (RDBÖ)

Brinker ve Dozois tarafından geliştirilmiştir ve ruminatif düşünme biçimlerini değerlendirmek amacıyla kullanılır¹⁹. 20 maddeden oluşur ve 7'li likert tipindedir. Katılımcılar Maddelerdeki ifadelerin kendilerine ne kadar uyduğunu 7 (beni çok iyi tarifliyor) ile 1 (beni hiç tariflemiyor) arasındaki bir derece ile puanlarlar. kişinin o anki duygudurumundan bağımsız olarak genel bir ruminatif yanıt biçimini değerlendirmeye çalışır ve sadece depresyon odaklı değildir. bir kesme puanı bulunmamaktadır. psikopatolojik bir duruma özgü olmadıgından ölçekteki puanların toplamı bir psikiyatrik bozukluğu göstermez. türkçe geçerliliği karatepe ve arkadaşları tarafından yapılmıştır²⁰.

Barrat Impulsivite Ölçeği (BIS-11)

Dürtüsellik ölçmek için kullanılan ve 30 maddeden oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. dikkatsizlik, motor dürtüsellik ve tasarlanmamış dürtüsellik olmak üzere 3 alt ölçeği vardır ve bunların toplamından toplam bis-11 puanı elde edilir. bireyin kendisinden yanıt olarak 'nadiren/ hiçbir zaman', 'bazen', 'sıklıkla' ve 'hemen her zaman/her zaman' seçeneklerinden kendine en uygun ifadeyi işaretlemesi istenir. yüksek puanlar yüksek dürtüsellik düzeyini gösterir²¹. türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır²².

İstatistiksel analiz

Çalışmanın verileri SPSS Windows 22 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sayısal verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılıma uyan sayısal verilerin iki örneklem grubu arasındaki istatistiksel değerlendirmesinde student t testi kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin birbirleriyle olan ilişkisi Pearson Korelasyon Analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Gruplar arasında kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

KOB tanılı hastalar ve sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu arasında meslek, medeni durum, kiminle yaşadığı, alkol kullanımı, madde kullanımı ve geçmiş psikiyatrik öykü bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 1). KOB tanılı hastalar ile kontrol grubu arasında yaş, eğitim yılı, çocuk sayısı ve alkol kullanılmaya başlanılan yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı (Tablo 1).

KOB tanılı hastaların, haftada bir kere veya daha sık oynadıkları kumar türlerinden, internet üzerinden rulet oynamanın en sık tip olduğu (%87.5), haftada bir kereden az oynanan kumar tipinin ise en sık internetten bahis olduğu saptandı (%63.3). (Tablo 2). Hastaların bir günde kumara yatırdıkları en fazla para miktarı $16,788 \pm 29,832$ TL (min-maks, 50-150,000) olarak saptandı. Hastaların hepsinin niyet ettiği kadar daha fazla kumar oynama davranışları olmuştur ve kumar ile ilgili delilleri çevresinden saklamışlardır. Hastaların yarısı kaybettikleri parayı yeniden kazanmak için tekrar kumar oynamaya gitmişti. Hastaların %76.7'si kumar ile ilgili sorunu

olduğunu düşünüyor, %96.7'si kumar ile ilgili suçluluk duyuyordu. (Tablo 3).

KOB tanılı hastaların ilk oynadıkları kumar tipinin en sık bayiden bahis oynama olduğu (%56.7), son dönem en sık oynanan kumar türünün %63.3 ile internet üzerinden bahis olduğu saptandı. Hastaların %76.7'sinin halen borcu vardı. Hastaların %93.3'ü daha önceden, "gizli borç" olarak tanımladıkları ve genellikle aile ile paylaşmadıkları borç yapmışlardı ve %53.3'ünün halen gizli borcu mevcuttu. Hastaların %33.3'ünün kumar oynayan bir birinci derece yakını bulunuyordu ve hastaların tamamı hayatlarının herhangi bir döneminde kumar ile ilgili borçları nedeniyle maddi destek almışlardı. Hastalara kumara başlama nedenleri sorulduğunda; para kazanmak (%53.3), heyecan (%23.3), arkadaş etkisi (%10), diğer nedenler (%6.7) ve bir nedeni olmadan başlama (%6.7) şeklinde bildirmişlerdi (Tablo 4). KOB tanılı hastalar ile kontrol grubu depresyon ve anksiyete puanları bakımından karşılaştırıldığında arada istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptandı. Beck Depresyon ve Beck Anksiyete puanları KOB tanılı hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek saptandı (sırasıyla $p=0.002$, $p=0.044$) (Tablo 5). KOB tanılı hastalar ve kontrol grubunun ruminatif düşünceler puanları karşılaştırıldığında hasta grubunun ruminatif düşünceler puanı, kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek bulunmuştur ($p=0.003$) (Tablo 5).

Tablo 1. Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalar ve kontrol grubunun sosyodemografik ve klinik özellikleri

	Hasta grubu (n=30)	Kontrol grubu (n=30)	p
Yaş (yıl)	36.7±8.9	38.6±12.8	0.508
Eğitim süresi (yıl)	12.0±3.8	11.6±4.6	0.738
Çocuk sayısı	1.0±1.0	1.3±1.1	0.289
Alkol kullanmaya başlanılan yaş (yıl)	18.1±1.5	18.0±2.1	0.925
Meslek	İşçi	6 (20.0)	0.120
	Memur	8 (26.7)	
	Öğrenci	1 (3.3)	
	Emekli	3 (10.0)	
	Diğer	21 (70.0)	
Medeni durum	Evli	23 (76.7)	0.435
	Bekar	6 (20.0)	
	Boşanmış	1 (3.3)	
Kiminle yaşadığı	Aile	29 (96.7)	0.177
	Yalnız	1 (3.3)	
Alkol kullanımı	15 (50.0)	10 (33.3)	0.147
Madde kullanımı	1 (3.3)	0 (0.0)	0.500
Geçmiş psikiyatrik öykü	4 (13.3)	0 (0.0)	0.056

Veriler n (%) ya da ortalama±standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 2. Kumar oynama bozukluğu tanımlı hastalarda kumar oynama davranışının South Oaks Kumar Tarama Testi ile değerlendirilmesi

Oynanan kumar çeşitleri	Hiç	Haftada 1'den az	Haftada 1 veya daha fazla
At yarışı	20 (66.7)	6 (20.0)	4 (13.3)
Parasına kağıt oyunları (poker, yanık vb.)	19 (63.3)	3 (10.0)	8 (26.7)
Parasına okey	20 (66.7)	3 (10.0)	7 (23.3)
Parasına zar oyunları (barbut vb.)	29 (96.7)	1 (3.3)	0 (0)
Spor-Toto veya Spor-Loto	16 (53.3)	8 (26.7)	6 (20.0)
Sayısal-loto	21 (70.0)	7 (23.3)	2 (6.7)
Kazı-kazan	24 (80.0)	4 (13.3)	2 (6.7)
Milli piyango	23 (76.7)	7 (23.3)	0 (0)
Borsada oynama	28 (93.3)	1 (3.3)	1 (3.3)
Casino oyunları	24 (80.0)	2 (6.7)	4 (13.3)
Parasına beceri isteyen oyunlar (bıardo vb.)	26 (86.7)	2 (6.7)	2 (6.7)
İnternette bahis	11 (36.7)	19 (63.3)	0 (0)
Bahis	5 (16.7)	1 (3.3)	24 (80.0)
İnternet rulet 21	28 (93.3)	2 (6.7)	14 (87.5)
Diğer kumar türleri (İnternette tenis, vb.)	14 (87.5)	2 (12.5)	0 (0)

Veriler n (%) ya da ortalama±standart sapma olarak verilmiştir.

Tablo 3. Kumar oynama bozukluğu tanımlı hastalarda kumar oynama davranışının South Oaks Kumar Tarama Testi ile değerlendirilmesi

Hasta grubu (n=30)		n (%)
Hayatınızdaki insanlardan hangilerinin geçmişte veya halen kumar sorunu olduğunu işaretleyiniz.	Baba	6 (20.0)
	Kardeşler	4 (13.3)
	Diğer akrabalar	13 (43.3)
Kumar oynadığınızda kaybettiğiniz parayı yeniden kazanmak için başka gün yine kumar oynamaya gider misiniz?	Hiç	1 (3.3)
	Bazen	1 (3.3)
	Çoğu zaman	13 (43.3)
	Her zaman	15 (50.0)
Gerçekten kazanmıyorken, hatta kaybettiğinizde, hiç kumardan para kazandığınızı iddia ettiğiniz oldu mu?	Asla	14 (46.7)
	Kaybettiğim zamanların yarısının azında	13 (43.3)
	Çoğu zaman	3 (10.0)
Bahis ve kumarla ilgili hiç sorunuz olduğunu düşünüyor musunuz?	Geçmişte fakat şimdi değil	7 (23.3)
	Evet	23 (76.7)
Hiç niyet ettiğinizden daha fazla kumar oynadığınız oldu mu?	Evet	30 (100.0)
Hiç insanların, sizin kabul edip etmediğinize bakmaksızın, bahis oynamanızı eleştirdikleri ve size kumar sorunuz olduğunu söyledikleri oldu mu?	Hayır	1 (3.3)
	Evet	29 (96.7)
Kumar oynamanızdan veya kumar oynadığınız zaman olanlardan dolayı hiç suçluluk duyduğunuz oldu mu?	Hayır	1 (3.3)
	Evet	29 (96.7)
Bahse girmeyi veya kumar oynamayı bırakmak istediğiniz ama bırakmak ama bunu yapamayacağınızı düşündüğünüz oldu mu?	Hayır	6 (20.0)
	Evet	24 (80.0)
Bahis kağıtlarını, piyango biletlerini, kumar paralarını, kumar borçlarını veya diğer bahis veya kumar delillerini eşinizden çocuklarınızdan veya hayatınızdaki diğer önemli insanlardan hiç sakladığınız oldu mu?	Evet	30 (100.0)
Birlikte yaşadığınız insanlarla parayı nasıl harcadığınız konusunda hiç tartıştığınız oldu mu?	Hayır	3 (10.0)
	Evet	27 (90.0)
Para konusundaki tartışmaların hiç sizin kumar oynamanız üzerinde yoğunlaştığı oldu mu?	Hayır	3 (10.0)
	Evet	27 (90.0)
Hiç birinden borç alıp kumar yüzünden borcunuzu ödeyemediğiniz oldu mu?	Hayır	4 (13.3)
	Evet	26 (86.7)

Bahis oynama veya kumar yüzünden hiç işinize veya okulunuza geç gittiğiniz ya da gitmediğiniz oldu mu?	Hayır	11 (36.7)
	Evet	19 (63.3)
Eğer kumar oynamak veya kumar borçlarını ödemek için borç aldysanız, kimden veya nereden borç aldınız?	Evin parasından	10 (33.3)
	Akrabalardan	12 (40.0)
	Bankalardan	6 (20.0)
	Kredi kartlarından	1 (3.3)
	Kumarhaneye borçlanarak	1 (3.3)

Veriler n (%) olarak verilmiştir.

Tablo 4. Kumar oynama bozukluğu tanılı hastaların diğer kumar oynama davranışları

		Hasta grubu (n=30)
İlk kumar tipi	Masa oyunları	6 (20.0)
	Bahis (Bayiden)	17 (56.7)
	At yarışı	4 (13.3)
	İnternet üzerinden bahis	2 (6.6)
	İnternet üzerinden diğer (rulet, 21 Vb.)	1 (3.3)
Son dönem kumar tipi	Masa oyunları	3 (10.0)
	Bahis bayiden	5 (16.7)
	At yarışı	2 (6.7)
	İnternet üzerinden bahis	19 (63.3)
	İnternet üzerinden diğer (rulet, 21 Vb.)	1 (3.3)
Mevcut bilinen borç	Yok	7 (23.3)
	Var	23 (76.7)
Önceki gizli borç	Yok	2 (6.7)
	Var	28 (93.3)
Mevcut gizli borç	Yok	14 (46.7)
	Var	16 (53.3)
Maddi destek alma	Var	30 (100.0)
Kumar oynayan 1. Derece yakını	Yok	20 (66.7)
	Var	10 (33.3)

Veriler n (%) olarak verilmiştir.

KOB tanılı hastaların, motor Barratt dürtüsellik puanları kontrol grubuna oranla anlamlı olarak daha yüksek saptanırken ($p=0.004$), tasarlanmamış Barratt puanları kontrol grubunda daha yüksek bulundu ($p=0.00$). KOB tanılı hastalar ve kontrol grubu arasında dikkat Barratt ve toplam Barratt puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık

saptanmadı (Tablo 5). Hastaların kumara başlama yaşı, toplam kumar oynama süreleri ve bir günde kumar için harcadıkları süre ile Beck Depresyon, Beck Anksiyete, Ruminatif düşünceler ölçek puanları, Barratt Dürtüsellik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 6).

Tablo 5. Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalar ve kontrol grubunun anksiyete, depresyon, dürtüsellik ve ruminatif düşünceler açısından karşılaştırılması

	Hasta grubu (n=30)	Kontrol grubu (n=30)	p
Beck Depresyon Ölçeği Puanı	18.1±10.0	9.3±10.5	0.002
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	13.6±12.6	7.8±9.1	0.044
Ruminatif Düşünceler Puanı	79.8±20.1	61.9±24.7	0.003
Barrat Puanı			
Dikkat	30.8±3.6	32.6±4.2	0.083
Motor	13.1±2.2	11.4±2.2	0.004
Tasarlanmamış	18.0±2.7	21.0±3.0	<0.001
Toplam	61.9±6.0	64.9±6.1	0.057

Tablo 6. Kumar oynama bozukluğu tanılı hastalarda anksiyete, depresyon, ruminatif düşünceler ve dürtüsellik puanları ile kumar oynama davranışları arasındaki ilişki için Spearman korelasyon katsayıları (r) (n=30)

	Kumara başlama yaşı	Oynama süresi (ay)	Günlük oynama saati
Beck Depresyon Ölçeği Puanı	-0.136	0.033	-0.011
Beck Anksiyete Ölçeği Puanı	0.059	-0.062	0.021
Ruminatif Düşünceler Puanı	-0.038	-0.035	0.161
Barrat Puanı			
Dikkat	0.023	-0.269	0.192
Motor	-0.279	0.094	0.028
Tasarlanmamış	-0.227	0.303	-0.247
Toplam	-0.191	0.013	0.011

*p<0.05; **p<0.01

TARTIŞMA

Zaman ve yer ile ilişkili olarak kumar oyunları şekil ve yöntem değiştirebilmekte, bazı etnik ve kültürel özellikler de bunda etkili olabilmektedir. Kumarın tipi ne olursa olsun olumsuz sonuçlarının ise benzer olduğu bilinmektedir. Araştırmamızda medeni durum ve eğitim süresi bakımından KOB tanılı hastalar ile kontrol grubu arasında bir fark saptanmamıştır. Kumar oynama bozukluğunun eğitim süresi ve medeni durum ile ilişkili olmadığını bildiren yayınlar mevcuttur ve sonuçlarımız bunlarla uyumlu görünmektedir²³.

KOB'da %50-60 oranında kalıtsallıktan bahsedilmekte ve birinci derece akrabalarında KOB olan kişilerin %20'sinde de KOB tanısı bulunduğu bildirilmektedir²⁴. Biz araştırmamızda KOB tanılı hastaların yakınlarında %76.6 olan kumar oynama oranını, birinci derece akrabalarında %33.3 tespit ettik. Sonuçlarımız kumar oynayan kişilerin yakın akrabalarında kumar oynama oranının yüksek olduğu bilgisi ile örtüşmektedir.

Kumar oynama davranışı erkeklerde sıklıkla erken adolesan yaşta başlar ve ergenlerde toplumdan 4 kat daha fazla oranda saptanır¹⁰. Kumar oynamaya en sık başlama yaşı 25-29'dur²⁵. Benzer şekilde biz de KOB tanılı hastalarımızda kumar oynamaya başlama yaş ortalamasını 22.8±6.56 olarak saptadık. Kronik ve progresif bir seyir izleyen, abstinence ve relapslar ile giden bir sürece sahip bu hastalıkla ilişkili olarak, hastalarımızda gözlenen yaş ortalamaları erken tanı ve tedavinin önemini ortaya koymasından açısından değerlidir.

Araştırmamızda hastaların ortalama kumar oynama süreleri 147.4±103.9 ay olarak saptandı. Yani hastaların çoğu 10 yılı aşkın süredir kumar oynuyordu. Adolesan çağda başlayan kumar oynama

davranışının yıllarca tanı almadan kalabildiği bilinmektedir. Patolojik kumarbazlar tanı aldıklarında genellikle 20-30 yıllık bir kumar oynama öyküsü vardır ve bağımlılık davranışı gelişmiştir²⁶. Örneklem grubumuz ve sonuçlarımız bu yönüyle literatür ile benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda KOB tanılı hastalar bir bağımlılık polikliniğine başvuran hastalar arasından seçilmiştir. Patolojik kumar tanısına ek olarak alkol ve madde kullanımı olan hastalar araştırma dışı bırakılmamıştır. Her iki grup arasında alkol ve madde kullanımı açısından anlamlı farklılık saptanmamış olsa da KOB tanılı hastaların yarısında alkol kullanımının olduğu, %3.3'de madde kullanımının olduğu saptanmıştır. Patolojik kumar oynayanlarda alkol ve madde kullanımı birlikteliği %8-47 oranındadır⁵. Bir araştırmada ise patolojik kumar tanısı olan hastaların %45-63'ünde, tedavi için başvuran hastaların ise %19-50'sinde alkol veya madde kullanım bozukluğu saptanmıştır²⁵.

Patolojik kumarın diğer psikiyatrik hastalıklar ile birlikteliği sıklıkla saptanır²⁵. Sağlık çalışanları patolojik kumar tanısı olan hastalarla genellikle eşlik eden psikiyatrik tablolar nedeni ile karşılaşmaktadır. Patolojik kumar oynama alkol ve madde kullanım bozuklukları, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yeme bozuklukları, psikosomatik bozukluklar, kişilik bozukluğu gibi birçok psikiyatrik durumla birlikte görülür²⁷. Bu hasta grubunda depresyon %15-20 oranında saptanır⁵. Bazı araştırmalarda ise %70'e vardığı bildirilmiştir. Bunlardan yola çıkarak patolojik kumarın bir duygudurum bozukluğu olabileceğini öne süren çalışmalar da bulunmaktadır²⁶. Bizim araştırmamızda da KOB tanılı hastaların Beck depresyon puanları 18.1±10.0'dur ve bu değerlerin

kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Patolojik kumar ile birlikte majör depresif bozukluk ortaya çıkabilmekte ya da daha kötüleşebilmektedir²⁶. Yüksek stres ve disforik mood durumlarında da kumar oynamada alevlenmelerin gözlemlendiği de bildirilmiştir⁵. KOB tanılı hastalarda kumar oynamakla ve sonuçları ile ilgili suçluluk duygularına sık rastlanır ve suçluluk duyduğunu bildiren kişilerin oranı %96.7 olarak bulunmuştur²⁶. Ayrıca KOB olan kişilerde intihar girişimi de yüksektir²⁸. Kumara eşlik eden depresyonun erken saptanması ve tedavi edilmesinin tedavi sonuçlarını olumlu etkilediği ve yinelemeyi azalttığı bilinmektedir²⁹.

Araştırmamızda KOB tanılı hastaların Beck Anksiyete puanları 13.3 ± 12.6 bulunmuştur ve bu değer hastaların kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek anksiyeteye sahip olduklarını göstermektedir. Bir metaanaliz sonucu, patolojik kumar oynayanlarda eşanı oranının yüksek olduğunu bildirmektedir. Duygudurum bozuklukları (majör depresif bozukluk, distimi, manik epizod) %37.9, anksiyete bozukluğu (panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve spesifik fobi) %37.4 oranında eşlik etmektedir^{30,31}. Bir başka araştırmada patolojik kumar hastalarında anksiyete bozukluğunun %41.3 oranında olduğu saptanmıştır³².

Patolojik kumarın bir bağımlılık mı yoksa bir kompulsiyon mu olduğu sorusu üzerine çeşitli araştırmalar yapılmış ve farmakolojik olmayan bir bağımlılık ve obsesif kompulsif spektrum bozukluğu olduğuna dair iki modelden bahsedilmiştir³³. Kompulsiyon bağımlılığın ana dinamiğini oluşturur. Maddenin temini, kullanılması ve devamı için güçlü bir isteğin olması dürtüsüdür. Maddenin nasıl, nereden ve ne zaman temin edilip kullanılacağı ruminasyonu bağımlılık ile ilişkili bir belirtidir. Tekrarlayıcı doğada seyreden tüm düşünce türlerini ifade eden ruminasyon, depresif duygudurum sırasında deneyimlenen olumsuz duygulara verilen bir tepki olarak da ortaya çıkar³⁴. Kişinin dikkatinin tekrarlayıcı olarak depresif olduğuna, nedenlerine, sonuçlarına odaklanması şeklinde tanımlanır ve disfori ve majör depresyona özgü temel bilişsel bozukluk olarak kabul edilir. Ruminasyon, endişeye benzer şekilde tekrarlayıcıdır ve olumsuz düşünce zincirleri içerir, aşırıdır ve başa çıkma mekanizması şeklinde kullanılabilir. Ruminatif düşünce biçiminin problem çözmek konusunda kendine az güvenme ve daha az çaba gösterme ile ilişkili olduğu

bildirilmiştir³⁵. Bizim araştırma sonuçlarımıza göre de KOB tanılı hastaların ruminatif düşünceler puanı, kontrol grubuna göre anlamlı oranda daha yüksek saptanmıştır. Patolojik kumar, madde bağımlılığı gibi güçlü bir fizyolojik uyarım yaratmakta bu da kişiye haz vermektedir³⁶. KOB tanılı hastalarda sürekli tekrar eden bir davranış paterni vardır³⁷. Kazanma evresiyle beraber kumarın sıklığı ve miktarı artmaya başlar. Kaybetme evresinde daha çok para kazanarak kaybettiklerini yerine koymaya çalışırken sorunlar belirginleşir. Her türlü aktivite kaybı yerine koyma amaçlıdır fakat halen büyük bir kazancı olacağını düşünür. Vazgeçme evresinde kumar oynayarak kayıpların telafi edilemeyeceği anlaşılır ancak kumar oynamaya devam edilmektedir. Patolojik kumar hastalarında ruminasyonu düşündüren bu patern dikkat çeker. Başka bir araştırmada patolojik kumar tanısı olanların kontrol grubuna göre obsesif belirtileri değerlendiren Padua envanterinden daha yüksek puan aldıkları ve bu kişilerin impulsivite ve obsesyonel özelliklerinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir³⁸.

Araştırmamızda her iki grup arasında toplam Barratt impulsivite puanları açısından bir farklılık saptanmamış fakat KOB tanılı hastalarda motor Barratt puanı daha yüksek, tasarlanmamış Barratt puanı ise daha düşük bulunmuştur. KOB ile dürtüsellik arasındaki ilişkinin durumsal değil sürekli olduğu öne sürülmüştür. Kişilik özelliği olarak ortaya çıkan dürtüsellik KOB ile ilişkili olduğu ve yaş sosyoekonomik durum gibi bazı faktörlerden de etkilendiği bildirilmiştir^{39,40}. Bir araştırmada, bütün patolojik kumar oynayanlarda trait impulsivite puanları daha yüksek bulunurken, state puanları ise farklı bulunmamıştır³⁹. KOB ilk başlangıçta haz, uyarılma, bir ödül arama davranışı şeklinde olup dürtüsellikle ilişkilidir. Zamanla oluşan hoş olmayan duygular, fizyolojik aktivasyon, disfori ve anksiyeteden kurtulmak için yapılan kompulsif bir davranışa dönüştüğü söylenmektedir⁴¹.

Sonuç olarak kumar oynama davranışı olan kişiler çoğu zaman olumsuz sonuçlar ortaya çıktıktan ya da adli süreçler ile karşı karşıya kaldıktan sonra sağlık çalışanları ile temas kurmaktadır. Kişiler kendileri bu durumdan genellikle bahsetmediğinden ve diğer bağımlılıklardaki gibi bir laboratuvar testi ile saptanamadığından ancak sorulduğunda anlaşılabilir. Oysa KOB erken tanı ve tedavi ile önlenebilir psikiyatrik bir hastalıktır ve tedavi sonuçları umut vericidir. Farmakolojik tedavi, terapi süreci, rehabilitasyon ve sosyal uyum döneminde,

anksiyete ve depresyon gibi eşanların varlığı, dürtüsel tutum ve ruminatif karakterine yönelik müdahaleler planlanması, bu hastaların daha bütüncül bir bakış açısıyla değerlendirilip tedavi edilmelerine olanak sağlayacaktır.

Bu araştırmanın en önemli kısıtlılığı; hasta sayısının görece az olmasıdır. Ayrıca hasta grubu bağımlılık merkezine kendi isteği ile tedavi için başvuran hastalardan oluşmaktadır. Tedavi başvurusu olmayan KOB tanı hastaların tespit edilmesi ve onlarla daha geniş kapsamlı araştırmaların yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

Kumar ve diğer davranışsal bağımlılıklar ile ilgili hizmet veren birimlerin oluşturulması ve bu konularda sorun yaşayan kişilerin ve yakınlarının başvuracakları merkezlerin yaygınlaştırılması, tedavi başvurusunu artırması, erken tanı ve tedaviye olanak sağlaması açısından gerekli görünmektedir.

KAYNAKLAR

- Potenza MN, Fiellin DA, Heninger GR, Rounsaville BJ, Mazure CM. Gambling: An addictive behavior with health and primary care implications. *J Gen Intern Med.* 2002;17:721-32.
- Shaffer HJ, Hall MN, Bilt JV. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *Am J Public Health.* 1999;89:1369-76.
- Raylu N, Oei TP. Pathological gambling. A comprehensive review. *Clin Psychol Rev.* 2002;22:1009-61.
- Volberg RA. The prevalence and demographics of pathological gamblers: Implications for public health. *Am J Public Health.* 1994;84:237-41.
- Sumitra LM, Miller SC. Pathologic gambling disorder. How to help patients curb risky behavior when the future is at stake. *Postgrad Med.* 2005;118:31-7.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th edition. Arlington, American Psychiatric Publishing, 2013.
- Evren C, Bozkurt M. Kumar oynama bozukluğunda tanı ve tedavi. *Psikiyatride Güncel.* 2016;6:208-21.
- American Psychiatric Association and Task Force on DSM-IV. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th edition, Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 1994.
- Fong TW. The biopsychosocial consequences of pathological gambling. *Psychiatry (Edmont).* 2005;2:22-30.
- George S, Murali V. Pathological gambling: an overview of assessment and treatment. *Adv Psychiatr Treat.* 2005;11:450-6.
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, 5. Baskı, (DSM 5) (Çev.ed.: E Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Yau YH, Potenza MN. Gambling disorder and other behavioral addictions. recognition and treatment. *Harv Rev Psychiatry.* 2015;23:134-46.
- Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry.* 1987;144:1184-8.
- Duvarcı İ, Varan A. South Oaks Kumar Tarama Testi Türkçe Formu güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikiyat Derg.* 2001;12:34-45.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561-71.
- Hisli N. Beck Depresyon Envanteri'nin üniversite öğrencileri için geçerliği üzerine bir çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1988;6:118-26.
- Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol.* 1988;56:893-7.
- Ulusoy M, Şahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother.* 1998;12:28-35.
- Brinker JK, Dozois JA. Ruminative thought style and depressed mood. *J Clin Psychol.* 2009;65:1-19.
- Karatepe HT, Yavuz FK, Turkcan A. Validity and reliability of the Turkish version of the ruminative thought style questionnaire. *Bull Clin Psychopharmacol.* 2013;23:231-41.
- Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol.* 1995;51:768-74.
- Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G, Zengin M et al. Psychometric properties of Turkish version of BIS-11. *Bull Clin Psychopharmacol.* 2008;18:251-8.
- Lesieur HR, Cross J, Frank M, Welch M, White CM, Rubenstein G et al. Gambling and pathological gambling among university students. *Addict Behav.* 1991;16:517-27.
- Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. *Lancet.* 2011;378:1874-84.
- Bland RC, Newman SC, Orn H, Stebelsky G. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Can J Psychiatry.* 1993;38:108-12.
- Pallanti S, Rossi NB, Hollander E. Dürtü Kontrol Bozuklukları Klinik El Kitabı. (Eds E Hollander, DJ Stein):251-89. İstanbul, Sigma Publishing, 2007.
- Crockford DN, el-Guebaly N. Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Can J Psychiatry.* 1998;43: 43-50.
- Maccallum F, Blaszczyński A. Pathological gambling and suicidality: an analysis of severity and lethality. *Suicide Life Threat Behav.* 2003;33:88-98.

29. Smith DP, Battersby MW, Harvey PW, Pols RG, Baigent MF, Oakes JE. The influence of depression and other co-occurring conditions on treatment outcomes for problem gamblers: A cohort study. *Med J Aust.* 2011;195:56-9.
30. Lorains FK, Cowlishaw S, Thomas SA. Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction.* 2011;106:490-8.
31. Starcevic V, Khazaal Y. Relationships between behavioural addictions and psychiatric disorders: what is known and what is yet to be learned? *Front Psychiatry.* 2017;8:53.
32. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry.* 2005;66:564-74.
33. Blanco C, Moreyra P, Nunes EV, Sáiz-Ruiz J, Ibáñez A. Pathological gambling: addiction or compulsion? *Semin Clin Neuropsychiatry.* 2001;6:167-76.
34. Martin LL, Tesser A. Toward a motivational and structural theory of ruminative thought. In *Unintended Thoughts* (Eds JS Uleman, JA Bargh):306-25. New York, Guilford, 1989.
35. Yılmaz AE. Endişe ve ruminasyonun kaygı ve depresyon belirtileri üzerindeki rolü. *Türk Psikiyat Derg.* 2014;25:1-9.
36. Türkcan A, Arslan H, Çakmak D. Alkol bağımlılarında patolojik kumar oynamanın yaygınlığı ve eşlik eden özellikler. *Düşünen Adam.* 2001;14:104-8.
37. Jazaeri SA, Habil MH. Reviewing two types of addiction-pathological gambling and substance use. *Indian J Psychol Med.* 2012;34:5-11.
38. Blaszczynski A. Pathological gambling and obsessive-compulsive spectrum disorders. *Psychol Rep.* 1999;84:107-13.
39. Lai FD, Ip AK, Lee TM. Impulsivity and pathological gambling: Is it a state or a trait problem? *BMC Res Notes.* 2011;4:492.
40. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. Neural and psychological underpinnings of gambling disorder: A review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2016;65:188-93.
41. Grant JE, Potenza MN. Compulsive aspects of impulse-control disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2006;29:539-51.