

KUMAR OYNAMAMA BOZUKLUĞU

Ceyda Şişman Ünlü¹, Cemal Onur Noyan²

¹ Bağımlılık Danışmanlığı ve Rehabilitasyon, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, Türkiye • Orcid: 0000-0002-4603-8173

² Tıp Fakültesi, Üsküdar Üniversitesi, NPIstanbul Beyin Hastanesi, İstanbul, Türkiye • Orcid: 0000-0002-4819-1032

Yazışma Adresi/Correspondence: Cemal Onur Noyan

Tıp Fakültesi, Üsküdar Üniversitesi, NPIstanbul Beyin Hastanesi, İstanbul, Türkiye

conumoyan@gmail.com

DOI: 10.32739/car.2024.8.1.223

Kumar Oynama Bozukluğu

ÖZET

Kumar Oynama Bozukluğu, tekrarlayıcı ve süregelen bir şekilde devam eden kumar oynama davranışıyla karakterize edilen bir klinik tablodur. Kumar Oynama Bozukluğu, nörobiyolojik ve klinik olarak alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ortak özellikler taşıması sebebi ile DSM-5'te madde ile ilişkili olmayan ilk ve tek davranışsal bağımlılık olarak yer almaktadır. Kumar Oynama Bozukluğu'nu nörobiyolojik ve nörobilişsel olarak incelediğimizde dopamin, serotonin, norepinefrin ve glutamat gibi nörotransmitterlerin hastalık gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir. Nörobilişsel perspektiften bakıldığında ise Kumar Oynama Bozukluğu temelinde pozitif pekiştiricilerle gelişen davranışsal koşullanma, değer atfetme, dürtüsellik ve karar verme süreçlerindeki bozuklukların yer aldığı gözlenmektedir. Birey, olumsuz yaşam olaylarıyla baş etme mekanizması olarak kumar oynama davranışını benimserse, bu davranış zamanla artarak devam eder. Zaman içinde artan kumar oynama davranışı, bireyin kendini kontrol etme kapasitesini zayıflatır ve ortaya çıkan olumsuz sonuçlara rağmen kumar oynama davranışının devam etmesine yol açar. Bu kısır döngü, bireyin iş, aile, akademik ve sosyal alanlarda sorunlar yaşamasına neden olarak hastalığın daha da şiddetlenmesine katkı sağlar. Kumar Oynama Bozukluğu, başlangıçta zararsız görünen bir davranış olmasına rağmen, altta yatan yatkınlık ve koruyucu faktörlerin dengesine bağlı olarak bağımlılığa dönüşebilir.

Anahtar Kelimeler: kumar oynama bozukluğu, ilaç ve bilişsel tedavi, kumar bağımlılığı

Gambling Disorder

ABSTRACT

Gambling Disorder is a clinical picture characterized by repetitive and persistent gambling behavior. Gambling Disorder is the first and only non-substance-related behavioral addiction in the DSM-5 due to its neurobiological and clinical commonalities with alcohol and substance use disorders. When we examine Gambling Disorder from a neurobiological and neurocognitive perspective, neurotransmitters such as dopamine, serotonin, norepinephrine and glutamate are thought to be effective in the development of the disease. From a neurocognitive perspective, Gambling Disorder is based on behavioral conditioning with positive reinforcers, value attribution, impulsivity and impairments in decision-making processes. If an individual adopts gambling behavior as a coping mechanism for negative life events, this behavior continues to increase over time. Increasing gambling behavior over time weakens the individual's self-control capacity and leads to the continuation of gambling behavior despite the negative consequences. This vicious cycle contributes to the exacerbation of the disorder by causing problems in work, family, academic and social areas. Gambling Disorder, although initially a seemingly harmless behavior, can turn into addiction depending on the balance of underlying predisposing and protective factors.

Keywords: gambling disorder, medication and cognitive treatment, gambling addiction

GİRİŞ

Kumar Oynama Bozukluğu

Kumar Oynama Bozukluğu (KOB), tekrarlayıcı ve süren bir şekilde devam eden kumar oynama davranışıyla karakterize edilen bir klinik tablodur. Bu bozukluk, kişilerarası ilişkilerde bozulma, toplumsal ve mesleki işlevsellikte azalma ve ekonomik sorunlara rağmen devam eden kumar oynama patolojilerini kapsamaktadır. Kumar Oynama Bozukluğu, daha eski tanı sistemlerinde “patolojik kumar oynama” olarak adlandırılarak Dürtü Kontrol Bozuklukları kategorisi altında yer almaktayken, Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı’nın (DSM) 5. Baskısı (DSM-5) ile “Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları” bölümünde maddeyle ilişkili olmayan bozukluklar başlığı altında kategorize edilmeye başlanmıştır. KOB, nörobiyolojik ve klinik olarak alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ortak özellikler taşıması sebebi ile DSM-5’te madde ile ilişkili olmayan ilk ve tek davranışsal bağımlılık olarak yer almaktadır (1).

Kumar, Türk Dil Kurumu’na göre “ortaya para koyarak oynanan talih oyunu” olarak tanımlanmaktadır, ayrıca Webster sözlüğüne göre “oyunda daha fazla para kazanabilme ihtimali için düşük miktarda parayı riske atmak” olarak açıklanmaktadır (2,3). Günümüzde kumar, piyango, tombala, loto gibi basit oyunların yanı sıra teknolojik gelişmelerle birlikte yaygınlaşan sanal kumar, canlı spor bahisleri, gazino oyunları, kart oyunları ve makine oyunları gibi daha karmaşık türleri de içermektedir (4). Kumar oynama davranışının kökenleri M.Ö. 4000 yıllarına kadar uzanmaktadır ve arkeolojik bulgular, geçmiş dönemlerde şans oyunlarının insan hayatının bir parçası olduğunu göstermektedir. Bu oyunların, âşık kemikleri ve zarların modern kumar oyunlarının atası olduğu düşünülmektedir. Tarihsel açıdan, kumar oynama davranışı toplumlarda hoşgöründen aşırı kısıtlamaya kadar değişen yaklaşımlarla karşılaşmıştır. Kumarın toplum içindeki algısı zamanla değişmiş ve farklı dönemlerde dini ve yasal yasaklarla karşılaşmıştır. Özellikle Amerika’da 1800’lerin sonlarına doğru alkol kullanımının serbest bırakılması ve kumarın yaygınlaşması, bugünkü çevrimiçi kumar pazarının ortaya çıkmasına yol açmıştır (5). Kumar oynama davranışına dair anekdotal vaka anlatımları ve edebi eserler, DSM-5’te belirtilen olumsuz sonuçlara rağmen, bireysel motivasyon ve dürtülerin daha iyi anlaşılmasına katkı sağlamaktadır.

Etyoloji

Kumar oynama davranışının etiolojisi, psikososyal, nörobiyolojik, nörobilişsel ve genetik modeller gibi çeşitli yaklaşımlarla açıklanmaktadır. Bu yaklaşımlar birbirleriyle iç içe geçmiş olduğundan, tek bir yaklaşımın baskın olduğunu belirtmek kolay değildir. Dolayısıyla, her yaklaşım kısaca açıklanmaya çalışılacaktır.

Biyopsikososyal model, kumar oynama davranışının ge-

lişiminde nörotransmitter sistemlerindeki değişiklikler ve genetik faktörlerin, çeşitli kişilik özellikleri ile etkili olabileceğini öne sürmektedir. Nörobiyolojik yolak modelinde ise, kumar oynama davranışının başlamasında ve devamında klasik ve edimsel koşullanmanın büyük bir rolü olduğu vurgulanmaktadır (7).

Eğer bir birey, olumsuz yaşam olaylarıyla baş etme mekanizması olarak kumar oynama davranışını benimserse, bu davranış zamanla artarak devam eder. Zaman içinde artan kumar oynama davranışı, bireyin kendini kontrol etme kapasitesini zayıflatır ve ortaya çıkan olumsuz sonuçlara rağmen kumar oynama davranışının devam etmesine yol açar. Bu kısır döngü, bireyin iş, aile, akademik ve sosyal alanlarda sorunlar yaşamasına neden olarak hastalığın daha da şiddetlenmesine katkı sağlar (8).

Kumar oynama davranışının etiolojisi, bu farklı yaklaşımların birlikte ele alındığı ve karmaşık etkileşimlerin değerlendirildiği bütüncül bir perspektiften anlaşılabilir. Dolayısıyla, kumar bağımlılığına etki eden faktörleri anlamak için biyopsikososyal, nörobiyolojik, nörobilişsel ve genetik modellerin tümünün dikkate alınması önemlidir. Bu kapsamlı yaklaşım, daha etkili tedavi ve önleme stratejilerinin geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

Psikososyal Yaklaşım

1900’lerin başından itibaren, kumar oynama davranışının altında psikolojik sorunlar olduğu düşüncesi, agresif dürtülerden kaynaklanan kendine zarar verme davranışı, psişik mazoşizm ve ödipal çatışma gibi psikodinamik açıklamaları öne çıkarmıştır. 1950’li yıllara kadar bu tür açıklamalar tartışılmıştır. Ancak 1960’ların sonrasında, Skinner ve Pavlov’un edimsel ve klasik koşullandırma paradigmasının popülerleşmesiyle birlikte, kumar oynama davranışı pekiştirme ve öğrenme teorileriyle açıklanmaya başlanmıştır. Psikodinamik yaklaşımdan uzaklaşarak, davranışçı yaklaşımlar ön planda tutulmuştur. Daha sonra yapılan araştırmalarla, kumar oynamaya yatkınlığı etkileyen kişilik özelliklerine dayanan biyolojik açıklamalar önem kazanmıştır. Bu açıklamalar, kumar oynamayı teşvik eden veya engelleyen pozitif ya da negatif pekiştiricilerin psikofizyolojik tepkiler üzerindeki etkisini ele almıştır. Ayrıca, kontrol illüzyonuna yol açan çarpık ve yanlış inançlar, kumar matematiğinin yanlış algılanması, rastlantısallık ve şans arasındaki ilişkiye dair bilişsel teorilerin geliştirilmesiyle, olumsuz sonuçlara rağmen devam eden kumar oynama davranışının temelindeki davranışsal ve motivasyonel bileşenler anlaşılmuştur (5). Bu psikososyal yaklaşım, kumar bağımlılığının karmaşık ve çok boyutlu yapısını anlamaya yönelik önemli bir çerçeve sunmaktadır.

Nörobilişsel Yaklaşım

KOB’un kökenlerini anlamak için gerçekleştirilen çalışmalarda genetik yatkınlık ve nörobilişsel özelliklerin birlikte etki gösterdiği gözlemlenmektedir. Genetik fak-

törlerle çevresel etkileşimler arasındaki ilişki, KOB'un gelişiminde önemli bir role sahiptir (5). Yapılan çalışmalar, KOB tanısı konmuş bireylerin birinci derece akrabalarında kumar oynama bozukluğu prevalansının %20 civarında olduğunu göstermektedir (9,10). Özellikle kumar oynayan ebeveynlere sahip olmanın, KOB gelişme olasılığını 3,3 kat artırdığı belirlenmiştir (11). Vietnam ikiz çalışması, genetik ve çevresel etkenlerin KOB gelişiminde birlikte %62'lik bir etki oluşturduğunu göstermiştir (12).

Nörobiyolojik açıdan incelendiğinde, dopamin, serotonin, norepinefrin ve glutamat gibi nörotransmitterlerin hastalık gelişiminde etkili olduğu düşünülmektedir (20). Beyin omurilik sıvısında, KOB tanılı hastalarda serotonin metabolitlerinde azalma, dopamin ve norepinefrin metabolitlerinde artış gözlenmiştir. Bu nörotransmitter değişikliklerinin, tedaviye verilen ilaç yanıtlarını etkileyebileceği düşünülmektedir. Özellikle alkol kullanım bozukluğu olan hastalarda opioid antagonistleri olan naltrekson ve nalmefen gibi ilaçların, kumar oynama dürtüsünü azaltma potansiyeline sahip olduğu belirtilmektedir (21). Glutamaterjik sistem üzerinden etki eden ilaçların, KOB tedavisine bilişsel işlevler ve esneklik açısından katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Nörogörüntüleme çalışmaları, KOB tanılı hastalarda bazı beyin bölgelerinde aktivite değişikliklerini ortaya koymaktadır. Striatum ve ventromedial prefrontal korteks'te aktivite azalması, dorsolateral prefrontal korteks'te ise aktivite artışı gözlenmektedir (21). Yapısal nörogörüntüleme çalışmaları, KOB tanılı hastalarda ventromedial prefrontal korteks, anterior singulat korteks ve amigdala gibi bölgelerde hacim azalmaları olduğunu göstermektedir (22, 23). Bu yapısal değişikliklerin, özellikle dürtüsellikle ilişkili olduğu vurgulanmaktadır (24). Diffusion Tensor Imaging çalışmaları, limbik ve prefrontal alanlarda beyaz madde yoğunluğunda azalmalar olduğunu göstermektedir (25).

Nörobilişsel perspektiften bakıldığında, KOB'un temelinde pozitif pekiştiricilerle gelişen davranışsal koşullanma, değer atfetme, dürtüsellik ve karar verme süreçlerindeki bozuklukların yer aldığı gözlenmektedir (7,8). Bu bozuklukların şiddetiyle ilişkili olan nörokognitif işlevlerdeki düzensizlikler, «kontrol kaybı» fenomenolojisi ile ilişkilidir. Kumarla ilgili reklamlara ve dolaylı kumar ipuçlarına duyarlılık, zayıf bilişsel kontrolün bir belirtisi olan bilişsel bozulma etkileriyle birleşerek KOB'un şiddetlenmesine neden olabilir (16). KOB hastalarında ödül duyarlılığında azalma ve karar verme testlerinde performans bozuklukları gözlemlenmiştir (17,18). Karar verme işlevlerindeki bozukluklar, disinhibisyon ile nüks tahmin edici faktörler olarak öne çıkmaktadır (13). Nörobilişsel özelliklerin, KOB tanısı konmuş hastaların kumar tercihlerini etkilediği belirtilmektedir (19). Bu bulgular, KOB'un altında yatan nörobilişsel süreçlerin, hastaların kumar tercihlerini şekillendirdiğini ve bu bozukluğun bilişsel işlevler üzerinde önemli etkileri olduğunu vurgulamaktadır.

TANI

Biyolojik, davranışçı ve bilişsel yaklaşımlara ilişkin çalışmalar sonucunda kumar oynama davranışının klinik bir hastalık olarak tanımlanmasını sağlayan tanı kriterleri belirlenmiştir. KOB tanısı koyabilmek için, DSM-5 KOB tanı kriterlerinin A ve B maddelerinin karşılanması gerekmektedir (1).

DSM-5 Kumar Oynama Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. 12 aylık süre içerisinde aşağıdaki 9 kriterden en az dördünün karşılandığı, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya yol açan, sürekli ve yineleyici nitelikte, sorunlu bir kumar oynama davranışı

1. Arzuladığı heyecanı elde etmek için, giderek artan miktarlarda parayla kumar oynama gereksinimi duymak.

2. Kumar oynamayı azaltma ya da bırakma girişimleri sırasında huzursuz ya da sinirli olmak.

3. Başarısız bırakma ya da azaltma girişimleri

4. Sürekli kumar oynama üzerine düşünmek. (Geçmişteki kumar oynama deneyimleri, kumar oynamak için para bulma yollarını düşünmek, bir sonraki kumar oynamayı planlama gibi)

5. Stresli zamanlarda kumar oynamak (çaresiz, suçlu, endişeli ve çökkün hissettiğinde)

6. Kaybettiklerini kazanmak için tekrar oynamak

7. Kumar oynama davranışını gizlemek için yalan söylemek.

8. Kumar oynama davranışı yüzünden ilişki, iş ya da eğitim hayatında sorunlar yaşamak

9. Kumar oynama davranışı yüzünden bozulan ekonomik durumunu toparlamak için başkalarına güvenmek.

B. Kumar oynama davranışı manik epizot ile ilişkili değildir.

Eğer yukarıda bulunan 9 kriterin 4-5'i karşılanıyor ise hafif, 6-7'si karşılanıyor ise orta, 8-9'u karşılanıyor ise ağır kumar oynama bozukluğu olarak değerlendirilir. Daha önceden tanı konmuş olan kumar oynama bozukluğu kriterlerinden 3-12 ay arasında hiçbirisi karşılanmıyor ise erken remisyon, 12 aydan daha uzun süredir hiçbirisi karşılanmıyor ise uzamış remisyon olarak değerlendirilir (1).

Toplum temelli çalışmalar, kumar oynama davranışının yaşam boyunca %80'lere varan bir yaygınlığa ulaşabildiğini göstermektedir (27). Ancak, yaşam boyu kumar bağımlılığının prevalansı %0,4 ile %0,6 arasında değişirken, son bir yıl içinde kumar oynama bozukluğunun oranı %0,12 ile %5,8 arasında değişmektedir (6,28). Önceki çalışmalar genellikle DSM-IV patolojik kumar tanı kriterlerine göre değerlendirilmiştir. Ancak, gelecekte daha esnek kriterler içeren DSM-5 KOB kriterlerinin kullanılmasıyla yapılan çalışmalarda daha yüksek prevalans oranları beklenmektedir (1,6).

Özellikle madde kullanım bozukluğu gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla eş zamanlı olarak görülen klinik örneklerde, KOB'un prevalansının %4,3 ile %6,9 arasında olduğu gözlenmiştir (6,29). Avrupa'da 2019'da yapılan bir çalışma, 16 yaşındaki lise öğrencilerinde son 12 ay içinde kumar oynama oranının %22, canlı kumar oynama oranının ise %7,9 olduğunu ve problemlili kumar oynayanların oranının %1,4 olduğunu ortaya koymuştur (30). Öte yandan, İstanbul'da 12-18 yaş arası 6116 ergenle yapılan bir çalışma çevrim içi kumar oynama oranını %12,4 olarak bulmuştur (31). Türkiye genelinde 2019'da 19,825 kişiyle yapılan bir çalışmada ise problemlili kumar oynama oranının %19 olduğu belirtilmiştir (32).

DEĞERLENDİRME

Kumar Oynama Bozukluğu (KOB) tanısı almış hastalarla yapılacak ilk görüşmeler, ayrıntılı ve kapsamlı olmalıdır. Bu görüşmelerde, değişim süreçleri göz önünde bulundurularak hastaların durumları değerlendirilmelidir. Bazı hastaların aileleri tarafından zorla yönlendirilmiş olabileceği veya utanç ve üzüntü gibi duygularla açık olmamış olabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Detaylı ve düzenli yapılan hasta değerlendirmeleri, hastanın durumunu anlamak ve tedavi planını oluşturmak için yardımcı olacaktır. Başvuru şikayetleri, geçmiş psikiyatrik öyküsü, aile öyküsü gibi detaylar gözden geçirilmelidir. Hastanın kumar oynama alışkanlığının başlangıcı, seyri ve etkileri hastanın ifadeleri doğrultusunda kaydedilmelidir. Kumar alışkanlığının şiddeti, sıklığı, oynanan oyun türleri, motivasyonu, olumlu ve olumsuz sonuçları ile bireyin işlevselliği değerlendirilmelidir. Diğer psikiyatrik hastalıkların varlığı, özellikle alkol ve madde kullanım bozuklukları gibi, incelenmeli ve hastanın kendine zarar verme riski detaylı olarak değerlendirilmelidir. Görüşmenin sonunda, hastanın beklentileri dinlenmeli ve tedavi planı aktarılmalıdır.

Hastaların genel psikiyatrik değerlendirmesi için psikometrik testlerin yanı sıra kumar oynama alışkanlığını ölçmeye yönelik testler de uygulanmalıdır (33). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği kanıtlanmış bazı ölçekler arasında Soath Oaks Kumar Tarama Testi, DSM-5 için geliştirilen Kumar Bozukluğu Tarama Testi, Kumar Oynama Nedenleri Ölçeği, Kumar Aşırma Ölçeği ve Kazanca Yakın Kayıp Ölçeği bulunmaktadır (34-39). Bu ölçekler, hastaların kumar alışkanlıklarını değerlendirmede kullanılabilir.

Klinik Gidiş

Kumar Oynama Bozukluğu (KOB), başlangıçta zararsız görünen bir davranış olmasına rağmen, altta yatan yatkınlık ve koruyucu faktörlerin dengesine bağlı olarak bağımlılığa dönüşebilir. KOB, erkeklerde kadınlara göre daha sık gözlenir ve bu durum, kadınlarda başlangıcın geç olmasıyla ilişkilendirilerek daha hızlı seyir izleyebilir ve depresyon gibi eşlik eden sorunlarla daha sık birlikte görülebilir. Kumar oynamaya başlama yaşı genellikle 20'li yaşların ortasından 30'lu yaşların sonlarına kadar değiş-

mektedir (5,6). Ergenlik ve genç yetişkinlik dönemlerinde okul problemleri öne çıkarken, yetişkinlikte ekonomik ve ilişkisel sorunlar daha belirgin hale gelir. Ergenlik, genç yetişkinlik, düşük sosyoekonomik seviye, psikopatolojik özellikler ve dürtüsellik gibi faktörler KOB riskini artırırken, düşük depresyon seviyesi ve erkek cinsiyet tedavi sürecinde olumlu sonuçların öngörücüsü olabilir (40-43). Ayrıca, KOB tanısı alan bireylerin çoğunda psikiyatrik bozukluklar ve intihar düşünceleri gibi psikiyatrik eş tanıları da sıkça gözlenmektedir (44-46).

TEDAVİ

KOB tedavisine ilişkin yapılandırılmış tedavi uygulamalarının etkinliği ile ilgili çalışmaların sayısı kısıtlı olmasına rağmen ayaktan tedavi, yataklı tedavi, bireysel ve grup terapileri gibi tedavi seçenekleri bulunmaktadır. Depresyon ve intihar riski taşıyan hastaların hastanede tedavi edilmesi önerilmektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluğu hastalarına benzer şekilde, kumar oynama bozukluğu olan hastaların çoğunluğu aileleri tarafından tedaviye yönlendirilmektedir ve sadece küçük bir kısmı kendi istekleriyle tedavi arayışına girmektedirler (47). Tedavide, Bilişsel Davranışçı Psikoterapi (BDT) temelli psikososyal müdahaleler ve opioid antagonistleri gibi ilaç tedavileri önemli yer tutmaktadır. İlaç tedavilerine ilişkin çalışmalarda, hastaların tedaviyi tamamlama oranı %59 olarak bildirilmiştir (48).

Farmakolojik tedavilerin yanında KOB ve diğer davranışsal bağımlılıkların tedavisi için invaziv olmayan beyin stimülasyonu (NIBS) (49) madde kullanımı isteği (50), bilişsel ve bağımlılık semptomlarının hedeflenmesi (51) için bir tedavi olarak ortaya çıkmıştır (52). Tekrarlayan transkraniyal manyetik stimülasyon (rTMS) beyinde lokalize bir elektrik alanı üreten manyetik alan aracılığıyla etkisini gösteren invaziv olmayan bir nöromodülasyon tekniğidir (50). Gay ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada rTMS sonrasında kumar oynama isteğinin azaldığı bildirilirken (53); Pettorusso ve arkadaşlarının çalışmasında KOB hastalarının rTMS seanslarının potansiyel bir tedavi olarak test edilebileceğini göstermektedir (52). Yapılan bu çalışmalar rTMS 'nin KOB tedavisinde umut verici bir tedavi yöntemi olabileceğini göstermektedir.

Psikososyal Müdahaleler

Hasta ilk müracaat ettiğinde kumar öyküsü ile hastanın tedavi motivasyonu, daha sonra kumar ile ilişkili olan ailevi, mesleki, yasal ve finansal problem değerlendirilmelidir. Komorbid psikiyatrik durumların sık gözleniyor olması göz ardı edilmemeli ve eş tanı varlığına yönelik sorgulamalar yapılmalıdır. İntihar riski ile ilgili değerlendirilme mutlaka ayrıntılı bir şekilde yapılmalı ve gerekirse tedavi önceliği verilmelidir. Evlilik problemleri ön planda ise aile terapisi değerlendirilmelidir. Yurt dışında gerçekleştirilen çalışmalarda "adsız kumarbazlar" adı ile bilinen kendine yardım ve akran grupları tedavinin ilk sırasını alırken, ülkemizde henüz aktif bir şekilde kullanılmamaktadır. Mo-

tivasyonel görüşme yöntemleri, BDT ve kısa müdahaleler, etkinliği gösterilmiş olan psikososyal müdahale yöntemleridir (54).

Yenilik arayışı, dürtüsellik ve duygu kontrolündeki güçlükler gibi bireysel farklılıklar sebebi ile heterojen bir yapıda olan kumar oynama bozukluğu hastaları endofenotipik ve fenotipik olarak dürtüsel, duygusal ve koşullanmış davranışçı olmak üzere bazı alt tiplere göre sınıflandırılmaktadır. Bu sebeple hastayı değerlendikten sonra hastanın klinik, psikopatolojik ve kişilik özelliklerine göre standart tedavi protokolleri yerine bireye özgü uygun tedavi yaklaşımını uygulanmalıdır.

Tedavinin ilk basamağını kumar oynama bozukluğuna yönelik psikoeğitim verilmesi oluşturmaktadır. Hastalar ve yakınları kumar bağımlılığını bir hastalıktan ziyade, irade eksikliği, ahlaki ya da kişilik bozukluğu olarak değerlendiriyor olabilir. Hasta ve hasta yakınlarına kumar bağımlılığının nörobiyolojik özelliklerini içeren psikoeğitimin verilmesi hastaların tedavi uyumlarını arttırmaktadır. Birçok psikososyal müdahale yönteminin kullanıldığı kumar oynama bozukluğu tedavi sürecinde üzerinde en çok çalışma yapılan ve etkinlikleri kanıtlanmış olan tedavi yöntemleri motivasyonel görüşme tekniği ile BDT'dir. Özellikle utanç, damgalama ve ambivalansın ön planda olduğu kumar oynama bozukluğu hastalarında motivasyonel görüşme yöntemlerinin hem tek başına hem de diğer tekniklerle birlikte uygulandığında kumar oynama bozukluğunun şiddeti, kumar oynama sıklığı, ekonomik kayıplar ve tedaviden kopma oranlarını azalttığı gösterilmiştir (54). Motivasyonel görüşmede uygulanan teknikler ile değişim konusunda ambivalans yaşayan hastaların sıklıkla önemsemedikleri kumar oynama davranışını analiz ederek değişim için adım atmaları hedeflenmektedir. Kumar oynama bozukluğu hastalarında etkinliği kanıtlanmış diğer bir tedavi yaklaşımı olan BDT, bilişsel bozulma, kumar oynama isteği, riskli durumlar ve aşermeye karşı oluşan duygusal tepkiler gibi bilişsel bileşenler ile istek/tetikleyiciler ile baş edebilmek için alternatif davranışlara odaklanan davranışsal bileşenleri ele alır. BDT ile hastaların kumar davranışları ile ilgili bilişsel çarpıtmaları anlamalarını kolaylaştırmak, tekrarlayıcı kumar oynama davranışı, büyüsel düşünce ve irrasyonel inançlarının zayıflamasına yönelik bilişsel yapılanma ve davranışsal değişiklikler hedeflenmektedir (55). Bağımlılık şiddeti, yoksunluk ve aşerme seviyelerinin azaltılmasında etkili olduğu gösterilen farkındalık temelli psikoterapi yaklaşımı kumar oynama ile ilgili ruminatif düşüncelerin azaltılması, bilişsel ve davranışsal esnekliğin sağlanması ve yaşam kalitesinin artmasına yardımcı olmaktadır.

İlaç tedavileri

Çeşitli tedavi kılavuzlarında kumar oynama bozukluğunda ilaç tedavi yaklaşımlarına yönelik uygulamalar belirtilmiş olsa da kumar oynama bozukluğu tedavisinde ABD Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) ve Avrupa Tıp Ajansı (EMA) tara-

findan etkinliği kanıtlanmış ve onaylanmış bir ilaç bulunmamaktadır. Nörofarmakolojik etkilerine ve klinik özelliklerine göre kumar oynama bozukluğu tedavisinde etkili olduğu düşünülen ve en çok çalışma yapılmış olan ilaç grupları opioid, serotonerjik, dopaminerjik, glutamaterjik nörotransmitter yolları üzerinden etki eden antidepresanlar, opioid antagonistleri ve duygudurum düzenleyicilerdir (56).

Opioid antagonistlerinden biri olan Naltrekson, alkol ve madde kullanım bozukluklarında etkili olduğu kanıtlanmış, kumar oynama bozukluğu şiddeti ve sıklığını azaltmada olumlu sonuçlar vermiştir. Benzer şekilde, Nalmefen de yüksek dozlarda kumar oynama bozukluğu şiddetini azaltmada etkili görünmektedir (48,55-59).

Özellikle serotonin üzerinde etkili olan SGI grup antidepresan ilaçların duygudurum bozukluğu olan vakalarda kumar oynama şiddetini azaltabileceği belirtilmiştir (48). Alkol ve madde kullanım bozukluklarında aşerme ve relaps önlemede etkili olduğu bilinen Duygudurum dengeleyici grubundaki ilaçların dürtüsellik azaltmada etkili olabileceği belirtilmektedir. Özellikle, bipolar bozuklukla birlikte görülen kumar oynama bozukluğunda lityum, sodyum valproat gibi ilaçlar, plaseboya göre daha etkili bulunmuştur (60).

Tedavi yaklaşımı özet olarak; tedavi motivasyonu olmayan hastalarda kısa müdahalelerin, tedavi motivasyonu olan her hastaya motivasyonel görüşme ile birlikte BDT uygulanması psikososyal yaklaşımın temelini oluşturmaktadır. Eşlik eden psikiyatrik bir hastalık yoksa ve tedavi konusunda istekli ise ve her ne kadar endikasyon almamış olsa da naltrekson gibi opioid reseptör antagonistlerinin kullanımını değerlendirilmelidir. Eğer alkol kullanım bozukluğu eşlik ediyor ya da ailesel alkol kullanım bozukluğu öyküsü mevcut ise naltreksondan daha fazla fayda göreceği dikkate alınmalıdır. Eşlik eden Bipolar Bozukluk ise Lityum gibi duygudurum dengeleyiciler, diğer duygudurum bozuklukları eşlik ediyorsa SSRI grubu antidepresanlar ön planda değerlendirilmelidir (6).

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. DSM-5 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edit. Arlington, VA; 2013.
2. Kumar ne demek TDK Sözlük Anlamı [Internet]. [cited 2020 Dec 18]. Available from: <https://sozluk.gov.tr/>
3. Gambling | Definition of Gambling by Merriam-Webster [Internet]. [cited 2020 Dec 18]. Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/gambling>
4. Laplante DA, Nelson SE, Labrie RA et al. Disorde-

- red gambling, type of gambling and gambling involvement in the British Gambling Prevalence Survey 2007. *The European Journal of Public Health* 2011;21(4):532-7.
5. Heinz A, Romanczuk-Seiferth N, Potenza MN. Gambling disorder. *Gambling Disorder*. 2019; pp. 1–320.
 6. Potenza MN, Balodis IM, Derevensky J et al. Gambling disorder. *Nat Rev Dis Prim* 2019;5(1):1-10.
 7. Sharpe L. A reformulated cognitive - Behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clin Psychol Rev* 2002;22(1):1–25.
 8. van Holst RJ, van den Brink W, Veltman DJ et al. Why gamblers fail to win: A review of cognitive and neuroimaging findings in pathological gambling. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2010;34:87–107.
 9. Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR. Neural and psychological underpinnings of gambling disorder: A review. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* 2016;65:188–93.
 10. Hodgins DC, Stea JN, Grant JE. Gambling disorders. *Lancet* 2011;378(9806):1874–84.
 11. Leeman RF, Potenza MN. A targeted review of the neurobiology and genetics of behavioural addictions: An emerging area of research. *Can J Psychiatry* 2013;58(5):260–73.
 12. Slutske WS, Eisen S, True WR et al. Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(7):666–73.
 13. Goudriaan AE. Integrating neurocognition from bench to bedside in gambling disorder: from neurocognitive to translational studies. *Curr Opin Behav Sci* 2020;31:83–8.
 14. Potenza MN. Neurobiology of gambling behaviors. *Curr Opin Neurobiol* 2013;23(4):660-7.
 15. Zhang K, Clark L. Loss-chasing in gambling behaviour: neurocognitive and behavioural economic perspectives. *Current Opinion in Behavioral Sciences* 2020;31:1-7.
 16. Goudriaan AE, Yücel M, van Holst RJ. Getting a grip on problem gambling: What can neuroscience tell us?. *Frontiers in Behavioral Neuroscience* 2014;8:141.
 17. Brooks G, Ferrari M, Clark L. Cognitive factors in gambling disorder, a behavioral addiction. In: *Cognition and Addiction*. Elsevier; 2020 p.209–19.
 18. Kovács I, Richman MJ, Janka Z et al. Decision making measured by the Iowa Gambling Task in alcohol use disorder and gambling disorder: a systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence* 2017;181:152–61.
 19. Sharman S, Clark L, Roberts A et al. Heterogeneity in Disordered Gambling: Decision-Making and Impulsivity in Gamblers Grouped by Preferred Form. *Front Psychiatry* 2019;10:588.
 20. Potenza MN. Neurobiology of gambling behaviors. *Curr Opin Neurobiol* 2013;23(4):660–7.
 21. Bullock SA, Potenza MN. Pathological Gambling: Neuropsychopharmacology and Treatment. *Curr Psychopharmacol* 2012;1(1):67–85.
 22. Yip SW, Worhunsky PD, Xu J et al. Gray-matter relationships to diagnostic and transdiagnostic features of drug and behavioral addictions. *Addict Biol* 2018;23(1):394–402.
 23. Zois E, Kiefer F, Lemenager T et al. Frontal cortex gray matter volume alterations in pathological gambling occur independently from substance use disorder. *Addict Biol* 2017;22(3):864–72.
 24. Clark L, Boileau I, Zack M et al. Neuroimaging of reward mechanisms in Gambling disorder: an integrative review. *Mol Psychiatry* 2019;24:674–93.
 25. Yip SW, Lacadie C, Xu J et al. Reduced genual corpus callosal white matter integrity in pathological gambling and its relationship to alcohol abuse or dependence. *World J Biol Psychiatry* 2013;14(2):129–38.
 26. Balodis IM, Potenza MN. Imaging the Gambling Brain. In: *International Review of Neurobiology*. Academic Press Inc.; 2016. p. 111–24.
 27. Gerstein DR, Volberg RA, Toce MT et al. Gambling Impact and Behavior Study. Report to the National Gambling Impact Study Commission. NORC at the University of Chicago, 1999.
 28. Calado F, Griffiths MD. Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000-2015). *J Behav Addict*. 2016;5(4):592–613.
 29. Grant JE, Chamberlain SR. Gambling and substance use: Comorbidity and treatment implications. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2020;340: 109852.
 30. ESPAD Group. ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs [Internet]. Luxembourg: EMCDDA Joint Publications; 2020.
 31. Arıcak OT. Problematic online betting among Turkish adolescents. *J Gambl Stud* 2019;35(1):31–45.

32. Unubol H, Hızlı Sayar G. Türkiye Bağımlılık Risk Profili ve Ruh Sağlığı Haritası Proje Sonuç Raporu, 2019 (Vol.21). Üsküdar Üniversitesi Yayınları, 2019.
33. George S, Murali V. Pathological gambling: An overview of assessment and treatment. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11(6):450–6.
34. Duvarcı I, Varan A. South Oaks Kumar Tarama Tes-ti Türkçe Formu Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyat Derg* 2001;12(1):34–45.
35. Evren C, Evren B, Dalbudak E et al. Development and psychometric validation of the Turkish Gambling Disorder Screening Test: a measure that evaluates gambling disorder regarding the American Psychiatric Association framework. *Psychiatry Behav Sci* 2020;10(3):116.
36. Arcan K, Karancı AN. Kumar oynama nedenleri ölçeğinin uyarılma, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyat Derg* 2014;15(3):248–56.
37. Buran A, Çakıcı M, Çakır G et al. Turkish validity and reliability study of gambling craving scale. *Anadolu Psikiyat Derg* 2019;21(Special Issue 1):84–6.
38. Çakıcı M, Sancar N, Buran A et al. Near-miss scale: A new measurement tool for determining gambling tendency. *Anadolu Psikiyat Derg* 2019;21(Special Issue 1):104–7.
39. Sacco P, Torres LR, Cunningham-Williams RM et al. Differential Item Functioning of Pathological Gambling Criteria: An Examination of Gender, Race/Ethnicity, and Age. *J Gambl Stud* 2011;27(2):317–30.
40. Dowling NA, Merkouris SS, Greenwood CJ et al. Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev* 2017;51:109–24.
41. Raylu N. Treatment Planning for Problem Gamblers 2016;2(1):1–14.
42. MacLaren VV, Fugelsang JA, Harrigan KA et al. The personality of pathological gamblers: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2011;31(6):1057–67.
43. Merkouris SS, Thomas SA, Browning CJ et al. Predictors of outcomes of psychological treatments for disordered gambling: A systematic review. *Clin Psychol Rev* 2016;48:7–31.
44. Kessler RC, Hwang I, Labrie R et al. The prevalence and correlates of DSM-IV Pathological Gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med* 2008;38(9):1351–60.
45. Karlsson A, Håkansson A. Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. *J Behav Addict* 2018;7(4):1091–9.
46. Ronzitti S, Soldini E, Smith N et al. Current suicidal ideation in treatment-seeking individuals in the United Kingdom with gambling problems. *Addict Behav* 2017;74:33–40.
47. Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry* 2006;163(2):297–302.
48. Kraus SW, Etuk R, Potenza MN. Current pharmacotherapy for gambling disorder: a systematic review. *Expert Opin Pharmacother* 2020;21(3):287–96.
49. Sauvaget A, Trojak B, Bulteau S, Jiménez-Murcia S, Fernández-Aranda F, Wolz, I, et al. Transcranial direct current stimulation (tDCS) in behavioral and food addiction: a systematic review of efficacy, technical, and methodological issues. *Front. Neurosci.*2015; 9:349. doi: 10.3389/fnins.2015.00349
50. Hadar A, Zangen A. Brain Stimulation as a Novel Technique for Craving Management and the Treatment of Addiction. In: Wilson SJ, editor. *The Wiley Handbook on the Cognitive Neuroscience of Addiction*. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. pp. 357–89
51. Pettorruso M, Spagnolo PA, Leggio L, Janiri L, Di Giannantonio M, Gallimberti L, ... & Martinotti G. Repetitive transcranial magnetic stimulation of the left dorsolateral prefrontal cortex may improve symptoms of anhedonia in individuals with cocaine use disorder: a pilot study. *Brain Stimulation: Basic, Translational, and Clinical Research in Neuromodulation*, 2018; 11(5), 1195-1197.
52. Pettorruso M, Martinotti G, Montemitro C, De Risio L, Spagnolo PA, Gallimberti L, ... & Brainswitch Study Group. Multiple sessions of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation as a potential treatment for gambling addiction: A 3-month, feasibility study. *European Addiction Research*, 2020; 26(1), 52-56.
53. Gay A, Boutet C, Sigaud T, Kamgoue A, Sevos J, Brunelin J, & Massoubre C. A single session of repetitive transcranial magnetic stimulation of the prefrontal cortex reduces cue-induced craving in patients with gambling disorder. *European Psychiatry*, 2017; 41(1), 68-74.
54. McIntosh C, O'Neill K. Evidence-based treatments for problem gambling. Springer; 2017.
55. Petry NM, Ginley MK, Rash CJ. A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychol Addict Behav* 2017;31(8):951.
56. Di Nicola M, De Crescenzo F, D'Alò GL et al. Pharmacological and Psychosocial Treatment of Adults With Gambling Disorder: A Meta-Review. *J Addict Med* 2020;14(4):15–23.

57. Choi SW, Shin YC, Kim DJ et al. Treatment modalities for patients with gambling disorder. *Ann Gen Psychiatry* 2017;16(1):1–8.
58. Grant JE, Odlaug BL, Schreiber LRN. Pharmacological treatments in pathological gambling. *Br J Clin Pharmacol* 2014;77(2):375–81.
59. Abbott MW. Professionally delivered interventions for gambling disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2019;32(4):313–9.
60. Hollander E, Pallanti S, Allen A et al. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry* 2005;162(1):137–45.