

Patolojik Kumar ve Konversiyon Bozukluğu Eş Tanısı: Olgu Sunumu ve Psikoterapi Süreci

The Comorbidity of Pathological Gambling and Conversion Disorder: Case Report and The Psychotherapy Progress

Oya Mortan Sevi¹

ÖZET

Bu yazıda bir patolojik kumar bağımlılığı olgusunun BDT (bilişsel davranışçı terapi) ile EMDR (göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme tedavisi) tekniklerinin bir arada kullanıldığı psikoterapi sürecine odaklanılmıştır. Bu olguyu farklı kılan bir etmen de eşlik eden konversiyon belirtilerinin varlığı ve bu belirtilerin kumar oynama döngüsündeki etkisidir. Olgu 38 yaşında, erkek, evli ve bir kız çocuk sahibiydi. Uzun yıllardır devam eden ve büyük maddi kayıplara neden olan at yarışı oynama bağımlılığı nedeniyle psikoterapiye başvurmuştu. Bunun yanı sıra ılımlı depresif bulgular ile konversiyon belirtileri mevcuttu. Uzun yıllardır devam eden ilaç tedavilerinden yarar görmediğini ifade eden bireyin psikoterapisi medikal destek olmaksızın 12 seans boyunca sürdürüldü. 1 yıllık süreçte hastanın kumar oynama isteği ve konversiyon belirtileri tekrarlamadı. Bu olgusunun patolojik kumar bağımlılığında BDT ve EMDR'nin yararlı tedavi seçenekleri olduğunun altını çizmektedir.

Anahtar Kelimeler: patolojik kumar, bilişsel davranışçı terapi (BDT), göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme tedavisi (EMDR)

ABSTRACT

This paper focuses on the psychotherapy process of a pathological gambling dependency case in which a combination of CBT and EMDR techniques was used. A factor that distinguishes this case is the comorbidity of conversion symptoms and their effects in the gambling cycle. The case was 38 year-old man, married and had a daughter. He was admitted to psychotherapy due to the addiction of playing horse racing continued for many years and causing huge financial losses. In addition, he had moderate depressive signs and conversion symptoms. The psychotherapy progress was continued for 12 sessions without medical support because he didn't benefit from drug treatment continuing for many years. The patient's desire to gamble and conversion symptoms hadn't relapsed during 1-year period. This case report underlined that EMDR and CBT are useful treatment options in pathological gambling addiction.

Key Words: pathological gambling, cognitive behavioral therapy (CBT), eye movement desensitization and replacement therapy (EMDR)

GİRİŞ

Patolojik kumar oynama, DSM-IV-TR'de dürtü kontrol bozuklukları kategorisinde ele alınmış; sürekli ve yineleyici biçimde kumar oynama davranışı ile kendini gösteren sosyal, mesleki ve aile yaşamında önemli kayıplara neden olabilen ruhsal bir bozukluk olarak tanımlanmıştır. (1-3) DSM-V'te ise "Madde Kullanımı ve Bağımlılık ile ilgili Bozukluklar" başlığı

altında yer almıştır. (4) Blaszczynski ve Nower (2002), eğlence için kumar oynayan "normal kumarcılık", stresle baş etme ve kriz durumlarını çözmede güçlükleri olan "psikolojik olarak yatkın kumarcılık" ve dürtüsel davranış özelliklerini sergileyen "dürtüsel kumarcılık" olmak üzere üç patolojik kumar oynama çeşidi tanımlamıştır. (5-6) Dannon ve arkadaşları (2006) ise impulsif, obsesif-kompulsif ve bağımlı olmak üzere üç alt tip önermiştir. (7)

¹ Ph.D., İstanbul Psikiyatri Enstitüsü & Surp Pırgıç Ermeni Hastanesi

Address reprint requests to:
Oya Mortan Sevi Surp Pırgıç
Ermeni Hastanesi, Psikiyatri
Bölümü, Zeytinburnu, İstanbul
- TURKEY

E-mail address:
oyamortan@gmail.com

Phone:
+90 (212) 582 50 50

Date of submission:
May 1, 2014

Date of acceptance:
May 29, 2014

Eşlik eden psikolojik rahatsızlıklar patolojik kumar oynama davranışının tedavi sonuçlarını etkileyebilmektedir. (2) Literatür incelendiğinde patolojik kumar bağımlılığında ensikolarak karşılaşılan eş tanının depresyon olduğu görülmektedir. (2, 8) 30 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada çeşitli somatoform bozuklukların bu tanıya eşlik ettiği bulunmuştur. (9) Bununla birlikte, konversiyon bozukluğunun eşlik ettiği bir patolojik kumar olgusuna ve tedavi sürecine ilişkin bilgiye rastlanmamıştır.

Patolojik kumar bağımlılığında bilişsel-davranışçı terapilerin etkili olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur. (6-7, 10-11) Bilişsel davranışçı yaklaşımlar bağımlılık alanındaki deneyimden yola çıkarak bu rahatsızlığı ele almakta ve özellikle bilişsel çarpıtmalar ile işlevsel olmayan inançlara odaklanmaktadır. (7, 11) Tüm dürtü kontrol bozukluklarının tedavisinde olduğu gibi bu süreçte de dürtüsel davranış tetikleyen irrasyonel ve işlevsel olmayan inançlar yeniden yapılandırılır; strese verilen tepkilere yönelik işlevsel problem çözme ve baş etme yöntemleri geliştirilir; sosyal beceriler geliştirilmeye çalışılır; ipucuyla yüzleştirme tekniği uygulanır; yüksek riskli durumlarda oluşabilecek nüksü önlemek için acil durum planı geliştirilir. (7)

Patolojik kumar oynama davranışsal bir bağımlılıktır. Nasıl bir travma olumsuz tek bir olay aracılığıyla gelişebilirse, davranışsal bağımlılık da olumlu tek bir olayın etkisiyle gelişebilir. Yaşanan bir anıda herhangi bir duygu herhangi bir davranışa sabitlenebilir. Patolojik kumar oynama davranışında gerçek haz davranışın kendisinden değil, altında yatan duygudan kaynaklanır. Yani bir kez kumar oynayıp kazandığında, aldığı haz nedeniyle kişide tekrar tekrar oynama dürtüsü oluşabilir. Ya da oynamamak için kendisini zorladığında yaşadığı duygusal gerginlikten kaçınmak için yeniden oynamaya yönelebilir. EMDR, adaptif bilgi işleme modeline dayalı davranışsal bir tekniktir. Bilgi işleme, deneyime dair bilgiyi beş duyumuzun yanı sıra düşünceler, duygular ve metakognisyonları içeren tüm kanallara ulaşılarak yeniden işlemler. EMDR travma ile ilgili olduğu gibi, dürtü kontrolüyle ilgili durumsal bellek anılarını da çözümlemede yararlıdır. Bu sayede üzerinde çalışılan anı geçmişte yaşanmış olan haliyle (örneğin ilk kez kumar oynama davranışının gerçekleştiği an) ve şimdiki zamandaki tetikleyicileriyle (örneğin internette kumar siteleri, kumarhaneler, gazete, tv) ele alınabilir ve gelecekte ortaya çıkma olasılığı olan hipotetik bir durum üzerinden imgesel bir prova yapılabilir. EMDR uygulaması sırasında kişiye dürtünün geldiği ve problem davranış gerçekleştiğinde o an hayal ettirilir. Davranış gerçekleştiğinde ortaya çıkan duyguya odaklanılır. Bu sırada oluşan beden duyuları da

önemlidir. Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma işlemi uygulanır. Gerekli kadar bu işlem tekrarlanır. Patolojik kumar oynama davranışında etkili olan kognisyonlar negatif içerikli olmak zorunda değildir (Örneğin “Kazanacağımı biliyorum”). Bu nedenle protokole klasik travma protokolünden farklı olarak başta yalnızca pozitif kognisyon da belirlenebilir ve çalışılan anıya ilişkin sıkıntı düzeyi (SUD) azaldıktan sonra negatif kognisyon belirlenip klasik EMDR protokolüne geçilebilir. (12)

Bu yazıda, etkili olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuş olan bilişsel davranışçı terapi (BDT) ve göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme (EMDR) tekniklerinin bir arada kullanıldığı bir patolojik kumar olgusunun psikoterapi sürecine odaklanılmıştır. Bu olguyu farklı kılan bir durum da eşlik eden konversiyon belirtilerinin varlığı ve kumar oynama döngüsündeki etkisidir.

OLGU SUNUMU

Hasta 38 yaşında, evli, bir çocuklu, üniversite mezunudur. Terapiye başvurma nedeni; sürekli at yarışı oynama, vazgeçemediği için kendisini suçlama, yaşamdan keyif almada azalma ve karamsarlık gibi depresif bulgular ile gerginlik durumlarında oluşan titreme, kasılma ve bayılma gibi belirtilerdi. Somatik belirtiler için defalarca nörolojik muayeneden geçmiş, EEG ve MR gibi kapsamlı tetkikler de yapılmış, ancak fiziksel bir soruna rastlanmamıştı. İlk defa kumar oynamaya 14 yaşında at yarışlarına başkasını götürdüğünde başlamıştı. İlk yıllarda düşük miktarlarda para ile oynarken yıllar içinde miktar artmış olup son 3 yılda 250 milyar civarında kaybı olduğunu ifade etmekteydi. Uzun yıllardır ayaktan psikiyatrik destek almaktaydı. Valproat, topiramat, alprazolam ve sertralin daha önce kullandığı ilaçlardan bazılarıydı. Son 6 aydır ilaç kullanmıyordu ve işe yaradığına inanmadığı için ilaca tekrar başlamak da istemiyordu.

Hastanın alkol ve madde bağımlılığı öyküsü yoktu. Geçmişte majör depresif atak ya da hipomanik/manik atak bulgusu da bulunmamaktaydı. Yalnızca kumar bağımlılığından kurtulamadığı için ortaya çıktığını ifade ettiği ve Hamilton Depresyon Ölçeği ile değerlendirildiğinde hafif düzeyli (10) olduğu belirlenen depresif belirtiler bulunmaktaydı. Geçmişte baba ve amcada kumar oynama alışkanlığı (çocukken kendisinin de o ortamlarda bulunduğunu hatırlıyor) ile kardeşinde alışveriş bağımlılığı bulunmaktaydı. Hastaya bir psikiyatri hekimine de danışılarak DSM-IV-TR'ye göre “patolojik kumar oynama” ile “konversiyon bozukluğu” tanıları konuldu. Nörolojik tetkikler son 3 ay içinde yapılmış olduğundan tekrarlanmadı.

Hastanın uzun yıllardır devam eden farklı ilaç tedavilerine ilişkin olumsuz değerlendirmeleri bulunduğundan ilaç tedavisine yönlendirmeden önce birkaç seans bekleme kararı alınmış ve sonrasında ilerleme gözlemlendiği için yalnızca bireysel psikoterapi ile devam edilmiştir. Bireysel psikoterapi toplam 12 seans boyunca sürdürülmüştür. İlk 5 seans haftada bir, 6-8. seanslar 2 haftada bir olarak yürütülmüş, 7. seans 3 hafta, 8. seans ise 1 ay sonra gerçekleştirilmiştir. 9 ve 10. seanslar 2 ve 3 ay arayla, son 2 görüşme ise psikoterapi süreci başladıktan 6 ay ve 1 yıl sonra gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte hastanın bilgisi dahilinde ailesiyle (eşi ve kardeşleri) üç görüşme yapılmış; ilk görüşmede geçmişle ilgili konuşmaların ve olumsuz duygu dışavurumunun azaltılmasının ve şimdiki tedavinin yeni bir başlangıç olarak değerlendirilerek bireyin cesaretlendirilmesinin önemi üzerinde durulmuştur. Diğer iki görüşme 6. ve 10. seanslardan sonra yapılmış, takip sürecinde yine hastanın bilgisi dahilinde aileden de telefonla geribildirim alınmıştır.

Hastanın tedavi motivasyonu ve farkındalık düzeyi oldukça yüksekti. Kumar oynamanın olumsuz sonuçları ile ilgili kendisi bir liste yapıp gelmişti. Ancak tetikleyiciler karşısında oluşan gerginlik ve konversiyon ataklarından olumsuz etkilenmekteydi. Bu nedenle ilk 3 seans tetikleyici durumlar, bu durumlara eşlik eden düşünce, dürtü ve beden duyularının izlenmesi ile gevşeme, dikkat dağıtma ve etkinlik artırma yöntemlerini içeren uygun başa çıkma tepkilerinin öğretilmesi ve uygulanmasına ayrıldı. Bu süreçte iş, aile ve sosyal ortamlarda sıkıntı duymasına neden olan sorunlar için problem çözme ve rol canlandırma tekniklerinden yararlanıldı. Ayrıca boş zaman etkinliklerinin artırılmasına ilişkin planlar yapıldı. Kendini izlediği süreçte Hastanın başlıca otomatik düşünceleri “Oynamazsam mutsuz, stresli olurum”, “Bunu oynamaya mecburum” “Kaybedemem”, “Belirsizliğe tahammül edemem”, “Kendine sahip olamayan biriyim”, “Herşeyi ben çözmeliyim” olarak belirlendi. Bu düşüncelerin kumar oynama döngüsündeki rolüne ilişkin psikoeğitim verildi.

4-7. seanslarda dürtü kontrolü için EMDR (göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme) protokolü uygulandı. İlk olarak bir güvenli yer çalışması yapıldı. Sonrasında hastanın “şimdiye kadar en çok sıkıntı veren anı”yı hatırlaması istendi. Bu anıyı temsil eden en kötü resim ise “oynama isteğinin geldiği an”dı, bu resmin şu anda yarattığı sıkıntı düzeyi (SUD) 10/10 olarak belirlenmişti, Negatif kognisyonu: “Kendine sahip olamayan biriyim” idi. Duygu: çaresizlik, kendine öfkelenme, Beden duyuları: terleme ve gerginlik, Pozitif kognisyon: “Kendimi kontrol edebilirim.” ve VOC (şu anda bu

resim için kişinin pozitif kognisyona ilişkin inanç düzeyi): 2/7 idi. Göz hareketleriyle duyarsızlaştırma işlemi seans boyunca uygulandı. Her bir setin sonunda “Oynamak zorundayım”, “Başka çarem yok”, “Kendimi kontrol edemem” gibi kognisyonları ifade etmesinden sonra hasta oturduğu koltuktan başı ve tüm vücudu titreyerek ve sarsılarak yere doğru hareket ettiği, bilincini tam olarak kaybetmediği, yaklaşık olarak 2-3 dakika süren bir konversiyon atağı yaşamıştır. Atak sırasında müdahale edilmemiş, bunun bir konversiyon atağı olduğu konusunda hastaa geri bildirim verilmiş, yalnızca başına zarar gelmemesi için önlem alınmış ve atağın geçmesi beklenmiştir. Atak sonrasında güvenli yer çalışması yapılmış ve seans sonlandırılmıştır. Bunu takip eden ilk seansta bir önceki atak başlangıcında olan belirtiler (bedenin tümünde ve baş bölgesinde hafif titreme) tekrar etmiş ancak hasta yoğun bir duygu boşalımı (ağlama nöbeti) yaşamış ve atak geçirmemiştir. Hasta 1 yıllık süreçte seans dahilinde ya da seansların dışında bir daha konversiyon nöbeti yaşamamıştır. 5. seansın sonunda hastanın bu resme ilişkin sıkıntı düzeyi 1/10, pozitif kognisyona ilişkin inanç düzeyi ise 5/7 idi. Pozitif kognisyona olan inancının “zamanla” artacağına inanıyordu. 6. ve 7. seanslarda tetikleyici olarak belirlenen gazete ve internetteki at yarışı sayfaları ile ilgili aynı protokolle çalışıldı. Son olarak da gelecek şablonu yapıldı. Her seansın sonunda internet veya gazetede at yarışı sayfalarına bakıp sıkıntıyı kaydetmeye ilişkin yüzleştirme (exposure) ödevleri verildi.

Bundan sonraki son üç seansta hastanın ara inançları (“Kaybedersem başarısız biri olurum”, “Herşeyi çözemezsem bir işe yaramam”) ile çalışıldı. Bu süreçte hastanın kendisine koyduğu kuralları, bu kuralların yarattığı kaygının bedeni ve yeniden kumar oynama davranışı üzerindeki etkileri ve özellikle tekrarlayan “meli-malı”, “aşırı genelleme”, “felaketleştirme” “ya hep ya hiç tarzı düşünme” gibi bilişsel çarpıtmalar da vurgulandı. Özellikle başarısızlık ve değersizlik şemalarının varlığı dikkat çekti ve bu şemalarla sokratik diyaloglar aracılığıyla çalışıldı. 8. seansta hasta seans aralarında dürtünün bir kez geldiğini ve 3/10 düzeyinde sıkıntı yarattığını, ama “yapmayabilirim” diyerek kendisini kontrol edebildiğini ifade etmişti. 8. seansın sonunda hasta kendisinde %80 düzeyinde ilerleme gözlediğini ifade etmiştir. İki aylık süreçte de dürtü bir kez gelmiş ama 2/10 düzeyinde sıkıntı yaratmış, hasta gülüp geçmişti. Üç aylık süreçte ise hasta artık interneti açtığında aklına iddia ya da at yarışı sitelerinin gelmediğini, maç sonuçlarına bakıp kapatabildiğini, gazetelerde gördüğünde de hiç etkilenmediğini belirtti. Son iki takip görüşmesinde ise şimdiye kadar yapılan uygulamalar gözden geçirildi ve kendi kendine

uygulama becerisi değerlendirildi. İlerleme ile ilgili olumlu geribildirimler verildi. Karşılaşılabileceği güçlüklerle ilişkin yapabilecekleri gözden geçirildi.

1 yıllık izlemde hastanın kumar oynama isteği ya da konversiyon atağı olmadı. Bu süreçte ailesinin gözlemleri oldukça olumluydu. Sosyal ve mesleki işlevselliğinde artış mevcuttu. Hamilton Depresyon Ölçeği ile yapılan değerlendirmede depresif belirtilerin de klinik anlamlılık sınırının oldukça altında (2) olduğu belirlendi.

TARTIŞMA

Bu yazıda bir patolojik kumar olgusunun BDT ile EMDR tekniklerinin bir arada kullanıldığı psikoterapi sürecine odaklanılmıştır. Hastanın Blaszczyński ve Nower'ın (2002) önerdiği stresle baş etme ve kriz durumlarını çözmede güçlükleri olan "psikolojik olarak yatkın kumarbazlık" alt tipine ve Dannon ve arkadaşlarının (2006) önerdiği obsesif-kompulsif alt tipe uygun olduğu düşünülmektedir. (5, 7) Hasta uzun süreli psikiyatrik ilaç kullanımı ve yeniden ilaç kullanmaya ilişkin isteksizliği nedeniyle yalnızca bireysel psikoterapiye alınmış, gözlenen iyileşme nedeniyle ilerleyen süreçte de psikiyatride yönlendirilmemiştir. Psikoterapi sürecinde patolojik kumar bağımlılığında etkili olduğu kanıtlanmış olan bilişsel-davranışçı terapi tekniklerinin yanı sıra, dürtü kontrolünde oldukça etkili olduğu belirlenen göz hareketleriyle duyarsızlaştırma ve yeniden işleme terapisinden (EMDR) faydalanılmıştır. (6-7, 10-12)

Bu olguyu farklı kılan bir etmen de eşlik eden konversiyon belirtilerinin varlığı ve kumar oynama döngüsündeki etkisidir. Literatür incelendiğinde somatoform bozuklukların çok nadiren de olsa patolojik kumar bağımlılığına eşlik edebildiği görülmektedir. (9) Konversiyon bozukluğu ülkemizde oldukça yaygın olmasına karşın, diğer ülkelerde daha az sıklıkla görülen bir psikiyatrik durumdur. Bu nedenle bilişsel-davranışçı terapiler ve EMDR uygulamaları sırasında konversiyon ataklarına nasıl yaklaşılabileceği ile ilgili literatürde yeterince bilgi bulunmamaktadır. Bu terapi sürecinde konversiyon ataklarına bir stres tepkisi olarak yaklaşılmış, hastanın bu ataklara ilişkin yorumlarının değişmesinin atakların sıklığını da azaltacağı varsayılmıştır. EMDR uygulamaları sırasında kumar oynama dürtüsünün geldiği anıyı çalışırken hastanın yaşadığı konversiyon atağına müdahale edilmemiş, atak sonrasında güvenli yer çalışması yapılmış ve seans sonlandırılmıştır. Bunu takip eden ilk seansta bir önceki atak başlangıcında olan belirtiler tekrar etmiş ancak hasta yoğun bir duygu boşalımı (ağlama nöbeti) yaşamış ve atak geçirmemiştir. Hasta 1 yıllık süreçte bir daha konversiyon nöbeti yaşamamıştır.

Eşlik eden psikolojik rahatsızlıkların patolojik kumar oynama davranışının tedavi sonuçlarını etkileyebildiği bilinmektedir. (2) Hastanın kumar oynama dürtüsü geldiğinde kendini baskılamaya çabalaması sonucu oluşan ancak kumar oynama davranışını daha fazla tetikleyen bedensel duyumlar böylelikle son bulmuştur. Bu durumun iyileşme sürecinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Ayrıca EMDR seanslarının kumar oynama döngüsünü başlatan ve sürdüren olumsuz algıların ve tetikleyicilerle karşılaşıldığında ortaya çıkan olumsuz duygu ve beden duyumlarının yeniden işlenerek adaptif düşünce, duygu ve tepkilerin oluşmasında yararlı olduğu düşünülmektedir.

Dürtü kontrol bozukluğunun bilişsel davranışçı terapi sürecinde olduğu gibi ilk seanslar tetikleyici durumlar, bu durumlara eşlik eden düşünce, dürtü ve beden duyumlarının izlenmesi ile gevşeme, dikkat dağıtma ve etkinlik artırma yöntemlerini içeren uygun başa çıkma tepkilerinin öğretilmesi ve uygulanmasına ayrılmıştır. (7) Daha sonra tüm bağımlılık tedavilerinde olduğu gibi bilişsel çarpıtmalar ile işlevsel olmayan inançlara odaklanılmıştır. (7, 11) Bu süreçte hastanın kendisine koyduğu kuralların yarattığı kaygının bedeni ve yeniden kumar oynama davranışı üzerindeki etkilerini fark etmesinin bu döngünün değiştirilmesinde etkili olduğu gözlenmiştir. Ayrıca tüm bu süreç boyunca verilen yüzleştirme (exposure) ödevlerinin hastanın dürtüsel davranışlarını kontrol edebileceğine olan inancının artmasına yardımcı olduğu düşünülmüştür.

Bu olguda 12 seansın sonunda tedavi hedeflerine ulaşıldığı ve 1 yıllık süreçte de tedavinin olumlu etkilerinin korunduğu gözlenmekle birlikte tek bir olgudan yola çıkarak tedavilerin etkililiğine ilişkin genel geçer yorumların yapılması güç görünmektedir. Bu nedenle geniş örneklemelerde benzer çalışmaların yürütülmesi ve değişim geçeri live güvenirli ölçeklerle değerlendirilmesine ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

TEŞEKKÜR

Yazar, olgunun formülasyonu ve tartışma bölümlerindeki değerli katkı ve önerileri için Uzm. Dr. Defne Eraslan'a teşekkür eder.

KAYNAKLAR

- 1- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). DSM-IV Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. E. Köroğlu (Çev. Ed.). 4. Baskı, Ankara: HYB Yayıncılık, 2007.
- 2- Guriz SO, Ekinci A, Türkçapar MH. Bir patolojik kumar hastasının bilişsel davranışçı terapisi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2012; 1: 1105-112.

- 3- Smith DP, Battersby MW, Harvey PW, et al. Two-group randomised, parallel trial of cognitive and exposure therapies for problem gambling: a research protocol. *BMJ Open* 2013; 3: 1-9.
- 4- Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. E. Köroğlu (Çev. Ed.). Ankara: HYB Yayıncılık, 2013.
- 5- Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002; 97: 487-499.
- 6- Rizeanu S. The specificity of pathological gambling. *Social and Behavioral Sciences* 2012; 33: 1082-1086.
- 7- Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y, et al. Pathological gambling: A review of phenomenological models and treatment modalities for an underrecognized psychiatric disorder. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2006; 8: 334-339.
- 8- Kalyoncu ÖA, Pektaş Ö, Mırsal H. Patolojik kumar oynama: biyopsikososyal yaklaşım. *Bağımlılık Dergisi* 2003; 4 (2): 76-80.
- 9- Black DW, Moyer T. Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatric Services* 1998; 49 (11): 1434-1439.
- 10- Carlbring P, Jonsson J, Josephson H, Forsberg L. Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological gambling: a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2010; 39 (2): 92-103.
- 11- Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, et al. Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 774-780.
- 12- Miller R. The feeling-state theory of impulse-control disorders and the impulse-control disorder protocol. *Traumatology* 2010; 16 (3): 2-10.