OLGU SUNUMU | CASE REPORT

İntihar Girişimi ile Acil Servise Başvuran Kumar Bağımlılığı Olgusu

A Case of Gambling Addiction Applying to the Emergency Department with a Suicide Attempt

Bahadır Geniş [1], Hakan Aksu [2]

1. Çaycuma Devlet Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Zonguldak- Türkiye
2. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Ankara, Türkiye

ABSTRACT

Gambling addiction (GA) is a disorder characterized by repetitive gaming that persists despite negative consequences and leads to a decrease in functionality.Suicidal thoughts and suicide attempts are higher in people with GA than in society. In this study, a case of GA applying with suicide attempt is presented and treatment modalities are discussed.A 29-year-old male patient, married, high school graduate and working as a worker, was brought to the emergency room after a suicide attempt. He had been experiencing symptoms of depression for the past three months due to increased debt.After his family learned about his gambling debt, the patient attempted suicide by drinking medicine.In her mental state examination, her memory and attention decreased, her speech was slow, her mood was depressed. The patient had no symptoms of mania.According to DSM-5 diagnostic classification, it was determined that there was a diagnosis of "Gambling Addiction". In addition to this diagnosis, he had depression. For his depression, sertraline 50 mg/day and risperidone 1 mg/day were started.In addition, cognitive and behavioral therapy was initiated for GA. The patient, who was on follow-up for about five months, stated that he did not gamble especially after the start of psychotherapy.His depressive symptoms improved significantly after the first month. Financial problems, problematic family relationships and added psychiatric diseases caused by the GA increase the risk of suicide attempt.Applications for GA treatment are very few. Psychiatric comorbidity and suicidal ideation should be questioned in the applicants.

Keywords: Pathological gambling, depression, cognitive behavioral therapy, suicide, addiction

ÖZ

Kumar bağımlılığı (KB), olumsuz sonuçlara rağmen devam eden ve işlevselliğin azalmasına neden olan tekrarlayan kumar oynamalarla karakterize bir bozukluktur.İntihar düşünceleri ve intihar girişimleri KB'li kişilerde toplumdan daha yüksektir. Bu çalışmada intihar girişimi ile başvuran bir kumar bağımlılığı olgusu sunulmuştur ve tedavi yöntemleri tartışılmıştır.Evli, lise mezunu ve işçi olarak çalışan 29 yaşında erkek hasta intihar girişiminden sonra acil servise getirildi. Borç artışı nedeniyle son üç aydır depresyon belirtileri yaşıyordu.Ailesi kumar borcunu öğrendikten sonra, hasta ilaç içerek intihar girişiminde bulundu. Ruhsal durum muayenesinde hafızası ve dikkati azalmış, konuşması yavaş, duygu durumu çökkündü. Hastanın mani belirtisi yoktu. DSM-5 tanı sınıflandırmasına göre "Kumar Bağımlılığı" tanısı olduğu belirlendi. Bu tanıya ek olarak depresyonu vardı. Depresyonu için günde 50 mg sertralin ve günde 1 mg risperidon başlandı. Ayrıca KB için bilişsel ve davranışçı terapi başlatılmıştır. Yaklaşık beş aydır takipte olan hasta, özellikle psikoterapinin başlamasından sonra kumar oynamadığını belirtti. Depresif belirtileri ilk aydan sonra belirgin şekilde düzeldi. KB'nin neden olduğu finansal sorunlar, sorunlu aile ilişkileri ve ilave psikiyatrik hastalıklar intihar girişimi riskini arttırmaktadır. KB tedavisi için başvurular çok azdır. Başvuranlarda psikiyatrik eştanı ve intihar düşüncesi sorgulanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Patolojik kumar, depresyon, bilişsel davranışçı terapi, intihar, bağımlılık

Correspondence / Yazışma Adresi: Bahadır Geniş, Çaycuma Devlet Hastanesi, Zonguldak, Türkiye
E-mail: bahadirgenis06@gmail.com
Received /Gönderilme tarihi: 11.01.2020 Accepted /Kabul tarihi: 27.02.2020

GİRİŞ

Kumar bağımlılığı (KB), olumsuz sonuçlara rağmen devam eden, önemli psikolojik sorunlara ve işlevsellikte azalmaya neden olan tekrarlayıcı kumar oynama ile karakterize bir bozukluktur (1). Önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ifade edilen kumar bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı %0,6 olarak belirtilmektedir (2).

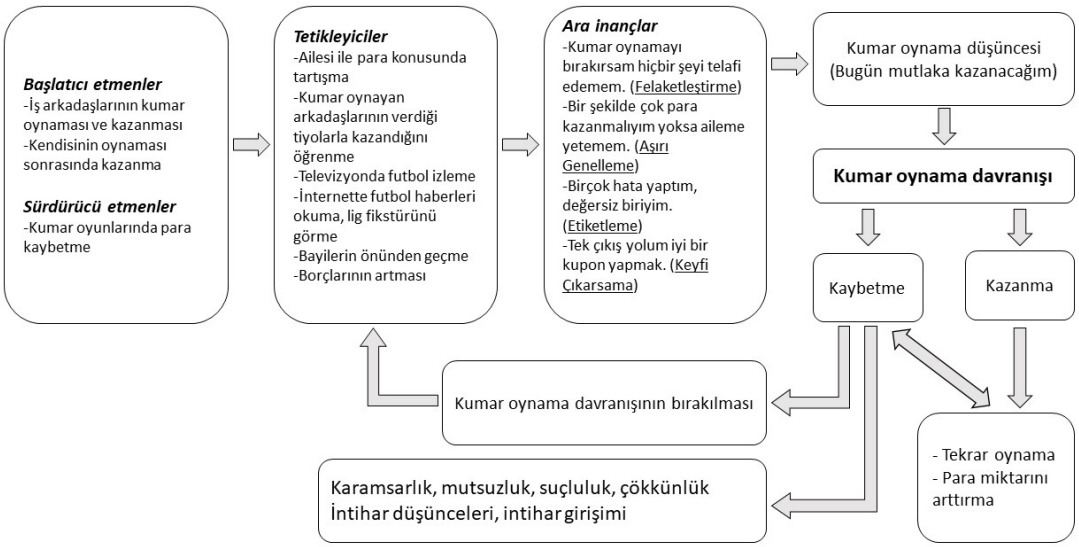
Kumar bağımlılığı ilk olarak DSM-3'te "Patolojik Kumar Oynama" (PKO) olarak tanımlanmıştır. DSM-4'de dürtü kontrol bozukluğu olarak değerlendirilirken, DSM-5'te bağımlılıklar kategorisine dahil edilmiştir. Bu değişiklikler kumar bağımlılığının zaman içinde anlaşılmaya başlandığını ve madde bağımlılıklarına benzer olduğunu göstermektedir (3). Kapsamlı bir araştırmada, kumar oynama bozukluğu ve madde bağımlılığı arasında %57,5'lik bir komorbiditenin olması bu sınıflandırmayı doğrulamaktadır (4). Madde bağımlılığı dışında duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve intihar girişimi de kumar bağımlılığına oldukça sık eşlik etmektedir. Araştırmalar kumar bağımlılığı olan kişilerde intihar düşünceleri, intihar girişimleri ve tamamlanmış intihar oranlarının arttığını göstermektedir (5). Yapılan bir araştırma kumar sorunları için tedavi görmek isteyen kişilerin % 80'inin intihar düşüncesinin olduğunu % 12'sinin ise intihar girişiminde bulunduğunu saptanmıştır (6). İntihar girişiminde bulunmada orta yaş grubunda erkek olma, işsizlik, düşük sosyoekonomik düzey ve depresyon komorbiditesi önemli değişkenler olarak saptanmıştır (7). Ciddi intihar riski olan kumar bağımlılığında tedavi arayışı ise %10 gibi oldukça düşük bir orandadır (8). Bundan dolayı kumar bağımlılığının yükü topluma sanıldığından daha fazladır.

Ülkemizde Guriz ve arkadaşları, kumar bağımlılığı olan bir hastanın intihar düşünceleri yakınmalarıyla başvurduğunu belirtmişlerdir (9). Araştırmacılar bu olgularında, seçici geri alım inhibitörü ve bilişsel davranışçı terapi birlikteliği ile tedavide iyi sonuç aldıklarını belirtmişlerdir. Bu çalışmada ise intihar girişimi ile başvuran bir kumar bağımlılığı olgusu sunulmakta ve tedavi modaliteleri tartışılmaktadır.

OLGU

29 yaşında, evli, lise mezunu ve işçi olarak çalışan bir erkek hasta acile intihar girişimi sonrasında getirildi. Alınan öyküde hastanın son üç yıldır giderek artan bir kumar borcu vardı. Hasta ilk olarak dört yıl önce bir iş arkadaşıyla maç sonuçları ile ilgili şans oyunları oynadığını ve iyi miktarda para kazandığını belirtti. Bu kazanç sonrasında özgüveni artan hasta, kaybetmeye başladıkça hırs yaptığını ve hızlı bir şekilde borçlandığını söyledi. Acile geldiği günden bir hafta önce kumar borçlarını ailesi ve eşi öğrenmişti. Son üç aydır borçlarının artması nedeniyle mutsuzluk, karamsarlık, isteksizlik, uyku bozuklukları gibi depresyon belirtileri yaşamaya başlamıştı. Son bir ayiçinde ise şikayetleri belirgin derecede artmıştı. İşe gitmemek için işverenine yalan söylediğini belirtti. Kumar borcunun ailesi tarafından öğrenilmesinden sonra ölmek için plan yaptığını belirtti. Hafta sonunda eşi evde yokken, babasının kalp ilaçlarını içtiğini, bu ilaçları daha zararlı olabileceği için tercih ettiğini söyledi. Hastayı beş saat sonra evde baygın şekilde bulan ailesi hastaneye getirmişti. İntihar girişiminden 24 saat sonra yoğun bakımda taburculuk öncesinde değerlendirilen hasta, intihar düşüncelerinin olmadığını ancak çaresiz hissettiğini belirtti. Üç gün sonra hasta poliklinikte yeniden değerlendirildi. Ruhsal durum muayenesinde bellek ve dikkat azalmış, konuşması

yavaş, duygudurumu çökkün olarak saptandı. Hastada öfori, sinirlilik, artmış özgüven, düşünce akışında hızlanma gibi mani belirtileri yoktu. Mani döneminde olmadığı dışlanan hastada, kumar oynamakla sıkça uğraşma, sıkıntılı bir durumdan kaçmak için kumar oynama, kumarda kaybettiklerini yeniden kumarla kazanmaya çalışma, aynı seviyede haz alabilmek için daha fazla parayla kumar oynama (tolerans) ve kumar oynamayı azalma girişimleri sırasında ortaya çıkan sinirliliğini kontrol etmekte güçlük yaşama (çekilme) belirtilerinden dolayıDSM-5 tanı sınıflandırmasına göre "Kumar Bağımlılığı" tanısı olduğu saptandı. Bu tanıya ek olarak depresyon tanısı da vardı.



Şekil 1 Olgu formülasyonu

Hastanın geçmişte herhangi bir psikiyatri başvurusu yoktu. Ailesinde de psikiyatri başvurusu olan yoktu. Sigara kullanımı günde bir paketti ve on bir yıldır düzenli kullanıyordu. Alkolü aralıklı olarak alıyordu. Herhangi bir tıbbi hastalığı yoktu ve ilaç tedavisi kullanmıyordu. Yapılan rutin kan tetkiklerinde D vitamini düşüklüğü dışında anormal bulgu saptanmadı.

Sertralin 50 mg/gün ve risperidon 1 mg/gün ilaç tedavisi başlandı. Hastaya bilişsel ve davranışçı teknikleri içeren psikoterapi başlanması planlandı. Ancak hastanın işi sebebiyle ancak üç hafta sonunda tedaviye gelebileceğini belirtti. Üç hafta sonra psikoterapiye başlandı ve iki ay boyunca haftada bir toplamda 10 görüşme yapıldı.

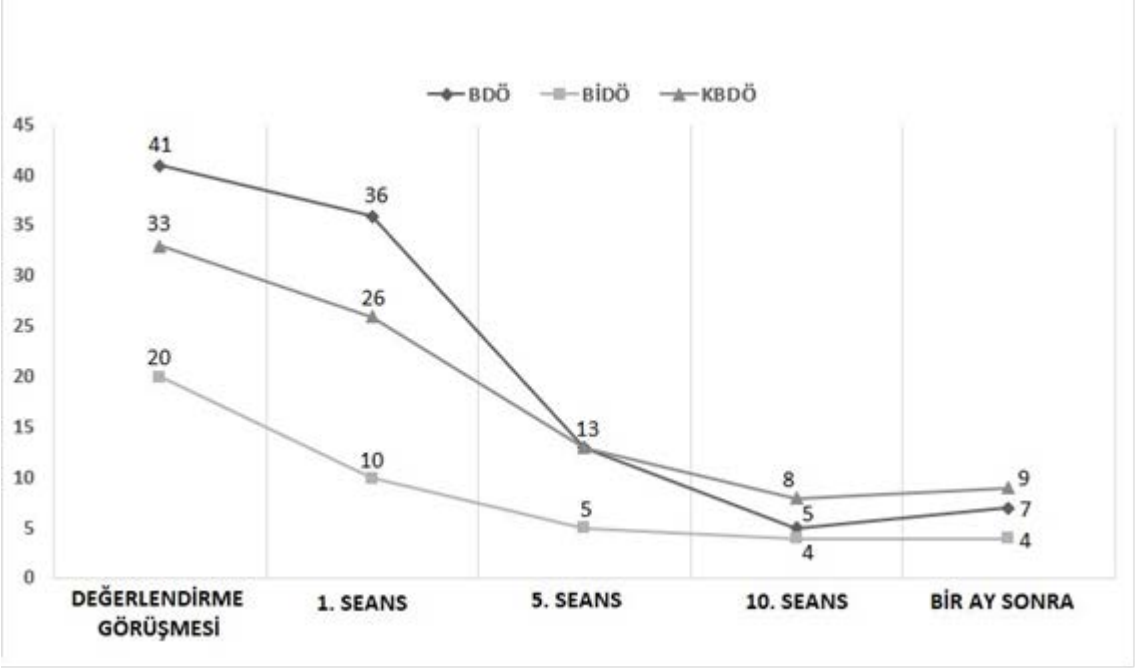
Değerlendirme görüşmesinde öncelikle intihar ile ilgili görüşleri değerlendirildi. Ayrıntılı öykü ve özgeçmiş alındı. Aktif intihar düşüncesi olmadığı tespit edildi. Fakat mutsuzluk, karamsarlık, huzursuzluk şikayetlerinin devam ettiği gözlendi. Hastaya uygulanacak terapi yöntemi anlatıldı. İlk seans öncesinde danışana bilgilendirilmiş onam formu verilerek terapi süreci hakkında aydınlatıldı. Görüşmeler boyunca elde edilen bilgilerin eğitim ve araştırma amacıyla kullanılmasına yönelik sözlü ve yazılı izin alındı. Görüşmeler esnasında her seansın başında olgudan kendi ruhsal durumunu değerlendirmesi istendi.

İlk seansta bilişsel davranışçı model tanıtıldı. Patolojik kumar oynama davranışı ile ilgili sorunların listesi yapıldı. Maddi kayıplara yol açan tekrarlayan kumar oynama davranışı, kumar

oynama davranışını engelleyememe, anne, baba ve kendi ailesine karşı suçluluk duyma, borç aldığı ve geciktirdiği kişilerle olan problemler ve işyerinde yaşadığı zorluklar bu sorunlardan bazılarıydı. Bu sorunlara yönelik tedavi hedefleri belirlendi.

İkinci, üçüncü ve dördüncü seansta hastadan sosyal hayatı, yaşadığı zorluklar, şikayetleri, olumsuz davranışları hakkında bilgi alındı. Patolojik kumar oynama davranışının ortaya çıkmasındaki etkenler, tetikleyiciler, sorun ile ilgili olumsuz bilişler, ara inançlar ve tekrarlayan kumar oynama davranışının niteliği belirlendi. Alınan bilgiler ile olgu formülasyonu oluşturuldu (Şekil 1).

Beşinci, altıncı ve yedinci görüşmede bilişsel hatalar üzerine odaklanıldı. Hasta için tetikleyici olan duygu (yalnızlık, çökkünlük), düşünceler (borçlarının bitmeyecek kadar çok olması, kumar bağımlılığından dolayı sevilmeyeceği düşüncesi vb.) ve olaylar (iş arkadaşını görünce ve maç izleme sırasındaolan kumar oynama isteği) üzerinde çalışıldı. "Borçlarım yalnızca kumardan kazanacağım para ile telafi olur", "Yaptığım hatalardan dolayı değersiz biriyim", "Borçlarımı telafi etmenin hiçbir yolu yok" gibi akılcı olmayan bilişler saptandı. Bu bilişlerin doğru olup olmadığına dair kanıtlar ele alındı. Akılcı olmayan bilişlerin yerine alternatif bilişler üzerine çalışıldı. Kumar oynamanın olumlu ve olumsuz sonuçları ile kumar oynamamanın olumlu ve olumsuz sonuçları üzerine tartışıldı.



Şekil 2 Hastaya uygulanan ölçeklerin zaman içindeki değişimi

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği, BİDÖ: Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği, KBDÖ: Kumar Bağımlılığı Değerlendirme Ölçeği

Sekizinci ve dokuzuncu görüşmede davranışçı öneriler ve sağlıklı başa çıkma becerileri geliştirme, alternatif davranışlar, keyif alabileceği etkinlikler oluşturma gündemdi. Songörüşmede ise yenileme riskinin azaltılması ve bağımlılık açısından riskli durumlarda yapılması gerekenler ele alındı.

Yaklaşık beş ay takipte kalan hastanın özellikle psikoterapi başladıktan sonra kumar oynamadığını belirtti. Depresif belirtileri birinci aydan sonra belirgin olarak düzeldi. Hastaya

uygulanan Beck Depresyon Envanteri (BDE), Beck İntihar Düşüncesi Ölçeği (BİDÖ) ve Kumar Belirti Değerlendirme Ölçeği (KBDÖ) skorlarının değişimi Şekil 2'de gösterildi.

TARTIŞMA

Kumar, daha değerli bir şey kazanma umuduyla değerli bir şeyi riske atmayı içeren bir etkinlik olarak tanımlanmaktadır. Birçok kumar oynama türü vardır. Oynanan kumarların bir kısmı yasallaştırılmışken bir kısmı yasal olmayan yollarla oynanmaktadır. Yapılan çalışmalar bazı grupların kumar bağımlılığı açısından daha yüksek risk altında olduğunu göstermiştir. Ergenlik dönemi ve genç-orta yetişkinlik; düşük eğitim durumu, psikopatolojisi varlığı, yüksek dürtüsellik, dezavantajlı mahallelerde yaşama yüksek risk ile ilgiliyken, ebeveyn denetimin olması ve dini katılım koruyucu gibi görünmektedir. Erkekler kadınlarda göre daha yüksek risk altındadır. Takip ettiğimiz hastanın erkek ve genç erişkinlik döneminde olması ile depresyon eştanısının olması kumar bağımlılığı gelişme riskini arttırmış olabilir. Hastada depresyon kumar bağımlılığından sonra gelişmiş ve son üç aylık dönemde belirtiler daha da artmıştır. Artan depresif belirtiler, çaresizlik ve kumar borçlarını ailesinin öğrenmesi gibi hastanın istemediği bir durum hastanın intihar girişiminde bulunmasına neden olmuştur. Kumar bağımlılığı olan bireylerde intihar düşüncesi ve intihar girişimi riskinin genel popülasyondan daha yüksek olduğu bildirilmiştir (5-7). Ulusal kayıtları temel alan bir çalışma, kumar bağımlılığı olan kişilerin genel ölüm oranlarının topluma göre 1,8 kat, intihar kaynaklı ölüm oranlarının ise 15 kat arttığını bildirmiştir (10). İntihar kaynaklı ölüm oranlarında ise depresyon varlığı anlamlı belirleyici olarak saptanmıştır. İntihar girişimindeki ana tetikleyicileri saptamayı amaçlayan çalışmalar, finansal borçların, aile ilişkileri ve sosyal yaşamda karşılaşılan zorlukların, yasal sorunların, istihdam sorunlarının en önemli tetikleyiciler olarak saptamışlardır (11, 12).

Epidemiyolojik çalışmalar, patolojik kumar oynayanların %7-12'sinin profesyonel tedavi aradığını veya Anonim Kumarbazlar gibi kendi kendine yardım gruplarına katıldığını belirtmiştir (8). Kumar yardım hatlarından elde edilen veriler de benzer şekilde düşük tedavi oranı (%2,6) bildirmektedir (13). Kumar bağımlılığında tedaviler tipik olarak psikoterapi ve/veya farmakoterapiyi içermektedir. Ancak herhangi bir ülkede kumar bağımlılığı için onaylanmış bir ilaç yoktur. Adsız kumarbazlar (AK) ise bir kendi kendine yardım grubu olarak tedavide yer alabilmektedir. Adsız Alkoliklerin 12 aşamalı modeline dayanarak oluşturulan AK grubu, deneyimli grup üyelerinin varlığı ile güçlendirilmiş bir destek grubudur. Bu gruplarda kumar oynama üzerindeki denetim kaybının kabul edilmesi; geçmiş hataların incelenmesi, bu hataların düzeltilmesi, kumar oynamadan sağlıklı bir sosyal ilişki kurulabileceğinin gösterilmesi, bu gruplarda elde edilen fikirlerin gruba yeni katılan sorunlu kumarbazlara aktarılması gibi başlıklar ele alınmaktadır. AK gruplarının değişen derecelerde kumar oynama bağımlılığı olan kişilerde etkili olduğu gösterilmiştir (14). Çalışmalar, diğer kendi kendine yardım müdahalelerinin (kendi kendine yardım çalışma kitapları ve ses bantları gibi) de kumar oynama davranışının azaltmada, plasebodan üstün olduklarını ortaya koymuştur (14, 15). Kumar bağımlılığında farmakoterapiyi ele alan bir meta-analiz çalışmasında ise antidepresanlar, opioid-reseptör antagonistleri ve duygudurum düzenleyicileri, kumar bağımlılığında plaseboya göre bir iyileşme ile ilişkili olarak saptanmıştır. Biz hastamızda depresif belirtileri de tedavi etmek amacıyla sertralin 50 mg/gün ilaç tedavisi ve dürtü kontrolünü sağlayabilmek amacıyla da risperidon 1 mg/gün ilaç tedavisini başladık. Birinci ayın sonunda depresif belirtilerinde belirgin azalma oldu. Hastada yalnızlık hissi ve çökkün hali

kumar oynama isteğini arttıran tetikleyicilerden birisiydi. Antidepresan tedavinin etkisi ile depresif belirtilerdeki düzelme kumar oynama isteğinin azalmasında rolünün olduğu söylenebilir. Bununla birlikte hastamızda kullanılan diğer bir ilaç olan risperidon hem antidepresan tedavi güçlendirmesinde hem de dürtü kontrolünün sağlanmasında kullanılmaktadır (16). Kumar bağımlılığı DSM-5'te madde bağımlılıkları altında değerlendirilmeye başlanmadan önce DSM-IV TR'de bir dürtü kontrol bozukluğu olarak ele alınmaktaydı (3). Bu da kumar bağımlılığının temelinde bir dürtü kontrol bozukluğu olduğunu göstermektedir. Kullanılan sertralin ve risperidon farmakoterapisi depresif belirtiler ve dürtü denetim zorluklarında düzelme sağlayarak kumar oynama davranışında azalmasında etkili oldu. Farmakoterapiye ek olarak tedavi süresinde kumar bağımlılığı ile ilgili bilişsel hatalar ve davranışsal sorunlar ele alındı. Böylece tedavide hem farmakoterapi hem de bilişsel davranışçı terapi kullanılmış oldu. Kumar bağımlılığının farmakolojik tedavisi üzerine yapılan ilk çalışmalar, özellikle dürtü kontrolü açısından serotoninin etkin rolü olduğunu düşünerek serotonin geri alım inhibitörleri üzerine olmuştur. Yapılan plasebo kontrollü çift kör çalışmalarda ilk olarak fluvoksamin ve paroksetin etkin olarak saptanırken, sonraki çalışmalarda fluvoksamin, paroksetin ve sertralinin etkinlik açısından plasebo ile farksız olarak bulunmuştur (17, 18).

Bilişsel-davranışçı terapi, kumar sorunu olan bireylere yardımcı olmak için sıklıkla kullanılan tedavi yaklaşımıdır. BDT, patolojik kumar oynamanın bilişsel bileşenlerini (bilişsel hatalar, kumaristeğini arttıran duygular, kumar sonrası oluşan duygular vb.) ve davranışsal yönlerini (sağlıklı başa çıkma becerilerini elde etme, tetikleyicileri saptama ve bunlarla mücadele vb.) ele almaktadır. BDT, kumar bağımlılığı için psikoterapötik yaklaşımların en güçlü kanıt tabanına sahip olan tedavi yöntemidir. BDT'nin kumar oynama belirti şiddetini, mali kayıpları ve kumar oynama sıklığını azalttığı gösterilmiştir (14, 19, 20). Bizim takip ettiğimiz hastada da psikoterapilerin başlamasıyla kumar oynama alışkanlığında belirgin bir azalma oldu. Hastadaki bu gelişimi ailesi de doğruladı. BDT orta ve büyük etkinlikte kısa süreli etkiler (tedavi sonrası ilk 3 ay) göstermekle birlikte, uzun süreli etkiler (tedavi sonrası 9-12 ay) içinde kısmen etkili görülmektedir.

Sonuç olarak kumar bağımlılıkları giderek yaygınlaşan bir davranışsal bağımlılıktır. Kumar bağımlılığına sıklıkla depresyon eşlik etmektedir. Kumar bağımlılığının oluşturduğu mali sorunlar, sorunlu aile ilişkileri ve eklenen psikiyatrik hastalıklar intihar girişimi riskini arttırmaktadır. Kumar bağımlılığı tedavisi için başvurular oldukça azdır. Başvuranlarda mutlaka psikiyatrik komorbidite ve intihar düşüncesi sorgulanmalıdır. Kumar bağımlılığının tedavisinde henüz onaylanan bir farmakoterapi yoktur. Ancak tedavideki en sağlam kanıtlar bilişsel davranışçı terapiler üzerindedir.

KAYNAKLAR

1. Mallorquí-Bagué N, Mena-Moreno T, Granero R, et al. Suicidal ideation and history of suicide attempts in treatment-seeking patients with gambling disorder: The role of emotion dysregulation and high trait impulsivity. J Behav Addict 2018; 7: 1112-1121.
2. Kessler RC, Hwang I, LaBrie R, et al. DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. Psychol Med 2008; 38: 1351-1360.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders - 5. Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2013.
4. 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: 490-498.

5. Black DW, Coryell W, Crowe R, et al. Suicide ideations, suicide attempts, and completed suicide in persons with pathological gambling and their first-degree relatives. Suicide Life Threat Behav 2015; 45: 700-709.
6. McCormick RA, Russo AM, Ramirez LF, Taber JI. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. Am J Psychiatry 1984; 141: 215-218.
7. Blaszczynski A, Farrell E. A case series of 44 completed gambling-related suicides. J Gambl Stud 1998; 14: 93-109.
8. Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. Am J Psychiatry 2006; 163: 297-302.
9. Güriz S, Ekinci A, Türkçapar M. Bir patolojik kumar hastasının bilişsel davranışçı terapisi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2012; 1: 105-112.
10. Karlsson A, Håkansson A. Gambling disorder, increased mortality, suicidality, and associated comorbidity: A longitudinal nationwide register study. J Behav Addict 2018, 7: 1091-1099.
11. Bischof A, Meyer C, Bischof G, et al. Type of gambling as an independent risk factor for suicidal events in pathological gamblers. Psychol Addict Behav 2016; 30: 263-269.
12. 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.
13. Potenza MN, Steinberg MA, McLaughlin SD, et al. Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. Am J Psychiatry 2001; 158: 1500-1505.
14. Petry NM. Gamblers anonymous and cognitive-behavioral therapies for pathological gamblers. J Gambl Stud 2005; 21: 27-33.
15. Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, et al. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. Addiction 2005; 100: 1412-1422.
16. Scheltema Beduin A, de Haan L. Off-label second generation antipsychotics for impulse regulation disorders: a review. Psychopharmacol Bull 2010; 43: 45-81.
17. Bartley CA, Bloch MH. Meta-analysis: pharmacological treatment of pathological gambling. Expert Rev Neurother 2013; 13: 887-894.
18. Pallesen S, Molde H, Arnestad HM, et al. Outcome of pharmacological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. J Clin Psychopharmacol 2007; 27: 357-364.
19. Cowlishaw S, Merkouris S, Dowling N, et al. Psychological therapies for pathological and problem gambling. Cochrane Database Syst Rev 2012; 11: Cd008937.
20. Çakmak S, Tamam L. Kumar oynama bozukluğu: Genel bir bakış. Bağımlılık Dergisi 2018; 19: 78-97.

View publication stats