Araştırma
Research

Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2026; 18(Suppl 1):576-587
doi: 10.18863/pgy.2010753

Kumar Oynama Bozukluğunda Borderline Kişilik Özellikleri ve Dürtüselliğin Problemli Kumar Oynama Şiddetiyle İlişkisi

Association of Borderline Personality Traits and Impulsivity with Problem Gambling Severity in Gambling Disorder

Esma Çörekli Kaymakçı[1], Cansu Ünsal Mavi[1], Yusuf Benli[1], Merih Altıntaş[1]

[1]Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul

ÖZ

Amaç: Çalışmanın amacı kumar oynama bozukluğu olan hastalarda borderline kişilik özellikleri ve dürtüselliğin problemli kumar oynama şiddetiyle ilişkilerini ve birlikte değerlendirildiklerinde göreli katkılarını incelemektir.
Yöntem: Bu retrospektif, kesitsel çalışmaya psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen, kumar oynama bozukluğu tanılı, 18–65 yaşlarında 60 hasta alındı. Veriler sosyodemografik veri formu, Problemli Kumar Oynama Şiddet Endeksi, Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu ve Borderline Kişilik Bozukluğu Tarama Aracı Türkçe Formu kayıtlarından elde edildi.
Bulgular: Yaş ortalaması 35,72 ± 9,24 yıl olup katılımcıların %98,3'ü erkekti. Problemli kumar oynama şiddeti; toplam dürtüsellik, motor dürtüsellikve borderline kişilik özellikleriyle pozitif ilişkiliydi. Dürtüsellik, modelde varyansın %13,4'ünü açıkladı. Borderline kişilik özelliklerinin eklenmesiyle açıklanan varyans 12,5 yüzde puan artarak %25,9'a yükseldi. Son modelde borderline kişilik özelliklerinin ilişkisi anlamlı kalırken (β=0,429), dürtüselliğin ilişkisi anlamlı değildi (β=0,123).
Sonuç: Borderline kişilik özellikleri, dürtüsellik hesaba katıldığında da problemli kumar oynama şiddetiyle ilişkili bulundu. Bulgular, klinik değerlendirmede dürtüselliğin yanı sıra borderline kişilik özelliklerinin de dikkate alınmasını desteklemektedir.
Anahtar sözcükler: Borderline kişilik özellikleri, dürtüsellik, kumar oynama bozukluğu

ABSTRACT

Objective: This study aimed to examine the associations of borderline personality traits and impulsivity with problem gambling severity in patients with gambling disorder and their relative contributions when considered together.
Method: This retrospective, cross-sectional study included 60 patients aged 18–65 with gambling disorder evaluated at psychiatry outpatient clinic. Records included sociodemographic data, the Problem Gambling Severity Index, Barratt Impulsiveness Scale-11 Short Form, and Turkish Screening Instrument for Borderline Personality Disorder.
Results: Mean age was 35.72 ± 9.24 years; 98.3% were men. Gambling severity correlated positively with total impulsivity, motor impulsivity, and borderline traits. Impulsivity explained 13.4% of the variance. Adding borderline traits increased explained variance by 12.5 percentage points to 25.9%. In the final model, borderline traits remained significantly associated with severity (β=0.429), whereas impulsivity did not (β=0.123).
Conclusion: Borderline personality traits were associated with problem gambling severity after accounting for impulsivity, supporting their consideration in clinical assessment.
Keywords: Borderline personality traits, gambling disorder, impulsivity

Yazışma Adresi / Address For Correspondence: Cansu Ünsal Mavi, Kartal Dr Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul, Türkiye
e-mail: dr.cansuunsal@gmail.com
Geliş tarihi/Received: 13.08.2026 | **Kabul tarihi/Accepted:** 12.10.2026

Giriş

Kumar oynama bozukluğu, bireysel, sosyal ve mesleki işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin düzeyde bozulmaya veya sıkıntıya yol açan, süreğen ve yineleyici nitelikteki uyumsuz kumar oynama davranışıyla karakterize bir davranışsal bağımlılıktır (APA 2013). Bu bozukluk; eşlik eden ruhsal bozukluklar, kişilerarası çatışmalar, ciddi ekonomik güçlükler (örneğin iflas), hukuki sorunlar, intihar davranışı ve suç teşkil eden eylemler gibi geniş bir yelpazede yer alan ağır olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (Black ve ark. 2017, Bowden-Jones ve ark. 2022). Yakın tarihli bir sistematik derlemede, yetişkinlerde sorunlu kumar oynama yaygınlığı %1,41 olarak tahmin edilmiş olmakla birlikte, daha düşük riskli ve diğer riskli kumar oynama örüntülerinin toplumun önemli ölçüde daha geniş bir kesimini etkilediği bildirilmiştir (Tran ve ark. 2024).

Kumar oynama bozukluğu, genetik yatkınlık, psikolojik özellikler, sosyal çevre ve kumar oynama etkinliklerinin yapısal özellikleri arasındaki karmaşık etkileşimlerden kaynaklanan biyopsikososyal bir durumdur (Griffiths ve Calado 2022). Bu nedenle, kumar oynama davranışının yalnızca çevresel erişilebilirlik ve finansal motivasyon çerçevesinde değil, aynı zamanda davranışsal kontrolü düzenleyen bireysel özellikler ile kısa ve uzun vadeli sonuçların değerlendirilmesini de kapsayacak biçimde ele alınması gerekmektedir. Bu özellikler arasında dürtüsellik, kumar oynama bozukluğu literatüründe kapsamlı biçimde araştırılmış bir yapıdır (Grant ve ark. 2016).

Dürtüsellik, genel olarak bireyin davranışlarının olası sonuçlarını yeterince değerlendirmeden hızlı tepki verme, gecikmiş ödüller yerine anlık ödülleri tercih etme ve dürtülerini kontrol etmekte güçlük yaşama eğilimlerini kapsayan çok boyutlu bir yapı olarak tanımlanmaktadır (Mitchell ve Potenza 2014). Dürtüsellik, tek bir tanı kategorisiyle sınırlı olmayıp anksiyete bozuklukları, madde kullanım bozuklukları, davranışsal bağımlılıklar, duygudurum bozuklukları ve çeşitli kişilik bozuklukları dâhil olmak üzere birçok psikiyatrik bozuklukta gözlenen transdiagnostik bir yapıdır (Hook ve ark. 2021). Kumar oynama bozukluğunda dürtüselliğin, birden fazla bilişsel alanda tutarlı biçimde rol oynadığı ve kumar oynamayla ilişkili sorunların klinik görünümüyle bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Ioannidis ve ark. 2019). Bu nedenle dürtüsellik, bireylerin kumar oynama davranışının olumsuz sonuçlarının farkında olmalarına rağmen bu davranışı neden sürdürdüklerini anlamada temel klinik yapılardan birini oluşturmaktadır.

Bunun yanı sıra, dürtüsellik, duygu düzenleme güçlükleri ve kişilerarası ilişkilerde yaşanan güçlükler de dâhil olmak üzere kişilikle ilişkili özelliklerin sorunlu kumar oynama davranışında rol oynadığı bildirilmiştir (Di Trani ve ark. 2017, Rogier ve ark. 2020, Ioniță ve ark. 2026). Yakın tarihli bir sistematik derlemede, kumar oynama bozukluğu tanısı almış 4.607 yetişkini kapsayan sekiz çalışmanın verileri sentezlenerek eşlik eden kişilik bozuklukları incelenmiştir (Ioniță ve ark. 2026). Derlemede, kişilik patolojisinin yüksek yaygınlık gösterdiği ve antisosyal kişilik bozukluğu ile borderline kişilik bozukluğunun en tutarlı biçimde bildirilen eş tanılar olduğu ortaya konmuştur. Bu bulgular, kişilik özellikleri ile sorunlu kumar oynama davranışının birlikte değerlendirilmesinin klinik ve araştırma açısından önemini vurgulamaktadır.

Borderline kişilik bozukluğu, duygulanım, kişilerarası ilişkiler ve benlik algısında yaygın bir istikrarsızlığın yanı sıra belirgin dürtüsellikle karakterizedir (APA 2013). Ayrıca, bu klinik tabloya belirgin öfke, süreğen boşluk duyguları, yoğun terk edilme korkusu, intihar veya kendine zarar verme davranışları ile stresle ilişkili kısa süreli paranoid düşünceler ya da dissosiyatif belirtiler eşlik etmektedir (Leichsenring ve ark. 2023). Son yıllarda, ruhsal bozuklukların katı kategorik sınıflandırmalar yerine boyutsal yapılar olarak kavramsallaştırılmasına giderek daha fazla önem verilmektedir. Bu boyutsal yaklaşım, kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde özellikle önem taşımakta ve borderline kişilik özelliklerinin yalnızca tanı ölçütlerini tam olarak karşılayan bireylerde değil, genel toplumda da farklı şiddet düzeylerinde bir süreklilik boyunca bulunabileceğini düşündürmektedir. Bu yaklaşımla tutarlı olarak, toplum temelli bir çalışmada katılımcıların yaklaşık üçte birinin borderline kişilik bozukluğuna ilişkin en az bir belirti sergilediği bildirilmiştir (Ten Have ve ark. 2016).

Kumar oynama bozukluğunda dürtüsellik ve kişilik patolojisinin rolleri araştırılmış olmakla birlikte, borderline kişilik özelliklerinin genel dürtüsellikten bağımsız olarak sorunlu kumar oynama şiddetine ne ölçüde katkıda bulunduğu henüz yeterince açıklığa kavuşturulamamıştır. Borderline kişilik patolojisinde dürtüselliğin belirgin bir özellik olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu iki yapının birlikte incelenmesi,

kumar oynama şiddetiyle olan ilişkilerinin ortak varyanstan mı kaynaklandığının, yoksa borderline kişilik özelliklerinin ek açıklayıcı bilgi mi sağladığının anlaşılmasına katkıda bulunabilir. Bu çalışma, kumar oynama bozukluğu tanısı almış hastalardan oluşan klinik bir örneklemde her iki yapıyı boyutsal olarak değerlendirerek söz konusu soruyu ele almaktadır. Çalışmanın özgün katkısı, genel dürtüselliğin etkisi hesaba katıldıktan sonra borderline kişilik özelliklerinin kumar oynama şiddetiyle olan ek ilişkisinin değerlendirilmesi ve böylece kumar oynama bozukluğunun klinik görünümünde kişilik özellikleriyle ilişkili farklılıkların daha ayrıntılı biçimde anlaşılmasına katkı sağlanmasıdır. Bu doğrultuda, hiyerarşik çoklu doğrusal regresyon analizi kullanılarak dürtüsellik ve borderline kişilik özelliklerinin sorunlu kumar oynama şiddetiyle ilişkileri ve bu iki yapının göreli katkıları incelenmiştir. Her iki yapının da sorunlu kumar oynama şiddetiyle pozitif yönde ilişkili olduğu ve borderline kişilik özelliklerinin genel dürtüselliğin açıkladığı varyansa ek olarak ilave varyans açıkladığı hipotezleri öne sürülmüştür.

Yöntem

Örneklem

Bu retrospektif çalışmaya, 1 Ocak–1 Mayıs 2026 tarihleri arasında Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Psikiyatri Kliniği bünyesindeki özelleşmiş Davranışsal Bağımlılıklar Polikliniğinde değerlendirilmiş ve takip edilmiş hastalar dâhil edilmiştir. Tüm hastalar, psikiyatri uzmanları tarafından ayrıntılı psikiyatrik öykü alınmasını ve kumar oynamayla ilişkili belirtilerin değerlendirilmesini kapsayan kapsamlı klinik psikiyatrik görüşmelerle değerlendirilmiştir. Kumar oynama bozukluğu tanıları, değerlendirmeyi gerçekleştiren psikiyatristler tarafından Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın Beşinci Baskısı'nda (DSM-5) belirtilen tanı ölçütleri doğrultusunda konulmuştur.

Çalışmaya dâhil edilme ölçütleri, 18–65 yaş aralığında olmak ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre kumar oynama bozukluğu tanısı almış olmak şeklinde belirlenmiştir. Dışlama ölçütleri ise kumar oynama bozukluğu dışında eşlik eden güncel bir psikiyatrik bozukluğun bulunması, psikotik bozukluk veya bipolar bozukluk öyküsünün olması, zihinsel yetersizlik, nörodejeneratif hastalık ve son altı ay içerisinde alkol veya madde kullanım bozukluğunun bulunması olarak tanımlanmıştır. Çalışmaya uygunluk, klinik psikiyatrik değerlendirmeler ve mevcut tıbbi kayıtlar temel alınarak belirlenmiştir.

İşlem

Tüm hastalardan, klinik takipleri sırasında klinik verilerinin yalnızca araştırma amacıyla kullanılmasına yönelik yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Ardından, bu verilerin retrospektif olarak incelenmesi ve analiz edilmesi için 30 Haziran 2026 tarihinde Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul onayı alınmıştır (karar no: 2026/010.99/29/33). Etik kurul onayının alınmasının ardından klinik kayıtlar retrospektif olarak incelenmiştir. İlgili veriler, araştırma veri setine aktarılmadan önce anonimleştirilmiştir.

Etik kurul onayının alınmasının ardından, 1 Ocak–1 Mayıs 2026 tarihleri arasında değerlendirilmiş veya takip edilmiş ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre kumar oynama bozukluğu tanısı almış hastaların klinik kayıtları retrospektif olarak incelenmiştir. Ölçek ve form kayıtları eksiksiz ve geçerli olan hastalardan elde edilen veriler anonimleştirilerek araştırma veri setine aktarılmıştır. Çalışma kapsamında hastalarla herhangi bir ek görüşme gerçekleştirilmemiş, yeni bir ölçek veya değerlendirme uygulanmamış ve tedaviye yönelik herhangi bir müdahalede bulunulmamıştır.

Davranışsal Bağımlılıklar Polikliniğinin rutin klinik değerlendirme protokolü kapsamında, kumar oynama bozukluğu tanısı almış tüm hastalara Sorunlu Kumar Oynama Şiddeti İndeksi (PGSI), Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu (BIS-11-SF) ve Borderline Kişilik Bozukluğu Tarama Ölçeği'nin Türkçe versiyonu (SI-Bord) sistematik olarak uygulanmıştır. Psikiyatristler tarafından gerçekleştirilen standartlaştırılmış rutin değerlendirmelere dayanan klinik kayıtlar, hastanenin elektronik tıbbi kayıt sisteminde sistematik olarak belgelenmiştir. Çalışma döneminde, kumar oynama bozukluğu tanısı almış 72 hasta çalışmaya uygunluk açısından taranmıştır. Bipolar bozukluğu olan üç, majör depresif bozukluğu olan dört ve dikkat eksikliği ve

hiperaktivite bozukluğu olan bir hasta olmak üzere toplam sekiz hasta, eşlik eden psikiyatrik bozuklukları nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan geriye kalan 64 hastanın dördü, sosyodemografik veri formu, PGSI, BIS-11-SF veya SI-Bord verilerinin eksik ya da geçersiz olması nedeniyle çalışma dışı bırakılmıştır. Çalışmanın retrospektif tasarımı nedeniyle önceden bir güç analizi yapılmamıştır. Bu doğrultuda, nihai analiz örneklemi, önceden belirlenen çalışma dönemi içerisinde çalışmaya dâhil edilme ölçütlerini karşılayan ve eksiksiz, geçerli verilere sahip olan 60 hastanın tamamından oluşmuştur.

Ölçüm Araçları

Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacılar tarafından çalışmanın amaçları doğrultusunda geliştirilen bu form aracılığıyla katılımcıların temel sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik öykülerinin yanı sıra kumar oynamaya başlama yaşı, kumar oynama süresi ve sıklığı, oynanan kumar türleri, borçluluk durumu, ailede kumar oynama öyküsü ve kumar oynamayla ilişkili hukuki sorunlara ilişkin bilgiler toplanmıştır.

Problemli Kumar Oynama Şiddet Endeksi (PKOŞE)

Sorunlu kumar oynama şiddetini değerlendirmek amacıyla, Ferris ve Wynne (2001) tarafından geliştirilen dokuz maddelik PKOŞE'nin Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Öz bildirim esasına dayanan bu ölçüm aracı, son 12 ay içerisinde sergilenen kumar oynama davranışlarını ve kumar oynamayla ilişkili yaşanan sorunları değerlendirmektedir. Ölçek maddeleri 0 ("hiçbir zaman") ile 3 ("neredeyse her zaman") arasında puanlanmakta ve toplam puan 0–27 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, sorunlu kumar oynama şiddetinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin belirlenmiş sınıflandırma kategorileri; sorunsuz kumar oynama (0), düşük riskli kumar oynama (1–2), orta riskli kumar oynama (3–7) ve sorunlu kumar oynama (8–27) şeklindedir. Özgün ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,84 olarak bulunmuş ve test-tekrar test güvenirliğinin yeterli düzeyde olduğu gösterilmiştir (Ferris ve Wynne 2001). Türkçe uyarlama çalışmasında ölçeğin tek faktörlü yapısı desteklenmiş, iç tutarlılığının yüksek (Cronbach α = 0,96) ve iki hafta arayla değerlendirilen test-tekrar test güvenirliğinin yeterli düzeyde olduğu bildirilmiştir (Altıntaş ve ark. 2022). Bu çalışmada PKOŞE puanları, kumar oynama bozukluğu tanısını belirlemek amacıyla değil, kumar oynama ile ilişkili sorunların şiddetini değerlendiren sürekli bir ölçüm olarak analiz edilmiştir.

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu (BDÖ-11-KF)

Dürtüselliği değerlendirmek amacıyla Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11'in Türkçe kısa formu kullanılmıştır. Özgün 30 maddelik ölçek Patton ve arkadaşları (1995) tarafından geliştirilmiş, kısa formu ise Spinella (2007) tarafından oluşturulmuştur. Ölçeğin Türkçe kısa formu Tamam ve arkadaşları (2013) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkatle ilişkili dürtüsellik olmak üzere üç boyutu değerlendirmektedir. Maddeler, "nadiren/hiçbir zaman" ile "neredeyse her zaman/her zaman" arasında değişen dörtlü Likert tipi bir ölçek üzerinden puanlanmakta ve toplam puan 15–60 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, dürtüsellik düzeyinin arttığını göstermektedir. Spinella (2007), ölçeğin üç faktörlü bir yapıya sahip olduğunu ve iki farklı örneklemde toplam puana ilişkin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayılarının sırasıyla 0,81 ve 0,79 olduğunu bildirmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları toplam puan için 0,82; plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkatle ilişkili dürtüsellik alt ölçekleri için sırasıyla 0,80, 0,70 ve 0,64 olarak bildirilmiştir (Tamam ve ark. 2013).

Borderline Kişilik Bozukluğu Tarama Ölçeği (SI-Bord)

Borderline kişilik özelliklerini değerlendirmek amacıyla SI-Bord'un Türkçe versiyonu kullanılmıştır. Lohanan ve arkadaşları (2020) tarafından Short-Bord temel alınarak geliştirilen bu beş maddelik öz bildirim ölçeği; terk edilmekten kaçınmaya yönelik çabaları, kişilerarası ilişkilerde istikrarsızlığı, kimlik karmaşasını, intihar veya kendine zarar verme davranışlarını ve duygulanımda istikrarsızlığı değerlendirmektedir. Bu yönüyle ölçek, DSM-5'te tanımlanan borderline kişilik bozukluğu özelliklerinin bir bölümünü kapsamakta, ancak dürtüsellik tanı ölçütünü doğrudan değerlendirmemektedir. Ölçek maddeleri 0 ("hiçbir zaman") ile 3 ("çok sık") arasında puanlanmakta ve toplam puan 0–15 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar, borderline kişilik

özelliklerinin daha belirgin olduğunu göstermektedir. Özgün geçerlik çalışmasında ölçeğin tek faktörlü yapısı desteklenmiş, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,76 olarak bildirilmiş ve SCID-II tanıları temel alınarak değerlendirilen ölçüt geçerliği kapsamında alıcı işletim karakteristiği (ROC) eğrisi altında kalan alanın 0,83 olduğu gösterilmiştir (Lohanan ve ark. 2020). Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ise Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0,74, SCID-5-PD tanıları temel alınarak hesaplanan ROC eğrisi altında kalan alan 0,96 olarak bildirilmiştir (Ünsal ve ark. 2022). Bu çalışmada SI-Bord puanları, borderline kişilik bozukluğu tanısı koymak amacıyla değil, borderline kişilik özelliklerini boyutsal olarak değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler Jamovi (sürüm 2.7) yazılımı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Sürekli değişkenlere ilişkin tanımlayıcı istatistikler ortalama ± standart sapma, ortanca ve çeyrekler arası aralık ile minimum ve maksimum değerler kullanılarak sunulmuştur. Kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak özetlenmiştir. Çalışmada kullanılan ölçeklerin ve ilgili alt ölçeklerinin güvenirliği, Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları hesaplanarak değerlendirilmiştir.

Sürekli değişkenlerin dağılım özellikleri, Shapiro–Wilk testi, histogramların görsel olarak incelenmesi ve çarpıklık ile basıklık değerlerinin değerlendirilmesi yoluyla incelenmiştir. Dağılımın asimetrisinin ve kuyruk özelliklerinin yönünü ve büyüklüğünü gösteren çarpıklık ve basıklık değerleri, tek bir kesme ölçütü esas alınmaksızın Shapiro–Wilk testi sonuçları ve görsel inceleme bulgularıyla birlikte yorumlanmıştır. Çalışmada yer alan bazı değişkenlerin normal dağılımdan sapma göstermesi nedeniyle, BDÖ-11-KF toplam ve alt ölçek puanları, PKOŞE toplam puanı ve SI-Bord toplam puanı arasındaki ikili ilişkiler Spearman sıra korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Problemli kumar oynama şiddetiyle ilişkili faktörler, PKOŞE toplam puanının bağımlı değişken olarak belirlendiği hiyerarşik çoklu doğrusal regresyon modeli kullanılarak incelenmiştir. Modelin ilk aşamasına BDÖ-11-KF toplam puanı, ikinci aşamasına ise SI-Bord toplam puanı dâhil edilmiştir. Değişkenlerin bu sırayla modele alınmasının amacı, borderline kişilik özelliklerinin genel dürtüsellik tarafından açıklanan varyansa ek olarak problemli kumar oynama şiddetindeki varyansın ne kadarını açıkladığını değerlendirmektir. Ayrıca, iki yapı arasındaki kavramsal örtüşme göz önünde bulundurularak, SI-Bord puanlarının etkisi hesaba katıldıktan sonra dürtüselliğin açıkladığı ek varyansı belirlemek amacıyla değişkenlerin modele giriş sırasının tersine çevrildiği tamamlayıcı bir hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Değişkenlerin modele alınma sırası, bu iki yapı arasında nedensel veya kavramsal bir öncelik bulunduğunu varsaymak amacıyla değil, ek açıklayıcı katkıya ilişkin bu özgül araştırma sorusunu yanıtlamak amacıyla belirlenmiştir.

İkili ilişki analizlerinde PKOŞE puanlarıyla istatistiksel olarak anlamlı ilişki gösteren tek BDÖ-11-KF alt ölçeğinin motor dürtüsellik olması nedeniyle, BDÖ-11-KF toplam puanı yerine motor dürtüsellik alt ölçek puanının kullanıldığı ek bir keşifsel hiyerarşik regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. BDÖ-11-KF toplam puanı ile motor dürtüsellik alt ölçek puanı, aralarındaki yüksek düzeydeki örtüşme nedeniyle aynı modele eş zamanlı olarak dâhil edilmemiştir. Bu analizin keşifsel niteliği ve mevcut örneklemde motor dürtüsellik alt ölçeğinin iç tutarlılığının sınırlı düzeyde olması göz önünde bulundurularak bulgular ihtiyatla yorumlanmıştır.

Temel bulguların olası sosyodemografik ve kumar oynama ile ilişkili ortak değişkenler açısından sağlamlığı, sınırlı sayıda ortak değişken içeren ek bir düzeltilmiş hiyerarşik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir. İlk aşamada yaş ve kumar oynama süresi birlikte modele dâhil edilmiş, ikinci aşamada BDÖ-11-KF toplam puanı, üçüncü aşamada ise SI-Bord toplam puanı eklenmiştir. Örneklem büyüklüğünün sınırlı olması nedeniyle, aşırı uyum riskini en aza indirmek amacıyla düzeltilmiş analizde bilinçli olarak az sayıda değişken içeren bir model tercih edilmiştir. Yaş, genel sosyodemografik farklılıkları kontrol etmek amacıyla; kumar oynama süresi ise kumar oynama davranışının kronikliğinin bir göstergesi olarak modele dâhil edilmiştir. Regresyon analizi sonuçları; standardize edilmemiş ve standardize edilmiş regresyon katsayıları, standart hatalar, %95 güven aralıkları (GA), R^2, düzeltilmiş R^2 ve modeller arasında açıklanan varyanstaki değişim kullanılarak raporlanmıştır. Regresyon varsayımları, artık değer grafiklerinin ve Q–Q grafiklerinin görsel olarak incelenmesinin yanı sıra çoklu doğrusal bağlantı, artıkların bağımsızlığı ve Cook uzaklığı kullanılarak etkili gözlemlerin değerlendirilmesi yoluyla incelenmiştir. PKOŞE puanlarının sınırlı bir değer aralığına sahip

olması ve örneklem büyüklüğü göz önünde bulundurularak, duyarlılık analizi kapsamında temel hiyerarşik regresyon analizinin nihai modeli, değişen varyansa karşı dirençli HC3 standart hataları kullanılarak yeniden tahmin edilmiştir. Korelasyon analizlerinde çoklu karşılaştırmalar için herhangi bir düzeltme uygulanmamıştır. Bu nedenle, söz konusu bulgular keşifsel nitelikte değerlendirilmiş ve uygun düzeyde ihtiyatla yorumlanmıştır.

Bulgular

Çalışma örneklemi 60 hastadan oluşmuştur. Katılımcıların yaş ortalaması 35,72 ± 9,24 yıl olup %98,3'ü erkektir. Katılımcıların %55,0'ı evli, %78,3'ü ise düzenli olarak bir işte çalışmaktadır. Ayrıca, katılımcıların %5,0'ında psikiyatrik hastalık öyküsü, %10,0'ında ise intihar girişimi öyküsü bulunmaktadır. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri

Değişken	n (%)	Ort. (SS)	Ortanca	Min-Maks
Yaş (yıl)	60	35,72 (9,24)	36,00	19–55
Cinsiyet				
Erkek	59 (98,3)			
Kadın	1 (1,7)			
Medeni durum				
Evli	33 (55,0)			
Bekar/boşanmış	27 (45,0)			
Eğitim düzeyi				
İlköğretim	13 (21,7)			
Lise	23 (38,3)			
Üniversite ve üzeri	24 (40,0)			
Çalışma durumu				
Çalışıyor	47 (78,3)			
Çalışmıyor	11 (18,3)			
Öğrenci	2 (3,3)			
Birlikte yaşadığı kişiler				
Yalnız	5 (8,3)			
Ebeveynleriyle	19 (31,7)			
Eşi ve/veya çocuklarıyla	35 (58,3)			
Diğer	1 (1,7)			
Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü				
Hayır	55 (91,7)			
Evet	5 (8,3)			
Psikiyatrik bozukluk öyküsü				
Hayır	57 (95,0)			
Evet	3 (5,0)			
İntihar girişimi öyküsü				
Hayır	54 (90,0)			
Evet	6 (10,0)			

n = Katılımcı sayısı; Ort. = Ortalama; SS = Standart sapma

Kumar oynamaya başlama yaşı ortalaması 23,82 ± 7,43 yıl, ortalama kumar oynama süresi ise 10,02 ± 8,20 yıl olarak saptanmıştır. Katılımcıların %65,0'ı her gün kumar oynadığını, %73,3'ü ise kumar oynamayla ilişkili mevcut borcunun bulunduğunu bildirmiştir. Stratejiye dayalı oyunların, katılımcıların %85,0'ında ilk oynanan, %56,7'sinde ise en son oynanan kumar türü olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların %26,7'sinde ailede kumar oynama öyküsü bulunurken, %10,0'ının kumar oynamayla ilişkili hukuki sorunlar yaşadığı saptanmıştır. Kumar oynama özelliklerine ilişkin ayrıntılı bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

BDÖ-11-KF, PKOŞE ve SI-Bord toplam puan ortalamaları sırasıyla 31,88 ± 8,55, 19,57 ± 6,08 ve 6,50 ± 3,60 olarak bulunmuştur. PKOŞE puanları 6 ile 27 arasında değişmekte olup ortanca değer 21,00 olarak saptanmıştır. Sekiz katılımcının (%13,3) ölçekten alınabilecek en yüksek puan olan 27 puanı aldığı

belirlenmiştir. Çarpıklık ve basıklık değerleri sırasıyla PKOŞE için –0,502 ve –0,807; BDÖ-11-KF toplam puanı için 0,743 ve 0,451; SI-Bord toplam puanı için ise 0,166 ve –0,573 olarak hesaplanmıştır. Çalışmada kullanılan tüm ölçeklerin iç tutarlılık düzeylerinin kabul edilebilir ile mükemmel arasında değiştiği belirlenmiştir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları PKOŞE, BDÖ-11-KF ve SI-Bord toplam puanları için sırasıyla 0,91, 0,89 ve 0,74 olarak bulunmuştur. BDÖ-11-KF alt ölçeklerine ilişkin Cronbach alfa katsayıları ise plan yapmama, motor dürtüsellik ve dikkatle ilişkili dürtüsellik için sırasıyla 0,75, 0,71 ve 0,84 olarak hesaplanmıştır (Tablo 3).

Tablo 2. Katılımcıların kumar oynama özellikleri

Değişken	n (%)	Ort. (SS)	Ortanca (Ç1-Ç3)	Min-Maks
Kumar oynamaya başlama yaşı (yıl)	60	23,82 (7,43)	22,50 (18,00–27,25)	15–49
Kumar oynama süresi (yıl)	60	10,02 (8,20)	7,00 (3,00–15,00)	1–35
Son kumar oynama davranışından bu yana geçen süre (gün)	60	49,13 (69,35)	30,00 (7,00–48,75)	1–300
Kumar oynamadan geçirilen en uzun süre (hafta)	60	27,33 (33,35)	16,00 (4,00–33,00)	1–120
İlk oynanan kumar türü				
Stratejiye dayalı oyunlar	51 (85,0)			
Stratejiye dayalı olmayan oyunlar	9 (15,0)			
En son oynanan kumar türü				
Stratejiye dayalı oyunlar	34 (56,7)			
Stratejiye dayalı olmayan oyunlar	26 (43,3)			
Kumar oynama sıklığı				
Haftada 1–2 kez	7 (11,7)			
Haftada 3–6 kez	14 (23,3)			
Her gün	39 (65,0)			
Mevcut borç durumu				
Yok	16 (26,7)			
Var	44 (73,3)			
Hidden debt				
Yok	56 (93,3)			
Var	4 (6,7)			
Ailede kumar oynayan birey varlığı				
Yok	44 (73,3)			
Var	16 (26,7)			
Kumar oynamaya bağlı hukuki sorunlar				
Yok	54 (90,0)			
Var	6 (10,0)			

Ç1 = Birinci çeyrek (%25); Ç3 = Üçüncü çeyrek (%75); n = Katılımcı sayısı; Ort. = Ortalama; SS = Standart sapması

Tablo 3. Ölçek puanlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler ve iç tutarlılık katsayıları

Değişken	Ort. (SS)	Ortanca	Min.–Maks.	Cronbach's α
BDÖ-11-KF – Plan yapmama	11,88 (3,23)	12,00	5–19	,75
BDÖ-11-KF – Motor dürtüsellik	9,97 (3,03)	10,00	5–17	,71
BDÖ-11-KF – Dikkatle ilişkili dürtüsellik	10,03 (3,48)	9,00	5–20	,84
BDÖ-11-KF – Toplam puan	31,88 (8,55)	30,00	16–56	,89
PKOŞE	19,57 (6,08)	21,00	6–27	,91
SI-Bord	6,50 (3,60)	7,00	0–15	,74

BDÖ-11-KF = Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu; Ort. = Ortalama; PKOŞE = Problemli Kumar Oynama Şiddet Endeksi; SI-Bord = Borderline Kişilik Bozukluğu Tarama Ölçeği; SS = Standart sapma.

Korelasyon analizlerinde, kumar oynama şiddeti ile BDÖ-11-KF toplam puanı ($\rho = 0,331$, $p < 0,01$) ve motor dürtüsellik alt ölçek puanı ($\rho = 0,404$, $p < 0,01$) arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Borderline kişilik özellikleri ile kumar oynama şiddeti arasında ise orta düzeyde, pozitif yönlü bir korelasyon bulunmuştur ($\rho = 0,537$, $p < 0,001$). Ayrıca, SI-Bord toplam puanının BDÖ-11-KF toplam puanı ve tüm alt ölçek puanlarıyla pozitif yönde korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Korelasyon analizlerine ilişkin ayrıntılı sonuçlar Tablo 4'te sunulmuştur.

Tablo 4. Dürtüsellik, kumar oynama şiddeti ve borderline kişilik özellikleri arasındaki Spearman korelasyonları						
Değişken	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1. BDÖ-11-KF – Plan yapmama	—					
2. BDÖ-11-KF – Motor dürtüsellik	,524***	—				
3. BDÖ-11-KF – Dikkatle ilişkili dürtüsellik	,628***	,678***	—			
4. BDÖ-11-KF – Toplam	,811***	,864***	,869***	—		
5. PKOŞE	,210	,404**	,242	,331**	—	
6. SI-Bord	,501***	,459***	,391**	,514***	,537***	—

BDÖ-11-KF = Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu; PKOŞE = Problemli Kumar Oynama Şiddet Endeksi; SI-Bord = Borderline Kişilik Bozukluğu Tarama Ölçeği; *p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001.

Hiyerarşik doğrusal regresyon analizinin ilk aşamasında, BDÖ-11-KF toplam puanının kumar oynama şiddetiyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmış (β = 0,367, p = 0,004) ve modelin PKOŞE puanlarındaki varyansın %13,4'ünü açıkladığı belirlenmiştir. İkinci aşamada SI-Bord toplam puanının modele eklenmesiyle açıklanan varyans %25,9'a yükselmiştir (R^2 = 0,259; düzeltilmiş R^2 = 0,233). Açıklanan varyanstaki %12,5'lik bu artış istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (ΔR^2 = 0,125, $\Delta F(1, 57) = 9,587$, p = 0,003). Nihai modelde SI-Bord toplam puanı kumar oynama şiddetiyle anlamlı düzeyde ilişkili olmaya devam ederken (β = 0,429, p = 0,003), BDÖ-11-KF toplam puanının kumar oynama şiddetiyle ilişkisi istatistiksel anlamlılığını yitirmiştir (β = 0,123, p = 0,379). Tanısal grafiklerin görsel olarak incelenmesinde, doğrusallık ve sabit varyans varsayımlarından belirgin bir sapma gözlenmemiş, Q–Q grafiğinin uç kısımlarında ise normal dağılımdan yalnızca küçük sapmalar olduğu belirlenmiştir. Sorun oluşturabilecek düzeyde çoklu doğrusal bağlantıya ilişkin herhangi bir bulgu saptanmamıştır (VIF = 1,48; tolerans = 0,68). Artıkların bağımsızlığı ise kabul edilebilir sınırlar içerisinde bulunmuştur (Durbin–Watson = 2,28). Cook uzaklığı değerleri, tekil gözlemlerin model üzerinde aşırı düzeyde etkili olmadığını göstermiştir (maksimum = 0,194).

Değişkenlerin modele giriş sırasının tersine çevrildiği tamamlayıcı hiyerarşik regresyon analizinde, ilk aşamada modele dâhil edilen SI-Bord puanlarının PKOŞE puanlarındaki varyansın %24,9'unu açıkladığı belirlenmiştir (R^2 = 0,249; düzeltilmiş R^2 = 0,236). İkinci aşamada BDÖ-11-KF toplam puanının modele eklenmesiyle açıklanan varyans %1,0 oranında artmıştır. Ancak bu ek açıklayıcı katkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (ΔR^2 = 0,010, $\Delta F(1, 57) = 0,785$, p = 0,379).

Ek olarak gerçekleştirilen keşifsel analizde, BDÖ-11-KF toplam puanı yerine motor dürtüsellik alt ölçek puanı kullanılmıştır. İlk aşamada modele dâhil edilen motor dürtüselliğin kumar oynama şiddetiyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu saptanmış (B = 0,850, SH = 0,239, β = 0,423, %95 GA [0,372, 1,329], p < 0,001) ve PKOŞE puanlarındaki varyansın %17,9'unu açıkladığı belirlenmiştir (R^2 = 0,179; düzeltilmiş R^2 = 0,165). SI-Bord puanlarının modele eklenmesiyle açıklanan varyans %29,1'e yükselmiş (düzeltilmiş R^2 = 0,266) ve açıklanan varyansta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde %11,2'lik ek artış saptanmıştır (ΔR^2 = 0,112, $\Delta F(1, 57) = 9,007$, p = 0,004). Nihai modelde SI-Bord puanları kumar oynama şiddetiyle anlamlı düzeyde ilişkili olmaya devam ederken (B = 0,647, SH = 0,216, β = 0,384, %95 GA [0,215, 1,079], p = 0,004), motor dürtüselliğin kumar oynama şiddetiyle ilişkisi istatistiksel anlamlılığını yitirmiştir (B = 0,474, SH = 0,257, β = 0,236, %95 GA [–0,040, 0,988], p = 0,070).

Ek olarak gerçekleştirilen düzeltilmiş analizde, ilk aşamada ortak değişkenler olarak modele dâhil edilen yaş ve kumar oynama süresinin PKOŞE puanlarındaki varyansın %6,9'unu açıkladığı belirlenmiştir (R^2 = 0,069; düzeltilmiş R^2 = 0,037). İkinci aşamada BDÖ-11-KF toplam puanının modele eklenmesiyle açıklanan varyans %10,9 oranında artmıştır (ΔR^2 = 0,109, $\Delta F(1, 56) = 7,410$, p = 0,009). Üçüncü aşamada SI-Bord puanlarının modele eklenmesiyle toplam açıklanan varyans %32,8'e ulaşmış (R^2 = 0,328; düzeltilmiş R^2 = 0,279) ve açıklanan varyansta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde %15,0'lik ek artış saptanmıştır (ΔR^2 = 0,150, $\Delta F(1, 55) = 12,278$, p < 0,001). Nihai düzeltilmiş modelde SI-Bord puanları kumar oynama şiddetiyle anlamlı düzeyde ilişkili olmaya devam ederken (B = 0,803, SH = 0,229, β = 0,476, %95 GA [0,344, 1,263], p < 0,001), BDÖ-11-KF toplam puanının ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (B = 0,038, SH = 0,098, β = 0,054, %95 GA [–0,157, 0,234], p = 0,696). Ayrıca, kumar oynama süresinin PKOŞE puanlarıyla anlamlı düzeyde ilişkili olduğu (β = 0,319, p = 0,023), buna karşılık yaşın anlamlı bir ilişki göstermediği belirlenmiştir (β = –0,224, p = 0,103).

Duyarlılık analizi kapsamında, BDÖ-11-KF ve SI-Bord toplam puanlarını içeren temel hiyerarşik regresyon analizinin nihai modeli, değişen varyansa karşı dirençli HC3 standart hataları kullanılarak yeniden tahmin edilmiştir. Analiz sonuçlarının esas itibarıyla değişmediği görülmüştür. SI-Bord puanları kumar oynama şiddetiyle anlamlı düzeyde ilişkili olmaya devam ederken (B = 0,724, dirençli SH = 0,249, %95 GA [0,226, 1,223], p = 0,005), genel dürtüsellik ile kumar oynama şiddeti arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (B = 0,087, dirençli SH = 0,110, %95 GA [−0,132, 0,307], p = 0,429). Hiyerarşik regresyon analizinin sonuçları Tablo 5'te sunulmuştur.

Tablo 5. Problemli kumar oynama şiddetini yordayan hiyerarşik doğrusal regresyon analizi

Yordayıcı	B	SH	β	95% GA	t	p
Model 1						
Sabit	11,260	2,864	—	[5,527, 16,993]	3,931	< ,001
BDÖ-11-KF Toplam	0,261	0,087	,367	[0,087, 0,434]	3,001	,004
Model 2						
Sabit	12,079	2,686	—	[6,700, 17,458]	4,497	< ,001
BDÖ-11-KF Toplam	0,087	0,098	,123	[−0,110, 0,284]	0,886	,379
SI-Bord	0,724	0,234	,429	[0,256, 1,192]	3,096	,003

Model 1 için R = 0,367 ve R^2 = 0,134; Model 2 için R = 0,509 ve R^2 = 0,259 olarak hesaplanmıştır. Model 2'ye SI-Bord toplam puanının eklenmesi, açıklanan varyansta istatistiksel olarak anlamlı bir artış sağlamıştır (ΔR^2 = 0,125, $\Delta F(1, 57)$ = 9,587, p = 0,003). Güven aralıkları, standardize edilmemiş regresyon katsayılarına ilişkindir.

B = Standardize edilmemiş regresyon katsayısı; SH = Standart hata; β = Standardize edilmiş regresyon katsayısı; GA = Güven aralığı; t = t istatistiği; p = Anlamlılık değeri; R = Çoklu korelasyon katsayısı; R^2 = Belirleme katsayısı; ΔR^2 = R^2 değerindeki değişim; ΔF = F değişim istatistiği; BDÖ-11-KF = Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu; SI-Bord = Borderline Kişilik Bozukluğu Tarama Ölçeği.

Tartışma

Bu çalışmada, kumar oynama bozukluğu tanısı almış hastalarda borderline kişilik özellikleri ve dürtüselliğin problemli kumar oynama şiddetiyle ilişkileri incelenmiştir. Çalışmanın temel bulgusu, genel dürtüselliğin yanı sıra yaş ve kumar oynama süresinin etkileri hesaba katıldıktan sonra da borderline kişilik özelliklerinin kumar oynama şiddetiyle ilişkili olmaya devam etmesidir. Bu bulgu, borderline kişilik özellikleri ile kumar oynama şiddeti arasındaki ilişkinin BDÖ-11-KF ile ölçülen genel dürtüsellik düzeyiyle bütünüyle açıklanamadığını göstermektedir. Dolayısıyla, bu özelliklerin birlikte değerlendirilmesi, birbiriyle örtüşen kişilik özelliklerinin kumar oynamayla ilişkili sorunların şiddetiyle nasıl bağlantılı olduğunun anlaşılmasına katkı sağlamaktadır.

Önceki araştırmalarda, kişilik patolojisinin kumar oynama bozukluğu açısından önemi ortaya konmuştur. Bu hasta grubunda yaygın olarak görülen kişilik bozukluklarının daha karmaşık klinik tablolar, daha olumsuz tedavi sonuçları ve nüks ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Vaddiparti and Cottler 2017, Ioniță ve ark. 2026). Eşlik eden kişilik bozuklukları arasında özellikle borderline ve antisosyal kişilik bozukluklarının öne çıktığı görülmektedir (Ioniță ve ark. 2026). Brown ve arkadaşları (2016), tedavi arayışında olan bireylerden oluşan bir örneklemde B kümesi kişilik bozukluğu belirtilerinin problemli kumar oynama şiddetiyle ilişkili olduğunu saptamıştır. Sacco ve arkadaşları (2008), sosyodemografik özellikler, madde kullanım sorunları ve diğer kişilik bozuklukları için düzeltme yapıldıktan sonra borderline kişilik belirtilerinin şiddetinin patolojik kumar oynama olasılığıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir. Bununla birlikte, depresif belirtilerin de analize dâhil edilmesinin ardından bu ilişki istatistiksel anlamlılığını yitirmiştir. Daha yakın tarihli bir çalışmada Lind ve ark. (2024), ceza infaz kurumunda bulunan bireylerden oluşan bir örneklemde demografik özellikler, depresif belirtiler, travmayla ilişkili belirtiler, istismar öyküsü ve antisosyal özellikler için düzeltme yapıldıktan sonra borderline kişilik göstergelerinin olası problemli kumar oynama ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Mevcut çalışmanın bulguları, kumar oynama bozukluğu tanısı almış hastalardan oluşan klinik bir örneklemde, genel dürtüsellik eş zamanlı olarak hesaba katıldığında da borderline kişilik özelliklerinin kumar oynama şiddetiyle ilişkili olmaya devam ettiğini göstererek önceki literatüre katkı sağlamaktadır. Bununla birlikte, çalışmalar arasındaki örneklem özellikleri, kullanılan ölçüm araçları ve sonuç değişkenlerinin tanımlarındaki farklılıklar, bulguların doğrudan karşılaştırılmasını sınırlandırmaktadır.

Dürtüselliğin alt boyutları arasında motor dürtüselliğin kumar oynama şiddetiyle en belirgin ilişkiyi gösterdiği saptanmıştır. Bu bulgu, kumar oynama bozukluğu olan bireylerde tepki ketleme becerisinde

bozulma ve motor dürtüsellik düzeyinde artış olduğunu gösteren kanıtlarla genel olarak uyumludur (Chowdhury ve ark. 2017). Söz konusu bulgular, özellikle kumar oynama sorunları daha şiddetli olan bireylerde bildirilmiştir (Odlaug ve ark. 2011, Brevers ve ark. 2012). Benzer şekilde, Mestre-Bach ve arkadaşları (2020), tepki dürtüselliğinin kumar oynama bozukluğunun şiddetiyle ilişkili olan tek dürtüsellik boyutu olduğunu saptamıştır. Klinik açıdan değerlendirildiğinde, ketleyici kontroldeki azalma, artan maddi kayıplara veya diğer olumsuz sonuçlara rağmen kumar oynama davranışının durdurulmasında yaşanan güçlüğe katkıda bulunabilir. Bununla birlikte, davranışsal tepki ketleme paradigmaları ile BDÖ-11-KF gibi öz bildirim ölçekleri, dürtüselliğin birbiriyle ilişkili ancak tamamen örtüşmeyen yönlerini değerlendirmektedir. Bu farklılığın, çalışmaların bulguları karşılaştırılırken göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Önemli olarak, genel dürtüselliğin borderline kişilik özellikleri ile kumar oynama şiddeti arasındaki ilişkiyi bütünüyle açıklamadığı saptanmıştır. Bu bulgu, borderline kişilik özelliklerinin BDÖ-11-KF ile ölçülen genel dürtüsel davranış eğiliminin ötesinde, klinik açıdan anlamlı ek varyansı açıklayabileceğini göstermektedir. Bununla birlikte, bu iki yapı birbirinden tamamen bağımsız olarak değerlendirilmemelidir. SI-Bord, DSM-5'te yer alan dürtüsellik tanı ölçütünü doğrudan değerlendirmese de ölçeğin kapsadığı bazı özellikler, özellikle duygulanımda istikrarsızlık ve kendine zarar verme davranışları, davranışsal düzenlemeye ilişkin daha kapsamlı güçlüklerle kavramsal açıdan bağlantılı olabilir. Bu nedenle, borderline kişilik özelliklerinin gözlenen ek açıklayıcı katkısı, birbirinden tamamen bağımsız klinik boyutların varlığından ziyade, kısmen farklılaşan klinik boyutlara ilişkin bir kanıt olarak yorumlanmalıdır.

Bu çalışmada değerlendirilen borderline kişilik özellikleri ile kumar oynama şiddeti arasındaki ilişki, duygulanımsal ve kişilerarası güçlüklerin kumar oynama bozukluğuyla ilişkili olduğunu gösteren daha geniş literatür çerçevesinde ele alınabilir. Önceki çalışmalardan elde edilen bulgular, bu alanlarda yaşanan güçlüklerin kumar oynama şiddetindeki artışla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Duygu düzenleme güçlükleri ve bilişsel yeniden değerlendirme becerisindeki yetersizliklerin kumar oynama bozukluğunun daha yüksek şiddetiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Rogier ve ark. 2020). Orta veya ağır şiddette kumar oynama bozukluğu olan bireylerin, hafif şiddette kumar oynama bozukluğu olan bireylere kıyasla duygu düzenleme alanında daha fazla güçlük yaşadıkları bildirilmiştir (Mide ve ark. 2023). Kişilerarası ilişkiler açısından değerlendirildiğinde ise güvensiz bağlanma örüntülerinin kumar oynama bozukluğu olan bireylerde yaygın olduğu, bağlanma kaygısının ise kumar oynama şiddetiyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Di Trani ve ark. 2017). Bu çalışmalar bir bütün olarak değerlendirildiğinde, borderline kişilik özellikleri ile kumar oynama şiddeti arasındaki ilişkinin yalnızca dürtüsel davranışlarla sınırlı olmayabileceğini, duygulanımın düzenlenmesi ve kişilerarası işlevsellik alanlarındaki güçlükleri de içerebileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte, mevcut çalışmada duygu düzenleme, bağlanma ve kişilerarası işlevsellik doğrudan değerlendirilmediğinden, söz konusu mekanizmalar varsayımsal düzeyde kalmakta olup mevcut bulgulardan çıkarım yoluyla ortaya konulmak yerine gelecekteki çalışmalarda doğrudan incelenmelidir.

Örneklemin demografik özellikleri, elde edilen bulguların değerlendirilmesinde önemli bir bağlam sunmaktadır. Önceki araştırmalarda, genç yetişkinlerin orta yaşlı yetişkinlere kıyasla sorunlu kumar oynama açısından daha yüksek risk taşıdığı bildirilmiştir (Dellosa and Browne 2024). Mevcut çalışmanın yaş dağılımı genel olarak bu literatürle uyumlu olmakla birlikte, çalışmada yaş grupları arasında bir karşılaştırma yapılmadığından yaşa bağlı bir risk örüntüsü ortaya konulamamaktadır. Ayrıca, örneklemin büyük çoğunluğunun erkeklerden oluşması, erkeklerde kumar oynama oranlarının ve sorunlu kumar oynama yaygınlığının daha yüksek olduğunu gösteren epidemiyolojik bulgularla uyumludur (Dellosa and Browne 2024, Tran ve ark. 2024).

Çalışmanın çeşitli metodolojik sınırlılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. Retrospektif ve kesitsel tasarım, saptanan ilişkilerin yönü veya nedenselliği hakkında çıkarım yapılmasına olanak tanımamaktadır. Her üç yapı da öz bildirim ölçekleri kullanılarak değerlendirildiğinden, bulgular hatırlama yanlılığına ve sosyal beğenirlik yanlılığına açık olabilir. Borderline kişilik özellikleri, DSM-5'te tanımlanan özelliklerin yalnızca bir bölümünü kapsayan kısa bir tarama ölçeği ile değerlendirilmiş; yapılandırılmış bir kişilik bozukluğu görüşmesi uygulanmamıştır. Dolayısıyla bulgular, borderline kişilik bozukluğu tanısından ziyade boyutsal olarak değerlendirilen borderline kişilik özellikleriyle ilişkilidir. Tek merkezde yürütülen çalışmanın, tedavi arayışında olan az sayıda hastadan oluşan örneklemi, bulguların genellenebilirliğini ve regresyon

tahminlerinin kesinliğini sınırlandırmaktadır. Örneklemde kadın katılımcı sayısının son derece az olması, cinsiyete dayalı karşılaştırmaların yapılmasını engellemiş ve bulguların kadınlara genellenebilirliğini önemli ölçüde kısıtlamıştır. Ayrıca, örneklem büyüklüğünün sınırlı olması, güvenilir biçimde değerlendirilebilecek çok değişkenli modellerin karmaşıklığını da sınırlandırmaktadır. PKOŞE puanlarının ölçeğin üst sınırına yakın değerlerde yoğunlaşması, sonuç değişkenindeki değişkenliği azaltmış ve ilişkilerin gücünü zayıflatmış olabilir. Analizlerin yalnızca kayıtları eksiksiz olan hastalarla sınırlandırılması, seçilim yanlılığına yol açmış olabilir. Bunun yanı sıra, korelasyon analizlerinin keşifsel nitelikte olması nedeniyle çoklu karşılaştırmalara yönelik düzeltme yapılmamış olması, Tip I hata olasılığını artırmaktadır. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar kapsamlı klinik görüşmelerle değerlendirilmiş olmakla birlikte, standartlaştırılmış tanısal değerlendirme araçları kullanılmamış ve eşik altı belirtilerin olası katkısı dışlanamamıştır. İlaç kullanımı ve tedavi özellikleri araştırma veri setinde sistematik olarak kaydedilmediğinden analizlere dâhil edilememiştir. Bu ilişkilerin ve ilişkilerin altında yatan süreçlerin açıklığa kavuşturulabilmesi için yapılandırılmış tanısal değerlendirmelerin yanı sıra duygulanımsal, kişilerarası ve davranışsal işlevselliği doğrudan değerlendiren ölçüm araçlarının kullanıldığı, daha geniş örneklemli boylamsal çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Sonuç

Kumar oynama bozukluğu tanısı almış, büyük çoğunluğu erkeklerden oluşan, tedavi arayışındaki bireylerin yer aldığı bu tek merkezli klinik örneklemde, hem dürtüsellik hem de borderline kişilik özelliklerinin problemli kumar oynama şiddetindeki artışla ilişkili olduğu saptanmıştır. Önemli olarak, genel dürtüsellik hesaba katıldıktan ve yaş ile kumar oynama süresi için ek düzeltme yapıldıktan sonra da SI-Bord puanlarının kumar oynama şiddetiyle anlamlı düzeyde ilişkili olmaya devam ettiği belirlenmiştir. Bununla birlikte, borderline kişilik özellikleri ile dürtüsellik arasındaki kavramsal örtüşme ve ölçülmemiş klinik faktörlerin olası etkileri göz önünde bulundurulduğunda, bu bulgular borderline kişilik patolojisinin tamamen bağımsız veya özgül bir katkı sağladığını gösteren kanıtlar olarak yorumlanmamalıdır. Ayrıca bu çalışma, söz konusu ilişkilerin altında yatabilecek duygulanımsal, kişilerarası veya diğer psikolojik mekanizmaları ortaya koymamaktadır. Buna karşın bulgular, dürtüsellikle ilişkili süreçlerin yanı sıra kişilik özelliklerinin de rol oynayabileceği, kumar oynama bozukluğuna yönelik daha kapsamlı ve çok boyutlu bir kavramsallaştırmayı desteklemektedir. Bu ilişkilerin ve kumar oynama bozukluğunun klinik heterojenliğinin daha iyi anlaşılabilmesi için duygulanımsal, kişilerarası ve davranışsal işlevselliği doğrudan değerlendiren ölçüm araçlarının kullanıldığı, daha geniş ve çeşitlilik gösteren örneklemleri kapsayan boylamsal çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Kaynaklar

Altıntaş M, Tunç EB, Dinçer D, Özdenler M, Olcay ANH, Barın C (2022) Problemli kumar oynama şiddet endeksi Türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 23:492-501.

APA (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington DC, American Psychiatric Association.

Black DW, Coryell W, McCormick B, Shaw M, Allen J (2017) A prospective follow-up study of younger and older subjects with pathological gambling. Psychiatry Res, 256:162-168.

Bowden-Jones H, Hook RW, Grant JE, Ioannidis K, Corazza O, Fineberg NA et al. (2022) Gambling disorder in the UK: key research priorities and the urgent need for independent research funding. Lancet Psychiatry, 9:321-329.

Brevers D, Cleeremans A, Verbruggen F, Bechara A, Kornreich C, Verbanck P et al. (2012) Impulsive action but not impulsive choice determines problem gambling severity. PloS One, 7:e50647.

Brown M, Oldenhof E, Allen JS, Dowling NA (2016) An empirical study of personality disorders among treatment-seeking problem gamblers. J Gambl Stud, 32:1079-1100.

Chowdhury NS, Livesey EJ, Blaszczynski A, Harris JA (2017) Pathological gambling and motor impulsivity: a systematic review with meta-analysis. J Gambl Stud, 33:1213-1239.

Dellosa G, Browne M (2024) The influence of age on gambling problems worldwide: a systematic review and meta-analysis of risk among younger, middle-aged, and older adults. J Behav Addict, 13:702-715.

Di Trani M, Renzi A, Vari C, Zavattini GC, Solano L (2017) Gambling disorder and affect regulation: the role of alexithymia and attachment style. J Gambl Stud, 33:649-659.

Ferris JA, Wynne HJ (2001) The Canadian Problem Gambling Index: Final Report. Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse.

Grant JE, Odlaug BL, Chamberlain SR (2016) Neural and psychological underpinnings of gambling disorder: a review. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 65:188-193.

Griffiths MD, Calado F (2022) Gambling disorder. In Behavioral Addictions: Conceptual, Clinical, Assessment, and Treatment Approaches (Ed HM Pontes):1-29. Cham, Springer.

Hook RW, Grant JE, Ioannidis K, Tiego J, Yücel M, Wilkinson P et al. (2021) Trans-diagnostic measurement of impulsivity and compulsivity: a review of self-report tools. Neurosci Biobehav Rev, 120:455-469.

Ioannidis K, Hook R, Wickham K, Grant JE, Chamberlain SR (2019) Impulsivity in gambling disorder and problem gambling: a meta-analysis. Neuropsychopharmacology, 44:1354-1361.

Ioniță I, Mușat MI, Cătălin B, Ciobanu CA, Ciobanu AM (2026) A systematic review of personality disorders in patients with gambling disorder. Clin Pract, 16:15.

Leichsenring F, Heim N, Leweke F, Spitzer C, Steinert C, Kernberg OF (2023) Borderline personality disorder: a review. JAMA, 329:670-679.

Lind K, Palomäki J, Castrén S (2024) Examining problem gambling, substance use disorders and cluster B personality traits among incarcerated individuals. Addict Behav Rep, 20:100566.

Lohanan T, Leesawat T, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Karawekpanyawong N, Oon-Arom A et al. (2020) Development and validation of a screening instrument for borderline personality disorder (SI-Bord) for use among university students. BMC Psychiatry, 20:479.

Mestre-Bach G, Steward T, Granero R, Fernández-Aranda F, Mena-Moreno T, Vintró-Alcaraz C et al. (2020) Dimensions of impulsivity in gambling disorder. Sci Rep, 10:397.

Mide M, Arvidson E, Gordh AS (2023) Clinical differences of mild, moderate, and severe gambling disorder in a sample of treatment seeking pathological gamblers in Sweden. J Gambl Stud, 39:1129-1153.

Mitchell MR, Potenza MN (2014) Addictions and personality traits: impulsivity and related constructs. Curr Behav Neurosci Rep, 1:1-12.

Odlaug BL, Chamberlain SR, Kim SW, Schreiber LRN, Grant JE (2011) A neurocognitive comparison of cognitive flexibility and response inhibition in gamblers with varying degrees of clinical severity. Psychol Med, 41:2111-2119.

Patton JH, Stanford MS, Barratt ES (1995) Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol, 51:768-774.

Rogier G, Beomonte Zobel S, Velotti P (2020) Pathological personality facets and emotion (dys)regulation in gambling disorder. Scand J Psychol, 61:262-270.

Sacco P, Cunningham-Williams RM, Ostmann E, Spitznagel EL Jr (2008) The association between gambling pathology and personality disorders. J Psychiatr Res, 42:1122-1130.

Spinella M (2007) Normative data and a short form of the Barratt impulsiveness scale. Int J Neurosci, 117:359-368.

Tamam L, Güleç H, Karataş G (2013) Barratt dürtüsellik ölçeği kısa formu (BIS-11-KF) Türkçe uyarlama çalışması. Noro Psikiyatr Ars, 50:130-134.

Ten Have M, Verheul R, Kaasenbrood A, van Dorsselaer S, Tuithof M, Kleinjan M et al. (2016) Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. BMC Psychiatry, 16:249.

Tran LT, Wardle H, Colledge-Frisby S, Taylor S, Lynch M, Rehm J et al. (2024) The prevalence of gambling and problematic gambling: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health, 9:e594-e613.

Ünsal C, Alma L, Gündoğmuş İ, Par A, Yalim E, Öksüz E (2022) Psychometric properties of the Turkish version of the screening instrument for borderline personality disorder. Psychiatr Ann, 52:380-387.

Vaddiparti K, Cottler LB (2017) Personality disorders and pathological gambling. Curr Opin Psychiatry, 30:45-49.

Yazarların Katkıları: Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olunduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.
Danışman Değerlendirmesi: Dış bağımsız
Etik Onay: Bu çalışma için Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 30.06.2026 tarih ve 2026/010.99/29/33 nolu karar ile etik onayı alınmıştır.
Çıkar Çatışması: Çıkar çatışması bildirilmemiştir.
Finansal Destek: Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.
Authors Contributions: The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript
Peer-review: Externally peer-reviewed.
Ethical Approval: Ethical approval for this study was obtained from the Kartal Dr Lütfi Kırdar City Hospital Scientific Research Ethics Committee pursuant to date 30.06.2026 and number 2026/010.99/29/33.
Conflict of Interest: No conflict of interest was declared.
Financial Disclosure: No financial support was declared for this study.