

Bir Patolojik Kumar Hastasının Bilişsel Davranışçı Terapisi

S. Olga Guriz¹, Aslı Ekinci², M. Hakan Türkçapar³

¹Uzm. Dr. S. B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

²Uzm. Dr. Yozgat Devlet Hastanesi

³Doç. Dr. S. B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Özet

Patolojik kumar oynama, sürekli ve yineleyici biçimde kumar oynama davranışı ile kendini gösteren sosyal, mesleki ve aile yaşamında önemli kayıplara neden olabilen ruhsal bir bozukluktur. Bu bozukluğun intihar girişimleri, iş kaybı, evlilik ve aile yaşamına ilişkin olumsuzluklar, yasal sorunlar ve suç davranışı gibi yoğun kişisel ve sosyal sonuçları vardır. Eşlik eden psikolojik rahatsızlıklar patolojik kumar oynama davranışının tedavi sonuçlarını etkileyebilmektedir. Özellikle yüksek düzeyde depresif belirtilerin kumar oynama davranışı olasılığının artırdığı bildirilmiştir ve tedavinin erken döneminde eşlik eden depresyonun saptanması ve tedavi edilmesinin tedavi sonuçlarında düzelme sağladığı ve yineleme oranlarını azalttığı vurgulanmıştır. Bu bozukluğun tedavisinde ortak kabul gören bir tedavi yaklaşımı bulunmamaktadır. Kişisel ve sosyal olarak yıkıcı sonuçlara yol açan bu durumun tedavisinde psikolojik tedavilerin kısa ve uzun dönemde olumlu sonuçları bilinmektedir. Patolojik kumar oynamanın homojen bir rahatsızlık olmaması nedeniyle bu rahatsızlık söz konusu olduğunda hem değerlendirme hem de tedavi süreci ile ilgili olarak bireysel bir planlama yapılmalıdır. Düşünsel duygulanımcı davranış terapisi; patolojik kumar oynama tedavisinde özellikle duygusal sorunlarla başa çıkma ve rahatsızlık hissine katlanma konusunda kognitif, duygusal ve davranışsal alanlarda bütüncül bir model oluşturarak fayda sağlayabilir gibi görünmektedir. Bu yazıda depresyonun eşlik ettiği bir patolojik kumar oynama olgusunda, ilaç tedavisinin yanı sıra uygulanan Düşünsel Duygulanımcı Davranış Terapisi tartışılmaktadır.

Anahtar kelimeler: Patolojik kumar, depresyon, bilişsel davranış terapisi.

Summary

Case Report: Cognitive Behavioral Therapy Of A Patient With Pathological Gambling

Pathological gambling is a mental disorder characterized by continuous and repetitive gambling behavior and it might cause significant losses in social, professional and family life. There may also be some personal and social results of it such as suicide attempts, loss of job, marital problems, and troubles in family life, legal difficulties and criminal behavior. Co-occurring mental disorders might influence treatment outcomes of pathological gambling behavior. There are some reports suggesting that especially higher depression levels may increase the likelihood of gambling behavior and it has also been stressed that identification and early treatment of co-occurring depression in treatment process should improve the results and reduce relapse rates. There is not an standardized treatment modality for the treatment of the disorder. It is known that in the treatment of this condition, which results in personal and social failure, psychological intervention may have positive results both in the short and long term. As pathological gambling is not a homogenous disorder, individual planning is essential for the evaluation and therapy. Rational Emotive Behavior Therapy seems to be efficient in the treatment of pathological gambling especially in coping with emotional problems and feeling of discomfort through making up a holistic cognitive, emotional, and behavioral model. In this report, the effectiveness of Rational Emotive Behavior Therapy that accompanied a drug therapy is discussed in a case of a pathological gambling with comorbid depression.

Keywords: Pathological gambling, depression, cognitive behavior therapy.

GİRİŞ

Patolojik kumar oynama (PKO) sosyal, meslek ve aile yaşamında önemli kayıplara neden olmasına

karşın sürekli ve yineleyen uygunsuz kumar oynama davranışıdır. Giderek artan miktarlarda oynama gereksinimi, kaybettiklerini geri kazanmak için yeniden oynama isteği, kumar için gereken parayı

çeşitli yasadışı yollardan sağlama patolojik kumar oynama davranışının temel özellikleridir. Kronik ve ilerleyici niteliği olan bu bozukluğun intihar girişimleri, iş kaybı, evlilik ve aile yaşamına ilişkin olumsuzluklar, yasal sorunlar ve suç davranışı gibi yoğun kişisel ve sosyal sonuçları vardır. (Oakley-Browne ve ark. 2003, Sood ve ark. 2003). Eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların da PKO davranışının tedavi sonuçlarını etkileyebileceği, özellikle yüksek düzeyde depresif belirtilerin varlığında kumar oynama davranışı olasılığının arttığı bildirilmiştir ve tedavide eşlik eden depresyonun erken saptanması ve tedavi edilmesinin tedavi sonuçlarında düzelme sağladığı ve yineleme oranlarında azalmaya neden olduğu vurgulanmıştır (Smith ve ark. 2011). Patolojik kumar oynamanın nasıl tedavi edilebileceği konusunda yerleşik herkesçe kabul edilen bir tedavi biçimi yoktur. Kişisel ve sosyal olarak yıkıcı sonuçlara yol açan bu durumun tedavisinde psikolojik tedavilerin kısa ve uzun dönemde olumlu sonuçları bilinmektedir (Pallesen ve ark. 2005). Ayrıca bireysel ve grup olarak bilişsel-davranışsal yaklaşımlar ve ilaç tedavileri ile ümit verici sonuçlar da bildirilmiştir (Dannon ve ark. 2006, Hodgins ve Peden 2008). Buna ek olarak tek başına etkili olmasa da kendine yardım grupları, bireysel psikoterapiler ve ilaç tedavileri ile beraber oldukça faydalı sonuçlar oluşturmaktadır (Kalyoncu ve ark. 2003). Bu yazıda ilaç tedavisine ek olarak uygulanan, bilişsel davranışçı yaklaşımlardan biri olan düşünsel duygulanımcı davranış terapisi (DDDT-Rational Emotive Behavior Therapy) ile klinik düzelme sağlanan depresyonun eşlik ettiği bir PKO olgusu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU

46 yaşında, evli, bir çocuklu, lise mezunu erkek hasta. Hasta Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne sürekli at yarışı oynama ve istemesine rağmen bundan vazgeçememe, karamsarlık, intihar düşünceleri yakınmalarıyla başvurdu.

İlk defa at yarışı oynamaya 31 yaşında başlayan hasta, başlangıçta düşük miktarlarda para ile oynarken sonraları daha büyük miktarlar harcamaya başlamıştı. O dönemde hissettiği çaresizlik ve mutsuzluk duygularından kurtulmak için oynamayı sürdürdüğünü ve ailesinden gelen suçlamaların bunu daha da arttırdığını, kimi zaman da içindeki durdurulamaz istek veya kaybettiği parayı geri kazanmak için de oynamaya devam ettiğini bildirmekteydi. Özellikle son dönemlerde büyük miktarlar kaybetmeye başlaması ve ciddi borçlar almak zorunda kalmasından sonra

hem eşi ve ailesi hem de işyerinde sorunlar yaşamaya başlamıştı. Birisi ası yolu ile olmak üzere toplam dört defa ciddi intihar girişimlerinde bulunmuştu. Bu nedenle yaklaşık 2 yıl önce ilk defa bir psikiyatriste başvuran hasta sertralin 50 mg/gün tedavisini 3 hafta düzensiz kullandığını ifade etmekteydi.

Hastanın sigara dışında alkol ya da başka bir madde kullanımı bulunmamaktaydı. Aile öyküsünde herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olan birey yoktu. Depresif belirtileri ve intihar eğilimi yüzünden yatırılarak takibi planlanan hastanın ilk değerlendirmesinde; elemli duygulanım, intihar düşünceleri, uyku düzensizliği ve iştahsızlık saptandı. Hastanın yapılan rutin laboratuvar tetkiklerinde ve beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) herhangi bir anormallik saptanmadı. Yapılan muayene ve alınan öykü doğrultusunda hastaya DSM-IV-TR'ye göre "patolojik kumar oynama" ve "major depresif bozukluk" tanıları koyuldu (American Psychiatric Association 2000). İlk değerlendirmede Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) puanı 38 ve Kumar Semptomları Değerlendirme ölçeğinde (Gambling Symptom Assesment Scale-GSAS) skoru 48 olarak saptandı.

Tedavi planına ilişkin yapılan ilk görüşmede; hasta, kendi deyiimiyle "at yarışı hastalığından" kurtulmak istediğini bildirdi. Hastanın depresif bulgu ve belirtilerine yönelik olarak daha önce de kullandığı sertralin tedavisi başlandı ve 100 mg/gün'e yükseltildi. İlaç tedavisine ek olarak hastanın psikoterapi programına alınması planlandı.

Tedavi motivasyonu yüksek derecede olan hastaya ilaç tedavisinin yanı sıra özellikle kumar oynama davranışı için psikoterapinin etkili olabileceği belirtildi. Hastaya uygulanacak psikoterapi yöntemi anlatıldı; hastanın da bunu istemesi ve kabul etmesi üzerine terapi kontratı yapılarak DDDT yönelimli psikoterapiye başlandı. Psikoterapi seanslarında ilk iki görüşmesinde öncelikli olarak intihar düşünceleri ayrıntılı biçimde ele alındı, içinde bulunduğu durum yeniden tanımlanarak tedaviyle ilgili bilgi verildi ve tedavi hedefleri belirlendi. Öncelikle DDDT modeli ve rasyoneli 3-5. görüşmelerde hastaya anlatıldı. Daha sonra 6-8. görüşmelerde; inançlarının ortaya çıkan duygu, düşünce ve davranışla ilgili sonuçları nasıl etkilediği bir kez daha vurgulandı. Hastanın dünya ve kendisiyle ilgili mutlak beklentilerinden oluşan -meli, -malı tarzı düşüncelerinin, örneğin "Eşim üzerime gelmemeli, aynı şeyleri tekrar tekrar söylememeli", felaketeştirmelerinin "Kumar oynamayı bırakamazsam bu ölmekten beter olur.", sıkıntıya dayanamayacağı biçimindeki düşük engellenme eşiğinin "Kızım bana soğuk davranmaya

devam ederse buna dayanmam.” ve bir insan olarak yaptıkları ve yapmadıklarıyla bir bütün olarak kendisine değer biçip derecelendirmesi “Bugüne dek çok hatalar yaptım, bu nedenle değersiz biriyim.” ile ilgili akılcı olmayan düşünceler saptanarak bunların gerçeklikle uyumu (ampirik inceleme), mantıklı olup olmadıkları (mantıksal inceleme) ve yol açtığı sonuçlar açısından inceleme (işlevsel inceleme) biçimindeki temel DDDT teknikleri uygulandı .

Daha sonra akılcı olmayan düşüncelerin akılcı olan alternatiflerinin saptanmasına yönelik çalışmalar yapıldı “Bugüne dek zaman zaman hata yapmış olmam benim bazen hatalı davranabilen biri olduğumu gösterir ancak bir bütün olarak benim değerimi belirlemez ve tamamen değersiz biri olduğumu göstermez” ve yeni akılcı düşüncelerin pekiştirilmesine yönelik ev ödevleri (yeni akılcı alternatif düşüncelerin bir not defterine kaydedilmesi ve gün içinde belli zamanlarda gözden geçirilmesi gibi) verildi. Bu görüşmeler sonrası hastanın depresif belirtilerinde azalma olduğu, intihar düşüncesinin ortadan kalktığı gözlemlendi.

Hastanın kumar davranışı ile ilgili günlük olarak kendini izlemesi 9-11. görüşmelerde öğretildikten sonra motivasyonunu sağlamaya yönelik kumar oynamanın uzun ve kısa vadeli avantaj ve dezavantajları gözden geçirildi (Tablo 1). Tedavi hedefleri yeniden gözden geçirilerek hedeflerin gerçeğe uygun hale getirilmesi sağlandıktan sonra kumar davranışı ile ilgili kişisel bir model oluşturuldu. Yüksek riskli bir durum ortaya çıktığında bunun tetiklediği kumar

oyunama ile ilişkili düşünceler, sonrasında ilk bahis, onu takip eden oyunama davranışı, sonuçta kazanma veya kaybetme durumuna göre hastanın bir biçimde yeniden riskli durumla yüzyüze gelişi ile birlikte ortaya çıkan döngü Ladouceur ve Lachance (2007)’in önerdiği modele göre tanımlandı (Şekil 1). Bu model üzerinden yüksek riskli durumlar tanımlanarak kumar davranışından uzak durmasına yönelik davranışçı müdahalelere başlandı. Hastaya destek olabilecek kişiler gözden geçirildi ve maddi konuların yönetimi hastanın onayıyla eşine devredildi. Daha sonra dikkatinin kumardan uzaklaştırılmasına yönelik yeni uğraş alanları saptandı ve hasta bu uğraşlarla ilgili cesaretlendirildi.

Eşle ve evlilikle ilişkili sorunların gündeme gelmesiyle birlikte 12-15. görüşmelerde; daha önce öğrendiği DDDT yöntemlerini uygulaması konusunda cesaretlendirilen hastayla problem çözme becerileri çalışıldı. Terapi kazanımlarını gerçek yaşamda da test etmek amacıyla 15. görüşmeden sonra taburcu edilen hasta 16. görüşmeye geldiğinde kumar oynamamıştı; maddi konuların denetimi hala eşindeydi. Fiziksel sağlığı ile ilgilenmeye başlamıştı. Yüksek riskli durumlardan uzak durması ve yeni uğraş alanlarına yönelmesi konusunda desteklendi. Evlilikle ilgili sorunların devam ettiği gözlemlendiğinden 17 ve 18. görüşmelere eşi de davet edildi. Eşine rahatsızlığı ve tedavi süreciyle ilgili bilgi verildikten sonra evde gerginliğin azaltılmasına ve problem çözmeye yönelik müdahaleler yapıldı. Bu aşamadan sonra hasta

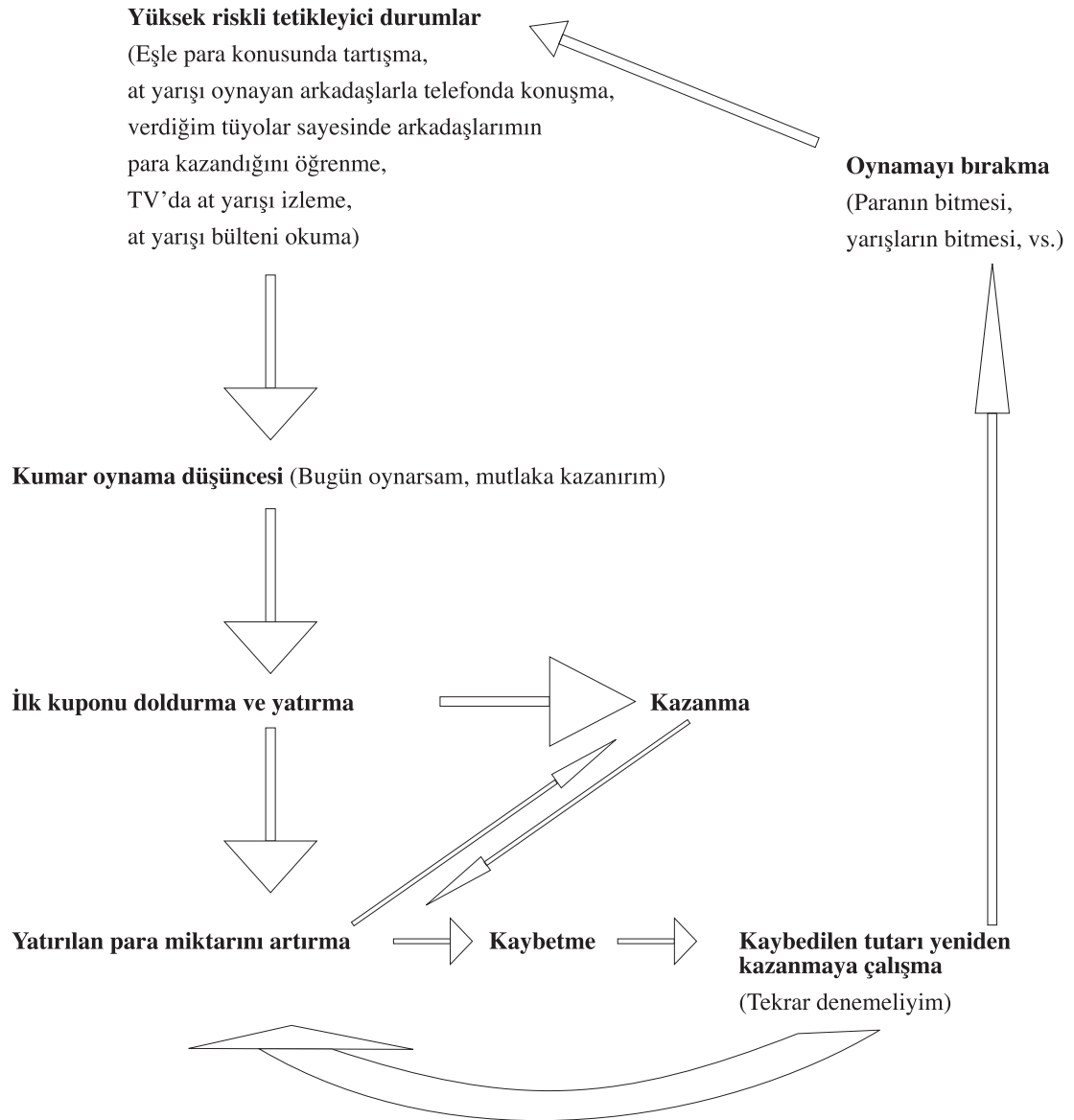
Tablo 1: Kumar oynamanın avantaj ve dezavantajları.

Kumar oynamanın olumlu sonuçları	Kumar oynamayı bırakmanın olumsuz yönleri
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kendimi iyi hissettiriyor. 2. Çevre edinmemi sağlıyor. 3. Zaman zaman para kazanıyorum 4. İnsanlar arasında popüler olmamı sağlıyor. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Etrafımda oluşan geniş çevremi yitirim. 2. Yeni bir uğraş bulana kadar boşluğa düşerim. 3. Kumar oynamanın verdiği heyecanı yaşayamam.
Kumar oynamanın olumsuz sonuçları	Kumar oynamayı bırakmanın olumlu sonuçları
<ol style="list-style-type: none"> 1. Maddi kayba sebep oluyor ve borçlanıyorum. 2. Eşim ve kızımın sorunlar yaşıyorum. 3. Öz güvenimi kaybettim. 4. Toplum içinde saygınlığımı kaybettim. 5. Yaşama isteğimi kaybettim. 6. İntihara teşebbüs ettim. 7. İşyerinde sorunlar yaşadım. 8. Fiziksel hastalığım için gereken muayene ve tetkiklere zaman ayıramıyorum ve sağlığım bozuluyor. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aile ilişkilerime daha fazla zaman ayırabilirim. 2. Çevremi saygısını kazanırım. 3. Borçlarımı öderim ve maddi açıdan daha rahat bir duruma gelebilirim. 4. Sağlığımın gereken özeni gösteririm. 5. İşime daha çok zaman ayırıp daha iyi yaparım.

yeniden işyerinde çalışmaya başladı. İzlem sırasında 19-21. görüşmelerde kumar davranışı ile ilgili kendini izlemeye devam etti; eşi ve çocuğu ile ilişkisini düzenlemesine yönelik çalışıldı. Ayrıca beceri ve şans oyunları arasındaki farklar gözden geçirilerek hastanın "şans" kavramı ile ilişkili akılcı olmayan düşünceleri "Bugün havanın ve pistin fizik koşulları ve üzerine bahis oynayacağım atın özellikleri kazanmam için çok uygun, şu anda para yatırırsam mutlaka kazanırım" üzerinde çalışıldı. Hastanın iki ayda bir kez idame olarak görüşmelere gelmesi planlandı.

Psikoterapi sürecinde hastanın haftalık yapılan DDDT seanslarına iyi uyum sağladığı ve verilen

ev ödevlerini oldukça düzenli şekilde tamamladığı gözlemlendi. Ortalama 5-8. seanslardan sonra hastanın depresif belirtilerinde azalma gözlenirken aynı zamanda kumar oynama davranışında ve dürtüsünde belirgin azalma ve kumardan uzak kalmak konusunda belirgin motivasyon artışı olduğu izlendi. Hastanın BDÖ skoru tedavinin 4. haftasında 28, 8. haftanın sonunda 17 ve 6. ay sonunda 6 puan idi. GSAS skoru ise benzer şekilde düşüş gösterdi ve 4. hafta sonunda 26, 8. hafta sonunda 18 ve 6. ayın sonunda 4 puan idi.



Şekil 1. Kumar oynama döngüsü.

Örnek Görüşme:

T: Bugün hangi sorun üzerinde konuşmak istersiniz?

H: Bugün yaşadıklarımı görüşmeyi tercih ederim. Şu anda berbat hissediyorum.

T: Bugün neler oldu biraz söz eder misiniz?

H: Bugün eşim geldi. Onu karşıladım. Hoşgeldin dedim. Ancak pek de hoş gelmediğini söyledi. Sonra bana borçlarla ilgili her zaman söylediklerine benzer olumsuz sözler sarfetti. Benim değişmediğimi, hiçbir şeyi beceremediğimi, her şeyin aynı olduğunu, bundan sonra da değişmeyeceğini söyledi. Biliyorsunuz işte yine aynı şeyler...

T: O bunları söylediği sırada ne hissettiniz?

H: Ben artık tek başına ayakta durmalıyım, tek başına mücadele etmeliyim. O evde istenmiyorum.

T: Bunlar o sırada düşündüğünüz şeyler, ben ne hissettiğinizi sormuştum. (Sağlıksız duyguyu ortaya çıkarma)

H: Suçluluk hissettim, belki vicdan azabı. Ama öfke yoktu.

T: Peki, bu suçluluk duygusuyla ne yaptınız? (Duyguyla ilgili sonuçları ortaya çıkarma)

H: Bir şey yapmadım. Eşim yüksek sesle konuşmaya devam etti, sonra banka kartını bana verdi ve her şeyi benim halletmem gerektiğini söyledi.

T: Sonra?

H: Ondan gitmesini istedim.

T: Size göre böyle suçlu hissettiğiniz zamanlarda yaşamınız nasıl etkileniyor bundan?

H: Çok kötü etkiliyor. Her şey olumsuz görünüyor. Hiçbir şey yapmak istemiyorum. Yaşamak bile istemiyorum. Hastaneye yatmadan önce sürekli intihar vardı aklımda. Siz de biliyorsunuz bunu.

T: Böyle suçluluk hissettiğinizde kumar oynama isteğinizde bir değişiklik oluyor mu?

H: Bazen yeniden oynayıp büyük para kazanabileceğimi ve her şeyi düzeltebileceğimi, kendimi affettirebileceğimi düşünüyorum. Saçma tabii aslında.

T: O halde suçluluk hissettiğinizde bu duygu sizi yaşamdaki amaçlarınızdan uzaklaştırıyor ve yıkıcı olabilen davranışlara neden oluyor. İntihar aklınıza gelebiliyor veya kumar oynama isteği tetiklenebiliyor. Böyle diyebilir miyiz?

H: Kesinlikle.

T: Peki böyle bir durumda yıkıcı sonuçlara yol açan bu suçluluk duygusunun yerine hangi

duyguyu yaşamak isterdiniz? (Seans içinde hedef belirleme)

H: Hiçbir şey hissetmemeyi isterdim.

T: Bu mümkün olabilir mi acaba? Yani siz gerçekten büyük paralar kaybettiniz ve aileniz de bundan zarar gördü, üstelik eşiniz sizin hiç değişmeyeceğinize ve başaramayacağınıza inandığını söylüyor... Hiçbir şey hissetmemeniz ne kadar gerçeğe uygun olur?

H: Hiç gerçekçi bir beklenti değil.

T: O halde hangi duyguyu hissetmeyi tercih ederdingiz?

H: Bilmiyorum, kafam karıştı biraz, hiç bilemiyorum.

T: Sağlıklı ve sağlıksız duyguları ayırt etmekle ilgili yaptığımız görüşmeyi anımsayabiliyor musunuz? Örneğin böyle bir durumda suçluluk yerine sadece pişmanlık duyabilseydiniz nasıl olurdu?

H: Bu kadar sıkıntı duymazdım herhalde ama yapamıyorum bunu. Bugün de yapamadım zaten.

T: İntihar hala gündemde olur muydu mesela?

H: Sanmıyorum, olmazdı.

T: Olanları telafi etmek için kumar oynamayı düşünür müydünüz?

H: Bilmiyorum. Ama daha mantıklı düşünebilirdim belki de.

T: Peki, acaba sizin böyle sağlıksız bir suçluluk hissetmenizi ne sağlıklı olabilir?

H: Düşüncelerim, bunu daha önce konuşmuştuk. Biliyorsunuz ben bir olay olduğunda doğrudan duygu kısmına geçiyorum. Düşüncelerimin hiç farkında olmuyorum. Zaten düşünce kısmını bir halletsem hiç sorun kalmayacak.

T: O halde şöyle yapalım. Bugün eşiniz geldi, tartıştınız, beraberinde yoğun bir suçluluk hissettiniz. Tam o anda kendinize neler söylüyordunuz? Görüşmenin başında o evde istenmediğinizi düşündüğünüzü söylediniz, tam o sırada başka neler söylüyordunuz kendinize? (Akılcı olmayan inancı bulma)

H: O haklı, kesinlikle haklı dedim. Evet ben bunları yapmamalıydım. Benim hatamdı hepsi. Bunca yıl aileme çok zarar verdim.

T: Şimdi kısa bir özet yapacak olursak, bugün eşiniz ziyaretinize geldi, aranızda bir tartışma başladı ve size hep aynı olduğunuzu, hiç değişmeyeceğinizi ve hiçbir şeyi beceremediğinizi söyledi. Siz bu durumla ilişkili olarak yoğun bir suçluluk hissettiniz ve o sırada inandığınız şey ise "beni istememekte haklılar, bunları yapmamalıydım, onlara zarar vermemeliydim ve bu tamamen benim hatam" oldu. Böyle söyleyebilir miyiz? (Özet yapma)

H: Evet kesinlikle her şey benim suçum, cezasını çekmeliyim.

T: Şöyle düşünelim, siz uzun yıllar kumar oynadınız ve bunun sonucunda aileniz bazı güçlükler yaşadı. Bunun anlamı ne sizin için?

H: Çok hatalıyım, ihmalkar biriyim.

T: İhmalkar ve çok hatalı biri olduğunuzu inanıyorsunuz... Başka bir anlamı var mı sizin için?

H: Aslında haklılar neden beni istesinler ki?

T: Sizi isteyip istemediklerini tam olarak bilmiyoruz. Ama diyelim ki sizi gerçekten istemiyor olsalardı, bu neyi gösterirdi?

H: Birlikte yaşamaya değmediğimi, onlar için bir şey ifade etmediğimi, bir değerim yok yani.

T: Şunu mu söylemeye çalışıyorsunuz, "Ben uzun yıllar boyunca kumar oynadım. Maddi kayıplarım oldu. Ailemle ilişkilerim bozuldu. Bunları yapmamalıydım, çünkü bunları yaparak onlara zarar verdim. Bu yüzden onlar için hiçbir şey ifade etmiyorum, değersiz biriyim".

H: Evet, böyle düşünüyorum.

T: Böyle düşündüğünüzde nasıl hissediyorsunuz? (İnancıyla sağlıksız duygusu arasında bağlantı kurma)

H: Suçlu hissediyorum bunları yaptığım için.

T: Peki ailenize zarar verecek şekilde kumar oynadığınız için değersiz biri olduğunuzu inandığınızda suçluluk hissettiğinizi söylediniz. Şimdi bu inancınızı yeniden birlikte gözden geçirelim istiyorum. Acaba bu inancınız mantıklı mı? (Mantıksal uslamlama)

H: Mantıklı gibi görünüyor.

T: Yani sizin kumar oynamanız, ailenize zarar verdiğini düşünecek olursak, nasıl bir davranış size göre?

H: Çok kötü.

T: Peki, sizin geçmişte kötü bir şekilde davranmış olmanız, sizi bütünüyle değersiz kılar mı? Bu mantıklı mı?

H: Anlamadım galiba.

T: Şöyle bir örnek vereyim o zaman, elinizde iştah açıcı görünen, nefis meyvelerle dolu bir tabak olduğunu hayal edin. Hepsi çok güzel görünüyor. Tamam mı?

H: Evet

T: Fakat biraz dikkatli şekilde baktığınızda meyvelerden birinin, sadece birinin üzerinde berbat bir çürük olduğunu fark ettiniz. Böyle bir

durumda tüm meyve tabağını olduğu gibi çöpe boşaltır mıydınız?

H: Hayır neden çöpe dökeyim ki, Anladım galiba ne demek istediğinizi şimdi. Kendime haksızlık yapıyorum, bunu mu söylemeye çalışıyorsunuz?

T: Şunu söylemek istiyorum; geçmişte hatalı bir davranışta bulunmanız nedeniyle kendinizi bir bütün olarak değerlendiremezsiniz. Yani tek bir parça bir bütünü tanımlamak için yeterli değildir. Dolayısıyla kumar oynamakla ve bu yüzden ailenize zarar vermekle sizin sadece hatalı bir davranış sergilediğinizi söyleyebiliriz, ama bu sizi bütünüyle değersiz kılmaz. Siz de hata yapabilirsiniz değil mi?

H: Elbette bütün insanlar hata yapabilir.

T: O halde tüm insanların ne kadarını değersiz olarak niteleyebiliriz?

H: Değersiz diyemeyiz, hata yapmış olabilirler ama değersiz olmazlar.

TARTIŞMA

Bu yazıda patolojik kumar oynama davranışına ikincil depresyon gelişen bir olgu ele alınmıştır. PKO'ya eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkların varlığı ilaç tedavisinin seçiminde yol gösterici olmaktadır (George ve Murali 2005). Bu yazıda tartışılan olguda depresyon belirtisi olarak ortaya çıkan intihar düşünceleri ve girişimi olması nedeniyle tedavi sürecini hızlandırmak amacıyla öncelikle ilaç tedavisi olarak selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) grubu bir antidepresan başlanmıştır. Ancak antidepresan tedavinin depresyonu düzeltmenin yanı sıra patolojik kumar oynama davranışı üzerindeki etkileri tartışmalıdır. Bazı antidepresanların patolojik kumar oynama davranışı tedavisinde etkin olduğunu gösteren araştırmalar olduğu gibi plasebo ile farkının olmadığını bildiren araştırmalar da bulunmaktadır (Saiz-Ruiz ve ark. 2005, Petry 2005, Demet 2009). Bu nedenle hastamızda ortaya çıkan PKO davranışının tedavisinde ilacın yanı sıra psikoterapi uygulanması düşünülmüştür.

PKO davranışının heterojen doğada olduğu, farklı nedenlerle bu kişilerin kumar oynamaya yöneldiği ve bu rahatsızlığın tedavisi için bazı alt grupların ayrıştırılmasının gerekliliği ileri sürülmektedir (Ledgerwood ve Petry 2006). Bu yazıda sunulan hastada belirgin şekilde günlük yaşamla ilgili, özellikle de evlilikle ilişkili sorunların ön plana çıkması ve sonuçta depresyonun gelişmesi dikkati çekmektedir. Depresyonun gelişiminde bilişsel

davranışçı kuram olumsuz yaşam olaylarıyla etkinleşen işlevsel olmayan inançların rol oynadığını öne sürer. DDDT bakış açısından ise depresyondaki kişiler şimdi veya gelecekte olma olasılığı olan zorlu yaşam olaylarıyla baş edemeyeceklerine, yetersiz ve değersiz olduklarına inanırlar ve kötü performansları için kendilerini küçümserler (Ellis 2003a). Bu sorunların yol açtığı olumsuz duygulardan kaçınmanın ve bunları yatıştırmanın bir yolu olarak kumar oynamanın gündeme gelmesi nedeniyle tedavide bu olumsuz duyguların ele alınması ve bunlarla başa çıkmanın öğretilmesi temel alınmıştır. Kumar oynama davranışı bir çok bağımlılık gibi hem gündelik yaşamdaki olumsuz duygularla hem de bağımlı davranış yapılmadığında ortaya çıkan disforiye baş edememeye, sıkıntıya karşı düşük toleransla ilintilidir. DDDT bir bilişsel davranışçı terapi türü olarak daha çok hastaların inançlarını ele almayı hedefler ve özellikle de sıkıntıya dayanıksızlığı (düşük engellenme eşiği) psikopatolojide temel sorunlardan biri olarak görür (Ellis, 2003b). DDDT yaşanan duygusal sorunun temelinde kişilerin kendileriyle, diğer insanlarla ve dış dünya ile ilgili akılcı olmayan düşüncelerin yattığını ve duygusal sorunun ancak bu katı, gerçeğe uygun olmayan ve işlevsel olmayan sonuçlara yol açan düşüncelere güçlü bir şekilde karşı çıkarak ve bu düşüncelerin yerine alternatif akılcı olanların konması ile ortadan kaldırılabileceğini öne sürmektedir (Dryden ve Brunch 2008). Hastanın sorunuyla DDDT programındaki bu örtüşmeyi test etmek amacıyla psikoterapi türü olarak DDDT programı oluşturuldu ve hastanın sağlıklı olumsuz duygularının (depresyon, suçluluk gibi) altında yatan akılcı olmayan düşünceleri DDDT teknikleri ile ele alındı ve alternatif akılcı düşüncelerin oluşturulmasına yardımcı olunarak olumsuz olsa da daha sağlıklı duyguların (üzüntü, pişmanlık gibi) ortaya çıkması hedeflendi. Depresyonun gerilemesi hastanın tedavi sürecine olumlu katkı sağlamış ve diğer müdahalelerle birlikte klinik düzelmeyi kolaylaştırmıştır.

Diğer yandan DDDT düşük engellenme eşiğinin özellikle rahatsızlık hissine katlanamamanın bağımlılıkla ilişkili rahatsızlıkların tedavisinde tedaviyi bırakma ve yinelemelerle ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. (Rodman ve Daughters 2009). Bu nedenle terapi sürecinde hastanın rahatsızlığa katlanmayı öğrenmesi ve buna katlanma eşiğini arttırmaya dönük alıştırmalara yer verilmiştir.

PKO'nun homojen bir rahatsızlık olmaması nedeniyle bu rahatsızlık söz konusu olduğunda hem değerlendirme hem de tedavi süreci ile ilgili olarak bireysel bir planlamanın yapılması gerekliliği açıktır.

Bunu yaparken ilaç tedavisi, psikoterapi ve destekleyici diğer tedavi yöntemlerinden değişik ölçülerde yararlanılabilir. DDDT; PKO tedavisinde özellikle duygusal sorunlarla başa çıkma ve rahatsızlık hissine katlanma konusunda kognitif, duygusal ve davranışsal alanlarda bütüncül bir model oluşturarak fayda sağlayabilir gibi görünmektedir. Bu hasta grubunun tedavisindeki güçlükler göz önüne alındığında geniş ölçekli ve uzun dönemli araştırmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed, Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y ve ark. (2006) Pathological gambling: A review of phenomenological models and treatment modalities for an underrecognized psychiatric disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 8: 334-339.
- Demet MM (2009) Patolojik kumar oynama. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Özel Dergisi* 2:35-45.
- Dryden W, Brunch R (2008) The fundamentals of rational emotive behavior therapy, second ed., West Sussex, John Wiley & Sons.
- Ellis A (2003a) Discomfort Anxiety: A new cognitive-behavioral construct (Part I). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 21: 183-191.
- Ellis A (2003b) Discomfort anxiety: A new cognitive-behavioral construct (Part II). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 21: 193-202.
- George S, Murali V (2005) Pathological gambling: An overview of assessment and treatment. *Advances in Psychiatric Treatment* 11:450-456.
- Hodgins DC, Peden N (2008) Cognitive-behavioral treatment for impulse control disorders. *Rev Bras Psiquiatr* 30 (Supl 1): 31-40.
- Kalyoncu ÖA, Pektaş Ö, Mırsal H. (2003) Patolojik kumar oynama: Biyopsikososyal Yaklaşım. *Bağımlılık Dergisi* 4:76-80.
- Ladouceur R, Lachance S (2007) Overcoming pathological gambling. *Therapist Guide*. Oxford University Press, New York, s.44.
- Ledgerwood DM, Petry NM (2006) Psychological experience of gambling and subtypes of pathological gamblers. *Psychiatry Research* 144: 17-27.
- Oakley-Browne MA, Adams P, Mobberley PM (2003) Interventions for pathological gambling. *Cochrane Database of Systematic Reports* (2): CD001521.
- Pallesen S, Mitsem M, Kvale G ve ark. (2005) Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis. *Addiction* 100: 1412-1422.
- Petry NM (2005) Pathological gambling: Etiology, comorbidities, and treatment. Washington, DC,US: American Psychological Association.
- Rodman SA, Daughters SB (2009) Distress tolerance and rational-emotive behavior therapy: A new role for behavioral analogue tasks. *J Rat-Emo Cognitive Behav Ther* 27:97-120.

Saiz-Ruiz J, Blanco C, Ibáñez A ve ark. (2005) Sertraline treatment of pathological gambling: A pilot study. J Clin Psychiatry 66:28-33.

Smith DP, Battersby MW, Harvey PW ve ark. (2011) The influence of depression and other co-occurring conditions

on treatment outcomes for problem gamblers: A cohort study. MJA 195: 56-59.

Sood ED, Pallanti S, Hollander E (2003) Diagnosis and treatment of pathological gambling. Curr Psychiatry Rep 5: 9-15.

Yazışma adresi/Address for correspondence:

S. Olga Güriz, S. B. Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Altındağ/Ankara
e-mail: olgaguriz@yahoo.com

Alınma Tarihi: 06.06.2012

Received: 06.06.2012

Kabul Tarihi: 17.06.2012

Accepted: 17.06.2012