



ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

*«Αποτίμηση της Αποτελεσματικότητας
του Προγράμματος Απεξάρτησης από τα Τυχερά Παιχνίδια
των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Κύπρου»*

Θέκλα Πέτρου

Επιβλέπων Καθηγητής
Ανδρέας Παυλάκης

Ιούλιος, 2013

Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

*«Αποτίμηση της Αποτελεσματικότητας
του Προγράμματος Απεξάρτησης από τα Τυχερά Παιχνίδια
των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Κύπρου»*

Θέκλα Πέτρου

Επιβλέπων Καθηγητής
Ανδρέας Παυλάκης

Ιούλιος, 2013

Ελληνική Περίληψη

Εισαγωγή: Παθολογικός τζόγος ορίζεται ως η επίμονη και επαναλαμβανόμενη δυσπροσάρμοστη συμπεριφορά επένδυσης σε τυχερά παιχνίδια, η οποία χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα ελέγχου της και οδηγεί σε σημαντικές επιβλαβείς ψυχοκοινωνικές συνέπειες, προσωπικές, διαπροσωπικές, οικογενειακές, επαγγελματικές, νομικές κ.α. (American Psychological Association, 1999). Η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια είναι πλέον μια από τις συμπεριφορές εξάρτησης η οποία χρήζει θεραπευτικής διαδικασίας. Επομένως το αντικείμενο μελέτης της είναι εξαιρετικά σημαντικό και η ερευνητική δραστηριότητα σε σχέση με το φαινόμενο του τζόγου αλλά και της θεραπείας αυτού αποτελούν σημαντικό ενδιαφέρον.

Σκοπός: Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί, πρωτίστως, στην αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων προγράμματος απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια και δευτερευόντως, στη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη συμπεριφορά εξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια. Οι επιμέρους στόχοι είναι η περιγραφή του θεραπευτικού πλαισίου του προγράμματος και των παρεμβάσεων που χρησιμοποιούνται με στόχο την απεξάρτηση. Η αναζήτηση της σχέσης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην επιλογή ενός ατόμου να ασχοληθεί με τα τυχερά παιχνίδια και η συσχέτιση τους με το βαθμό εξάρτησης. Η πρόβλεψη και ο έλεγχος του φαινομένου της εξάρτησης από τον τζόγο μετά την εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας καθώς και της εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου SOGS στη βάση των Κυπριακών δεδομένων.

Μεθοδολογία: Η έρευνα αποτελεσματικότητας έχει διεξαχθεί σύμφωνα με την τεχνική της επανεξέτασης (follow up study) και το δείγμα αποτελούν άτομα τα οποία έχουν αποταθεί για θεραπεία κατά το έτος 2012 ή συνεχίζουν από προηγούμενα χρόνια στο πρόγραμμα απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια (N=70). Σε πρώτη φάση πραγματοποιήθηκε επεξεργασία των στοιχείων που συλλέχτηκαν μέσω σχετικών ερωτηματολογίων, κατά την πρώτη επαφή των ατόμων στο πρόγραμμα. Σε δεύτερη φάση και 6 μήνες μετά το τέλος του 2012 δόθηκαν ξανά τα ίδια ερωτηματολόγια στα άτομα τα οποία συνεχίζουν να έχουν επαφή με το θεραπευτικό πρόγραμμα και σε όσα από τα άτομα τα οποία αποχώρησαν από πρόγραμμα και ανεβρέθηκαν μετά για σκοπούς της

έρευνας. Ακολουθεί η σύγκριση των στοιχείων των 2 φάσεων και ο εντοπισμών των αλλαγών στη συμπεριφορά και γενικότερα στη ζωή των ατόμων έτσι ώστε να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού προγράμματος. Το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιείται είναι το South Oaks Screen (SOGS) μαζί με ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τη συμπεριφορά εξάρτησης και τα δημογραφικά στοιχεία.

Αποτελέσματα: Το ερωτηματολόγιο SOGS βρέθηκε να έχει ικανοποιητική αξιοπιστία, με τον συντελεστή Cronbach's alpha στο 0,74 εσωτερικής συνοχής στα 20 σημεία. Η ανταποκρισιμότητα της μελέτης, ήταν ικανοποιητική αφού το (75%) του δείγματος συμμετείχε στην επαναληπτική αξιολόγηση. Το (93,5%) των ατόμων που δέχθηκαν θεραπευτική παρέμβαση από το πρόγραμμα έδειξε σημαντική βελτίωση στη συχνότητα της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια αλλά και στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά δεν κατατάσσονται πλέον στην κατηγορία του παθολογικού τζόγου. Επίσης όσο περισσότερο χρόνο μένει κάποιος στο θεραπευτικό πρόγραμμα τόσο θετικότερο είναι το αναμενόμενο αποτέλεσμα και οι περισσότεροι οι οποίοι είχαν σύμμαχο κατάφεραν να ελέγξουν την ενασχόληση τους με τα τυχερά παιχνίδια. Η υποεκπροσώπηση των γυναικών στον πληθυσμό της μελέτης ήταν ένα γεγονός το οποίο δεν επέτρεψε την επεξεργασία των δεδομένων κατά την ανάλυση σε σχέση με το φύλο. Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις συντέιναν στη θετική πορεία της απεξάρτησης επιτυγχάνοντας θετικά αποτελέσματα και στα υπόλοιπα πεδία που είχαν να κάνουν με τις συνέπειες της εξάρτησης από τον τζόγο. Παράλληλα, στην επιτυχία της αποτελεσματικότητας της θεραπείας σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού συμμάχου.

Συμπεράσματα: Το Γνωσιοσυμπεριφορικό μοντέλο θεραπείας το οποίο εφαρμόζεται στο πρόγραμμα απεξάρτησης από την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια κρίνεται ως αποτελεσματικό. Οι δύο στους τρεις μετά από τρεις μήνες θεραπεία καταφέρνουν να πετύχουν την πλήρη αποχή από την ενασχόληση τους με τα τυχερά παιχνίδια. Επίσης όσο περισσότερο μένει κάποιος στη θεραπευτική διαδικασία τόσο θετικότερο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται.

Αγγλική Περίληψη

Introduction: Compulsive gambling is defined as the persistent and repetitive maladaptive behaviour related to impulse gambling, which is characterized by the inability of control leading to significant psychosocial, personal, interpersonal, family, professional, legal and other adverse consequences (American Psychological Association, 1999). Compulsive (or clinical pathological) gambling is nowadays considered as a dependence disorder that can be treated in a therapeutic context. In effect, the study of pathological gambling is greatly significant, and the research carried out as regards to gambling and its treatment is therefore of great interest.

Aim: The current research mainly aims to assess the effectiveness of therapeutic approaches in the available treatment programmes for gambling, as well as to investigate the factors that contribute towards dependency. Moreover, the study aims the following: (a) to provide an outline of the treatment framework and interventions used for rehabilitation purposes, (b) to investigate the relationship between demographic characteristics and level of dependency, (c) to predict and control the gambling phenomenon upon treatment completion, and (d) to estimate reliability and validity and internal coherence of SOGS questionnaire adjusted for the Cyprus population.

Methodology: The study on effectiveness is a follow up study and the population sample consists of individuals who sought treatment in the year 2012 or continue to receive treatment from previous years at the treatment programme for gambling (N=70). In phase 1 the data collected through the use of questionnaires during the clients' initial engagement with the programme were analyzed. In phase 2 the same questionnaire was administered to the clients who continue to seek treatment as well as those clients who have left the treatment programme and could be reached for research purposes, at 6 months follow up, after the end of 2012. The data collected in the two phases were then compared to identify behavioural changes or life changes in general to estimate treatment programme effectiveness. The South Oaks Screen (SOGS) questionnaire was used along with questions on demographics and dependency.

Results: The SOGS questionnaire was found to be significantly reliable, Cronbach's alpha equaled to 0,74 with internal coherence for the 20 points. The response rate of the study was satisfactory, whereby 75% of the population sample participated at the follow up phase. 93,5% of the individuals who attended the treatment programme, showed significant improvement as regards to the frequency of their engagement with gambling as well as the fact that these individuals were no longer classified as pathological gamblers. Moreover, the longer individuals remained in treatment the more positive were the expected results, while those individuals who had the support of a significant other were more able to control their engagement with gambling. The overrepresentation of women in the population sample did not allow further analysis on gender differences. The positive treatment outcome contributes to more positive results in all other related aspects linked to the adverse consequences of gambling. The provision of support by a significant other appears to play a significant role in treatment effectiveness.

Conclusions: The treatment programme's cognitive-behavioural approach has proved to be effective for treating pathological gambling. Results show that two out of three individuals with at least 3 months engagement in treatment manage to establish total abstinence from gambling.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Κεφάλαιο Πρώτο - Εισαγωγή	Σελίδες
1.1. Εισαγωγή	9
1.2. Σημασία και αναγκαιότητα της μελέτης	11
1.3. Σκοποί και στόχοι	12
1.4. Ερευνητική υπόθεση	13
1.5. Διασαφηνίσεις - διατύπωση των κεντρικών εννοιών	14
Κεφάλαιο Δεύτερο - Βιβλιογραφική ανασκόπηση	Σελίδες
2.1. Ιστορική αναδρομή	20
2.2. Ανάπτυξη του προβλήματος του Τζόγου	21
2.3. Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης παθολογικού τζόγου	24
2.4. Χαρακτηριστικά της παθολογικής ενασχόλησης με τον τζόγο	25
2.5. Θεωρητικά μοντέλα αιτιολόγησης του παθολογικού τζόγου	27
2.6. Θεραπευτική Αντιμετώπιση παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια	28
2.6.1. Προ-θεραπευτική πρόληψη - Βραχεία παρέμβαση	30
2.6.2. Υποκατάσταση/συμπεριφορική αντικατάσταση	30
2.6.3. Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία	31
2.6.4. Ψυχοφαρμακολογία	31
2.6.5. Γνωσιακή – Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ)	32
2.7. Θεραπευτικό Πλαίσιο του προγράμματος Απεξάρτησης από τα Τυχερά Παιχνίδια των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας	35
2.8. Ανασκόπηση σχετικών ερευνών	39
2.9. Διεθνής και Κυπριακή Πραγματικότητα	45
Κεφάλαιο Τρίτο - Μεθοδολογία	Σελίδες
3.1. Σκοπός και Στόχοι της μελέτης.	51
3.2. Ερευνητικά Ερωτήματα της μελέτης.	51
3.3. Σχεδιασμός της μελέτης.	52
3.4. Πληθυσμός – Δείγμα της μελέτης.	53

3.5. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.	53
3.6. Διαδικασία έρευνας.	55
3.7. Ηθικές προεκτάσεις	56

Κεφάλαιο Τέταρτο - Αποτελέσματα	Σελίδες
4.1 Περιγραφική Στατιστική - Ανάλυση	57
4.1.1. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων κατά την έναρξη της θεραπείας	58
4.1.2. Χαρακτηριστικά της ενασχόλησης των ατόμων με τα τυχερά παιχνίδια	59
4.1.3. Χρόνος παραμονής στη θεραπεία	65
4.2. Αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης	67
4.2.1. Η ανταποκρισιμότητα της μελέτης	67
4.2.2. Ερωτηματολόγιο SOGS και αποτελεσματικότητα	68
4.2.3. Χρόνος παραμονής στη θεραπεία και αποτελεσματικότητα	70
4.2.4. Προβλήματα ως συνέπεια της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια και αποτελεσματικότητα	72
4.2.5. Σύμμαχος στη θεραπευτική διαδικασία	74
4.2.6. Προφίλ εξαρτημένου ατόμου από την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια	76
Κεφάλαιο Πέμπτο – Συζήτηση – Συμπεράσματα - Εισηγήσεις	Σελίδες
Συζήτηση Αποτελεσμάτων	79
Περιορισμοί της μελέτης	88
Συμπεράσματα	89
Εισηγήσεις	90
Βιβλιογραφία	92
Παραρτήματα	99
Παράρτημα 1. Επιστολές έγκρισης της έρευνας	
Παράρτημα 2. Έντυπο πρώτης αξιολόγησης	
Παράρτημα 3. Έντυπο επαναληπτικής αξιολόγησης	

Πίνακας Πινάκων		Σελίδες
Πίνακας 1.	Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά	59
Πίνακας 2.	Τυχερά Παιχνίδια με τα οποία ασχολούνταν οι συμμετέχοντες	61
Πίνακας 3.	Χρηματικό ποσό πονταρίσματος σε μια μέρα	61
Πίνακας 4.	Χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς της εξάρτησης από τον τζόγο (ερωτήσεις 3 – 6 ερωτηματολογίου SOGS)	62
Πίνακας 5.	Χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς της εξάρτησης από τον τζόγο (ερωτήσεις 7 – 15 ερωτηματολογίου SOGS)	63
Πίνακας 6.	Δανεισμός χρημάτων για τζόγο (ερώτηση 16 ερωτηματολογίου SOGS)	64
Πίνακας 7.	Βαθμολογία ερωτηματολογίου SOGS συνολικού δείγματος πριν την θεραπεία	65
Πίνακας 8.	Προβλήματα κατά την ένταξη στη θεραπεία	66
Πίνακας 9.	Χρονικό διάστημα παραμονής στη θεραπεία	67
Πίνακας 10.	Συμμετοχή εξαρτημένων στην επαναληπτική αξιολόγηση	69
Πίνακας 11.	Περιγραφή βαθμολογίας SOGS πριν και μετά τη θεραπεία	70
Πίνακας 12.	Αποτέλεσμα t-test για τη βαθμολογία ερωτηματολογίου SOGS πριν και μετά την θεραπεία	70
Πίνακας 13.	Ποσοστό συμμετεχόντων σε σχέση με την κατάταξη (SOGS) ως προς το πρόβλημα του τζόγου πριν και μετά την παρεμβατική θεραπεία	71
Πίνακας 14.	Ποσοστό συμμετεχόντων σε σχέση με χρόνο παραμονής και αποτελέσματα μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος	72
Πίνακας 15.	Σχέση βαθμολογίας ερωτηματολογίου SOGS και χρόνου παραμονής στη θεραπεία	73
Πίνακας 16.	Προβλήματα συμμετεχόντων λόγω τζόγου πριν και μετά τη θεραπευτική παρέμβαση	73
Πίνακας 17.	Σχέση προβλημάτων πριν την θεραπεία και αποτελέσματος μετά την θεραπεία	74
Πίνακας 18.	Σύμμαχος στη θεραπευτική διαδικασία	75
Πίνακας 19.	Σχέση συμμάχου με αποτέλεσμα μετά τη θεραπεία	75
Πίνακας 20.	Σχέση συμμάχου με οικογενειακή κατάσταση	76

Πίνακας Γραφημάτων		Σελίδες
Γράφημα 1.	Ανάπτυξη και πορεία της παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια	24
Γράφημα 2.	Ποσοστό και χρόνος παραμονής των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα	67
Γράφημα 3.	Βαθμολογία SOGS πριν και μετά τη θεραπεία	69

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1. Εισαγωγή

«Η καρδιά μου πάει να σπάσει παρακολουθώ με κομμένη την ανάσα, όλο μου το σώμα είναι σε ένταση καθώς βλέπω τα άλογα να καλπάζουν προς τη γραμμή του τερματισμού. Το μόνο που σκέφτομαι είναι να κερδίσω, να κερδίσω έστω και ένα μικρό ποσό για να έρθω στα ίσια μου. Λίγη τύχη χρειάζομαι για να μην έχω πια σκοτούρες. Στις τρεις τελευταίες ιπποδρομίες έχασα πάρα πολλά χρήματα, μου έχουν μείνει μόνο μερικά χρήματα, και αν ξαναχάσω, είναι βέβαιο ότι θα έχω μεγάλο πρόβλημα. Αισθάνομαι αναστάτωση, φόβο, πανικό, όλα αυτά τα συναισθήματα με περδεύουν και με κυριεύουν, αισθάνομαι φοβερή έξαψη. Είμαι ντροπιασμένος. Τα βλέπω να τρέχουν, το άλογό μου αρχίζει να περνάει μπροστά, θα κερδίσω, το ξέρω ότι θα κερδίσω.....» (Blaszczynski, 2003).

Η προσκόλληση σε μια δραστηριότητα ισχυρής επιθυμίας όπως αυτή που αναφέρεται πιο πάνω, σε βαθμό που το άτομο δυσκολεύεται να την τροποποιήσει παρά το γεγονός ότι του προκαλεί ανεπιθύμητες συνέπειες, είναι σύμφωνα με τον Orford (2001) ένας ευρύτερος ορισμός του εθισμού. Με αυτή την προσέγγιση ο πιο πάνω συγγραφέας προτείνει ότι οι άνθρωποι μπορούν να εκδηλώσουν εθιστικές συμπεριφορές σε ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων όπως η χρήση ναρκωτικών ουσιών, η χρήση αλκοόλ, ο τζόγος, το διαδίκτυο, το φαγητό και το σεξ (Orford, 2001).

Σύμφωνα με τον Banyard (2008) η εξάρτηση είναι τρόπος ζωής που αναπτύσσεται για την αντιμετώπιση του πόνου που προκαλείται σε ένα άτομο από την κοινωνία, αλλά και τον ίδιο τον εαυτό του. Επίσης, η εξάρτηση είναι μια ψυχοπαθολογική κατάσταση που περιλαμβάνει ένα σύνολο από σωματικά, συμπεριφορικά, γνωσιακά και ψυχικά συμπτώματα (Banyard, 2008, Κυριακοπούλου & Γεωργόπουλος, 2007).

Στον τζόγο, όπως και σε κάθε άλλη συμπεριφορά εξάρτησης τα άτομα αναπτύσσουν ένα πλήθος βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών προβλημάτων που συνδέονται άμεσα ή έμμεσα με την ενασχόληση τους αυτή (Hodgins et al., 1999, Blaszczynski, 1998). Τα προβλήματα του τζόγου μπορούν να οριστούν ως η προστριβή ή η δυσκολία σε

οποιοδήποτε τομέα λειτουργίας, που προκύπτει από την ενασχόληση του ατόμου με τα τυχερά παιχνίδια. Συνήθως, τα προβλήματα αυτά προκύπτουν ως αποτέλεσμα διαφωνίας απόψεων σχετικά με τα ποσά που διατίθενται ή το χρόνο που δαπανείται μακριά από την οικογένεια, με την παρουσία οικονομικών δυσκολιών, με την υπερανασχόληση στον τζόγο και άλλες αρνητικές συνέπειες (Shaffer & LaPlante, 2008).

Αυτή η κατάσταση αναμφίβολα είναι παρόμοια και για άλλες ενασχολήσεις ή χόμπι των ατόμων. Το καθοριστικό όμως χαρακτηριστικό του προβληματικού τζογαδόρου σύμφωνα με τους Blaszczynski & Nower, (2002) είναι όχι απλώς η εμφάνιση αρνητικών συνεπειών, αλλά η ύπαρξη υποκειμενικής αίσθησης ανεπαρκούς ελέγχου, η οποία ερμηνεύεται ως μια διαταραγμένη κατάσταση που αποκλίνει από τη φυσιολογική, υγιή συμπεριφορά. Ο ανεπαρκής έλεγχος της συμπεριφοράς ορίζεται από τις επανειλημμένες, ανεπιτυχείς απόπειρες αντίστασης στην ορμή που εμφανίζεται, παρά την ειλικρινή επιθυμία. Γι' αυτό, και αποτελεί το κεντρικό, διαγνωστικό και θεμελιώδες χαρακτηριστικό του παθολογικού τζόγου.

Όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση του παθολογικού τζόγου, ο τρόπος με τον οποίο τα διάφορα θεραπευτικά προγράμματα κατανοούν αυτές τις συμπεριφορές καθορίζει το τι θα κάνουν για να θεραπεύσουν αυτά τα πρότυπα συμπεριφοράς (Sproston et al., 2000). Πολλές φορές οι θεραπευτικές στρατηγικές που θα εφαρμόσουν οι κλινικοί θεραπευτές διαφέρουν ανάλογα με τη θεωρητική τους προσέγγιση. Για παράδειγμα, οι θεραπευτές που αντιμετωπίζουν τον παθολογικό τζόγο με αποκλειστικά βιολογικούς όρους ίσως προτείνουν τη φαρμακοθεραπεία ως την καλύτερη θεραπευτική οδό. Κάποιοι άλλοι, που κατανοούν τη διαταραχή του τζόγου με την έννοια των εσφαλμένων νοητικών διεργασιών, θα υποστηρίξουν ένα συνδυασμό εκπαίδευσης και γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας ως την κατάλληλη μέθοδο θεραπείας (Shaffer & LaPlante, 2008).

Οι απόπειρες να προσδιοριστούν εμπειρικά επικυρωμένες θεραπείες για την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια οδήγησε σε μια συνεχιζόμενη αντιπαράθεση κατά πόσον θα πρέπει να ταξινομούνται οι θεραπευτικές προσεγγίσεις με βάση την αξία, την ποιότητα και την ποσότητα της εμπειρικής έρευνας που υποστηρίζει τη χρήση τους (Shaffer & LaPlante, 2008). Οι Chambless & Ollendick (2001) υποστηρίζουν ότι χωρίς εμπειρική διερεύνηση είναι αδύνατο να γίνει γνωστή η δραστηριότητα των θεραπειών.

Από την άλλη, πολλοί διατείνονται ότι η εμπειρική επικύρωση της θεραπείας θα έχει ως αποτέλεσμα πρακτικά ανεφάρμοστες προτάσεις, που μπορεί να αξιοποιηθούν από τις ασφαλιστικές εταιρείες για να περιορίσουν την παροχή περίθαλψης (Blaszczynski & Nower, 2002). Οι περισσότεροι ερευνητές του θέματος υποστηρίζουν ότι τα επιχειρήματα και των δύο πλευρών είναι βάσιμα, άλλα εστιάζουν και προχωρούν με μικρά και σταθερά βήματα προς την εμπειρική επαλήθευση των θεραπειών για τη παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια (Shaffer & LaPlante, 2008).

Η συζήτηση για την αξιολόγηση των θεραπευτικών προγραμμάτων απεξάρτησης όλο και περισσότερο δηλώνει την ανάγκη εφαρμογής ερευνητικών σχεδίων που θα προσδιορίζουν με σαφήνεια την αποτελεσματικότητά τους (Ιατρίδης & Παπαναστασάτος 2002). Στη βάση της άποψης αυτής στηρίζεται και ο σκοπός της παρούσας εργασίας όπου μέσα από την θεραπευτική πορεία και τις αλλαγές τις οποίες τα εξαρτημένα άτομα παρουσίασαν μετά από την θεραπευτική παρέμβαση θα αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του προγράμματος απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια του Κέντρου Πολλαπλής Παρέμβασης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

1.2. Σημασία και Αναγκαιότητα της μελέτης

Στον τομέα της αντιμετώπισης της εξάρτησης, οι διαδικασίες αξιολόγησης και αποτίμησης ως εργαλεία ελέγχου και ανάπτυξης των θεραπευτικών προγραμμάτων, κρίνονται αναγκαία για τη διαμόρφωση εστιασμένης πολιτικής, για το σχεδιασμό παρεμβάσεων, για την δημιουργία συγκρίσιμων δεικτών ως προς την αποτελεσματικότητα των εφαρμοζόμενων πολιτικών, την ορθολογιστική κατανομή των πόρων και κυρίως την καλύτερη αντιμετώπιση του φαινομένου της εξάρτησης (Weill et al., 1999). Τόσο στην Αμερική όσο και σε αρκετές ευρωπαϊκές χώρες το θέμα της αποτελεσματικότητας της θεραπείας της εξάρτησης και συγκεκριμένα η αξιολόγηση και η αποτίμηση των παρεχόμενων υπηρεσιών έχουν ενταθεί την τελευταία δεκαετία και έχουν συμβάλει στην διαμόρφωση προτύπων μελέτης και σχεδίων έρευνας σε αυτό το πεδίο (EMCDDA 2000, WHO 1999).

Σε αυτό το πλαίσιο, η υλοποίηση της μελέτης αποτίμησης της αποτελεσματικότητας του προγράμματος απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια του ΚΠΠ, αποτελεί την πρώτη

απόπειρα στη χώρα μας αποτίμησης ενός προγράμματος για την συγκεκριμένη εξάρτηση. Η έννοια της αποτίμησης αναφέρεται στην εξέταση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος (δράση / παρέμβαση), μέσα από ένα σύνολο ενεργειών και πρακτικών που διερευνούν τη σχέση μεταξύ στόχων και αποτελεσμάτων, καθώς και την καταλληλότητα των επιλογών και στρατηγικών σε σχέση με τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και τις ανάγκες του πληθυσμού – στόχου και της συνθήκης του κοινωνικο-πολιτιστικού περιβάλλοντος (Αγραφιώτης 2000).

Τα βασικά ερωτήματα που θέτει η μελέτη είναι σχετικά με τα αποτελέσματα της θεραπείας, την οργάνωση του θεραπευτικού πλαισίου λειτουργίας, το βαθμό ανταπόκρισης στις ανάγκες τις οποίες στοχεύει να καλύψει και με τα δυνατά στοιχεία της παρέμβασης που συμβάλουν στην επιτυχία της θεραπείας. Ο στόχος της αποτίμησης αφορά τη βελτίωση του προγράμματος, τον εντοπισμό επιπτώσεων από την εφαρμογή του, την παροχή τεκμηριωμένης πληροφόρησης στους υπεύθυνους λήψης αποφάσεων ώστε να διευκολυνθούν για να αποδώσουν αξία και ποιότητα στο πρόγραμμα και το σχεδιασμό στρατηγικής, με στόχο τα προσδοκώμενα αποτελέσματα (Πουλόπουλος 2000).

1.3. Σκοπός και στόχοι της μελέτης

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη συμπεριφορά εξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια και πως αυτά επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας. Επιπλέον πως αυτά συμβάλουν στην αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων του προγράμματος απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια.

Οι στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η περιγραφή του θεραπευτικού πλαισίου του προγράμματος και των παρεμβάσεων που χρησιμοποιούνται με στόχο την απεξάρτηση.
2. Η αναζήτηση της σχέσης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην επιλογή ενός ατόμου να ασχοληθεί με τα τυχερά παιχνίδια και η συσχέτιση τους με το βαθμό εξάρτησης.
3. Η πρόβλεψη και ο έλεγχος του φαινομένου της εξάρτησης από τον τζόγο μετά την εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης.

4. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας καθώς και της εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου SOGS στη βάση των Κυπριακών δεδομένων.

1.4. Ερευνητική υπόθεση – Αναμενόμενα αποτελέσματα

Αναμένεται ότι μετά τη θεραπευτική παρέμβαση τουλάχιστο έξι μηνών θα υπάρχουν θετικές αλλαγές στη ζωή των εξαρτημένων ατόμων από τα τυχερά παιχνίδια. Η θεραπεία στο ΚΠΠ για την εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια ίσως να συμβάλλει στην ταυτόχρονη αντιμετώπιση της εξάρτησης και των δυσμενών συνεπειών της. Ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία αναμένεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την επίτευξη των στόχων της θεραπείας απεξάρτησης και η διατήρηση επαφής με το θεραπευτικό πλαίσιο να σχετίζεται με θετικά αποτελέσματα, μακροχρόνια. Η φιλοσοφία του προγράμματος η οποία στηρίζεται στην πλήρη αποχή αναμένεται να συμβάλει θετικά στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος καθώς και το γνωσιακό- συμπεριφορικό θεραπευτικό μοντέλο που ακολουθείται, με σημαντικό ρόλο να έχουν οι παρεμβάσεις κινητοποίησης, πρόληψης υποτροπής και ομαδικής θεραπείας.

Όσον αφορά στις μεταβλητές των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων (όπως σωματικά συμπτώματα, άγχος και θυμό) των διαπροσωπικών σχέσεων, της κατάθλιψης, της αδράνειας-αδιαφορίας αλλά και της απόγνωσης-απελπισίας αναμένεται να συσχετίζεται θετικά με τον εθισμό στον τζόγο. Επίσης υποθέτουμε ότι ο μεγαλύτερος χρόνος ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια είναι αρνητικός παράγοντας στην έκβαση της θεραπείας. Όσον αφορά στα δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ανδρικό φύλο αναμένεται να ασχολείται σε μεγαλύτερο βαθμό με τα τυχερά παιχνίδια, και να προσεγγίζει ευκολότερα το θεραπευτικό πρόγραμμα. Οι ηλικίες μεταξύ 30-40 ετών αναμένεται να παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη ζήτηση για θεραπεία. Τα εξαρτημένα άτομα που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα και συνεχίζουν τη θεραπεία τους πέραν των 6 μηνών αναμένεται να έχουν θετικά αποτελέσματα όσον αφορά την πορεία της απεξάρτησης τους. Τέλος η συμμετοχή συμμάχου στη θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου αναμένεται να συμβάλει στην παραμονή του ατόμου στη θεραπεία για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα την ευκολότερη αντιμετώπιση των συνεπειών του τζόγου και την αποτελεσματικότερη έκβαση στη θεραπεία.

1.5. Διασαφηνίσεις – Διατύπωση κεντρικών εννοιών

Ο τζόγος είναι «η τοποθέτηση οποιουδήποτε είδους αντικειμένου ή παρουσίας, με υλική αξία, σε ένα παιχνίδι ή γεγονός με αβέβαιη έκβαση, όπου ο παράγοντας τύχη, σε διαφορετικό βαθμό κάθε φορά, καθορίζει αυτή την έκβαση» (Blaszczynski, 2003).

Η λέξη τζόγος προέρχεται από την ιταλική λέξη *giuoco* που σημαίνει τυχερό παιχνίδι, και τζογαδόρος είναι ο συστηματικός παίκτης τυχερών παιχνιδιών (Blaszczynski, 2003). Στην παρούσα διατριβή ο όρος τζόγος χρησιμοποιείται με την έννοια που αναφέρεται ο εν λόγω συγγραφέας και οι όροι τζόγος και τυχερά παιχνίδια χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημες έννοιες.

Η ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια μπορεί να οριστεί ως μία αναπτυσσόμενη διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από μία συνεχιζόμενη ή περιοδική απώλεια ελέγχου της συμπεριφοράς. Η ενασχόληση αυτή αποσκοπεί κυρίως στην απόκτηση περισσότερων χρημάτων με τα οποία θα στοιχηματίσει το άτομο (παράλογος τρόπος σκέψης) και συνέχιση της συμπεριφοράς παρόλα τα δυσάρεστα-επιβλαβή αποτελέσματα που επιφέρει (Ratelle et al., 2004).

Παθολογικός τζόγος είναι η επίμονη και επαναλαμβανόμενη δυσπροσάρμοστη συμπεριφορά επένδυσης σε τυχερά παιχνίδια, η οποία χαρακτηρίζεται από την ανικανότητα ελέγχου της και οδηγεί σε σημαντικές επιβλαβείς ψυχοκοινωνικές συνέπειες, προσωπικές, διαπροσωπικές, οικογενειακές, επαγγελματικές, νομικές κ.α. (American Psychological Association, 1999). Το καθοριστικό χαρακτηριστικό του προβληματικού τζογαδόρου είναι όχι απλώς η εμφάνιση αρνητικών συνεπειών, αλλά και η ύπαρξη υποκειμενικής αίσθησης ανεπαρκούς ελέγχου, η οποία ερμηνεύεται ως μια διαταραγμένη ή ασθενής κατάσταση που αποκλίνει από τη φυσιολογική, υγιή συμπεριφορά, δηλαδή οι ανεπιτυχείς απόπειρες αντίστασης στην ορμή που εμφανίζεται, παρά την ειλικρινή επιθυμία όπου αυτό αποτελεί και το κεντρικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό του παθολογικού τζόγου (Blaszczynski (2003).

Είναι χρήσιμο να αναφερθούν οι ποικίλοι όροι που χρησιμοποιούνται συνήθως για την περιγραφή της κατάστασης των ανθρώπων που δεν ελέγχουν πλέον την ενασχόληση τους

με τα τυχερά παιχνίδια. Ένας από τους όρους αυτούς είναι ο «καταναγκαστικός τζόγος» ο οποίος σύμφωνα με τον Blaszczynski (2003), δεν είναι στην πραγματικότητα ακριβής, αφού στην ψυχιατρική ως καταναγκασμός ορίζεται η επίμονη παρόρμηση του ατόμου να πραγματοποιήσει μια συμπεριφορά στην οποία επιθυμεί να αντισταθεί αλλά δεν τα καταφέρνει, γιατί αισθάνεται έντονο άγχος και φόβο ότι θα συμβεί κάτι κακό. Στην περίπτωση των τζογαδόρων δε –συμβαίνει κάτι τέτοιο αφού έχουν ισχυρό κίνητρο να συνεχίσουν να συμπεριφέρονται με τον ίδιο τρόπο, καθώς αποκομίζουν τεράστια συγκίνηση και διέγερση από τον τζόγο.

Όπως αναφέρει ο Blaszczynski, (2003), το 1980 ο Αμερικανός ψυχίατρος Ρόμπεν Κούστερ καθιέρωσε τον όρο «παθολογικός τζόγος». Ο όρος «παθολογικός» είναι ιατρικός και υπαινίσσεται την παρουσία μιας υποβόσκουσας διεργασίας νόσου. Αυτό το ιατρικό μοντέλο δέχτηκε κριτική με βασικό επιχείρημα ότι προσέγγιζε μια κοινωνική συμπεριφορά με βάση μια αδικαιολόγητη ιατρική θεώρηση. Αργότερα ο Τζον Ρόσενκρανς μαζί με άλλους γιατρούς υποστήριξαν ότι η «παθολογική» ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια δεν είναι ασθένεια αλλά μια συμπεριφορά που εκτείνεται σε ένα συνεχές όπου στο ένα άκρο χαρακτηρίζεται ως κοινωνική και περιοδική και στο άλλο άκρο ως πολύ συχνή και υπερβολική. Για να απομακρυνθούν από τον ιατρικό όρο, πολλοί επαγγελματίες της υγείας προτίμησαν ένα ουδέτερο όρο «προβληματικός» τζόγος. Ο όρος «προβληματικός» όμως χρησιμοποιείται για μια ευρύτερη ομάδα ανθρώπων οι οποίοι εμφανίζουν ορισμένα αλλά όχι όλα τα σημάδια μια συμπεριφοράς απώλειας ελέγχου (Blaszczynski, 2003).

Σε όλους αυτούς τους όρους υπάρχουν περιορισμοί και μέχρι σήμερα δεν υπάρχει ένας κοινός όρος αποδεκτός από όλους τους επαγγελματίες υγείας, με αποτέλεσμα να εμφανίζεται σε διάφορες μελέτες αλλά και θεραπευτικά προγράμματα κάποιος από τους πιο πάνω όρους. Στην παρούσα μελέτη θα χρησιμοποιείται ο όρος «παθολογικός τζόγος» ή και «παθολογικός παίκτης» ή και «παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια» όροι οι οποίοι χρησιμοποιούνται στις περισσότερες μελέτες στην βιβλιογραφία.

Κατά το DSM IV, η παθολογική εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια, ταξινομείται στην ομάδα των διαταραχών του ελέγχου των παρορμήσεων, που χαρακτηρίζεται από την αδυναμία του ατόμου να αντισταθεί στην παρόρμηση του να κάνει κάποια πράξη που είναι βλαβερή για τον ίδιο ή για τους άλλους. Στις περισσότερες περιπτώσεις το άτομο

νιώθει μια αυξημένη ένταση ή διέγερση πριν κάνει την πράξη και κατά την εκτέλεση της νιώθει ευχαρίστηση, ικανοποίηση και ανακούφιση (Μάνος, 1997).

Επιπλέον, είναι απαραίτητο το άτομο να εμφανίζει τουλάχιστον πέντε ή περισσότερα από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

1. Έντονη ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια (π.χ. ενασχόληση με το να αναβιώνει παλιές εμπειρίες σχετιζόμενες με αυτά, να παρεμποδίζει ή να προγραμματίζει το επόμενο εγχείρημα),
2. Ανάγκη να παίζει με συνεχώς αυξανόμενα ποσά χρημάτων για να επιτύχει την επιθυμητή συγκίνηση,
3. Επανελημμένες ανεπιτυχείς προσπάθειες να ελέγξει, να ελαττώσει ή να διακόψει την ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια,
4. Ανήσυχο ή ευερέθιστο όταν επιχειρεί να ελαττώσει ή να διακόψει την ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια,
5. Παίζει σαν να είναι ένας τρόπος να ξεφύγει από τα προβλήματα του ή να ανακουφιστεί από μια δυσφορική διάθεση (π.χ. συναισθήματα ανημπορίας, ενοχών, άγχους, κατάθλιψης),
6. Αφού χάσει χρήματα στο παιχνίδι, συχνά επιστρέφει μίαν άλλη μέρα να ξανακερδίσει τα χαμένα (κινήγημα των χαμένων),
7. Λέει ψέματα στα μέλη της οικογένειάς του, στον θεραπευτή του, σε άλλους για να αποκρύψει την έκταση της εμπλοκής του σε τυχερά παιχνίδια,
8. Κάνει παρανομίες, όπως πλαστογραφία, απάτη, κλοπή ή κατάχρηση για να χρηματοδοτήσει τα παιχνίδια,
9. Θέτει σε κίνδυνο ή έχει χάσει μια σημαντική σχέση, εργασία ή εκπαιδευτική ευκαιρία ή ευκαιρία να κάνει καριέρα εξαιτίας των τυχερών παιχνιδιών,
10. Αποτείνεται στους άλλους να του δώσουν χρήματα για να ανακουφίσει μια απελπιστική οικονομική κατάσταση που προκλήθηκε από την ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια.

Σύμφωνα με το DSM IV, η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια αρχίζει νωρίς στην εφηβεία στους άντρες και αργότερα στις γυναίκες. Συνήθως τα άτομα παίζουν για καιρό με κοινωνικά αποδεκτό τρόπο και ξαφνικά με αφορμή κάποιο στρες ή μεγαλύτερη έκθεση στο παίξιμο αρχίζει η διαταραχή, η οποία συνήθως είναι χρόνια και εντονότερη σε περιόδους στρες ή κατάθλιψης. Αν και η αιτιολογία της διαταραχής είναι άγνωστη μελέτες σε οικογένειες έχουν δείξει ότι η παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια

και η εξάρτηση από αλκοόλ είναι πιο συχνές σε άτομα με γονείς η οποίοι είχαν πρόβλημα παθολογικού τζόγου (Μάνος, 1997). Όσον αφορά περισσότερες πληροφορίες σχετικές με την αιτιολογία της διαταραχής του τζόγου θα αναφερθούν στη συνέχεια σε υποκεφάλαιο της βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Όπως αναφέρει ο Blaszczynski (2003), υπάρχουν τέσσερις κύριες κατηγορίες νόμιμου τζόγου οι οποίες είναι το ποντάρισμα, το στοίχημα, η λοταρία και η επένδυση. Είναι χρήσιμο για σκοπούς κατανόησης των συγκεκριμένων όρων στο σημείο αυτό να διευκρινιστούν. Το ποντάρισμα αφορά την ανταλλαγή χρημάτων με βάση το αποτέλεσμα ενός παιχνιδιού. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται τα χαρτιά, ο κουλοχέρης, τα ηλεκτρονικά μηχανήματα πόκερ, άλλα μηχανήματα που λειτουργούν με κέρματα, το στρίψιμο του κέρματος και τα παιχνίδια στο καζίνο, όπως η ρουλέτα και το μπακαρά. Το στοίχημα αφορά την τοποθέτηση χρημάτων στο αποτέλεσμα ενός γεγονότος που πρόκειται να συμβεί. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται οι ιπποδρομίες, οι κυνοδρομίες, άλλα αθλητικά γεγονότα και οι εκλογές. Η λοταρία αφορά τη διανομή χρημάτων με βάση λαχνούς ή αριθμούς και περιλαμβάνει, το λόττο, το τζόκερ, το πρότο, το κίνο, τα λαχεία και τους λαχνούς. Η επένδυση αφορά την τοποθέτηση χρημάτων σε επιχειρήσεις, ασφάλειες και χρηματιστήρια.

Επίσης έχει αποδειχθεί ότι τα είδη του τζόγου που οδηγούν άμεσα σε απώλεια ελέγχου της συμπεριφοράς του ατόμου προς αυτά έχουν δύο κοινά χαρακτηριστικά. Πρώτο προσφέρουν την ευκαιρία για τοποθέτηση μεγάλου στοιχήματος όπως στις ιπποδρομίες ή το καζίνο και δεύτερο προσφέρουν την ευκαιρία για συχνή τοποθέτηση μικρών στοιχημάτων σε σχετικά σύντομο χρόνο όπως κουλοχέρηδες και άλλες ηλεκτρονικές μηχανές, όπου το διάστημα ανάμεσα στα παιχνίδια μπορεί να είναι μικρότερο από είκοσι δευτερόλεπτα (Blaszczynski, 2003).

Ο Περί Στοιχημάτων Νόμος του 2012 [N. 106 (I) 2012] της Κυπριακής Δημοκρατίας, περιλαμβάνει επίσης κάποιους σημαντικούς ορισμούς οι οποίοι κρίνεται χρήσιμο να παρατεθούν στην παρούσα μελέτη:

«Ηλεκτρονικό στοίχημα» σημαίνει στοίχημα το οποίο διεξάγεται μέσω τηλεπικοινωνιών,

«κέρδη» σημαίνει χρηματικό έπαθλο από στοίχημα,

«παιγνιομηχάνημα περιορισμένου οφέλους» (slot machine) σημαίνει οποιαδήποτε μηχανική, ηλεκτρική ή άλλη συσκευή, επινόηση ή μηχανήμα, το οποίο είτε με την εισδοχή

νομίσματος, χαρτονομίσματος, φίσιας (token) ή παρόμοιου αντικείμενου, είτε με οποιαδήποτε άλλη μορφή πληρωμής, παρέχει τη δυνατότητα στο χρήστη να το θέσει σε λειτουργία ή να παίξει τυχερό παιχνίδι, με αποτέλεσμα τη δυνατότητα απόδοσης μετρητών ή αντικειμένων αξίας ή βραβείων ή μονάδων πίστωσης ή φίσιας (token) ή οτιδήποτε άλλο στο οποίο αποδίδεται οικονομική αξία, ανεξαρτήτως αν η απόδοση των πιο πάνω γίνεται αυτόματα από τη συσκευή, επινόμενη ή μηχανήματα ή με οποιοδήποτε άλλο τρόπο και περιλαμβάνει τις ακόλουθες μηχανές:

(α) πόκερ ή άλλου παρόμοιου παιχνιδιού με τραπουλόχαρτα ή άλλες παραλλαγές ή παραστάσεις,

(β) ιπποδρομιών ή μηχανές με αγώνες δρόμου ή ταχύτητας, όπως σκύλων, αυτοκινήτων ή άλλων,

(γ) που είναι γνωστές ως «μηχανές με φρουτάκια» ή με παρόμοιες ή άλλες παραστάσεις ή σχήματα ή αριθμούς ή γράμματα ή χρώματα,

(δ) 'μπίγκο' (bingo), ανεξάρτητα από οποιαδήποτε προσαρμογή ή προσθήκη που τείνει να τις εξομοιώσει με άλλο τύπο μηχανής,

(ε) που έχουν τη δυνατότητα μηδενισμού οποιουδήποτε αποτελέσματος ή ένδειξης και μεταφοράς των πληροφοριών αυτών σε μνήμη, είτε από το χειριστή είτε από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο,

(στ) οποιαδήποτε άλλη μηχανή τυχερού παιχνιδιού η οποία, κατά την κρίση της Αρχής, εμπίπτει στην έννοια του όρου παιχνιομηχάνημα περιορισμένου οφέλους,

(ζ) οποιοδήποτε εξάρτημα ή προσάρτημα ηλεκτρονικού υπολογιστή το οποίο μπορεί να εφαρμοστεί και να λειτουργήσει μέσω συσκευής οθόνης ως παιχνιομηχάνημα περιορισμένου οφέλους,

«παράνομο στοιχείο» σημαίνει το στοιχείο που διενεργείται κατά παράβαση των διατάξεων του παρόντος Νόμου ή κάθε άλλο στοιχείο που απαγορεύεται ρητά από τις διατάξεις αυτού,

«στοίχημα» σημαίνει οποιοδήποτε είδος στοιχήματος διενεργείται επί αθλητικών ή άλλων γεγονότων από αριθμό φυσικών προσώπων που συμμετέχουν σε αυτό, υπό τον όρο ότι, τα

κέρδη κάθε παίκτη καθορίζονται από το πρόσωπο που διοργανώνει το στοίχημα, πριν ή κατά το χρόνο διενέργειάς του, με αναφορά, τόσο στο ποσό που ο κάθε παίκτης κατέβαλε για τη συμμετοχή του στο στοίχημα, όσο και στην καθορισμένη τιμή απόδοσης του συγκεκριμένου στοιχήματος και το οποίο διεξάγεται κατόπιν άδειας στοιχήματος ως προβλέπεται στον Νόμο,

«τιμή απόδοσης» σημαίνει την αναλογία μεταξύ της κάθε χρηματικής μονάδας που καταβάλλεται από το κάθε πρόσωπο που συμμετέχει στο στοίχημα και του αντίστοιχου κέρδους που αναλογεί σε αυτή,

«τυχερά παιχνίδια καζίνο παρεχόμενα με απευθείας σύνδεση» (on line καζίνο) σημαίνει τυχερά παιχνίδια καζίνο στα οποία η απευθείας σύνδεση δύναται να εξασφαλιστεί είτε (α) με τερματικές μηχανές διασυνδεδεμένες με κεντρικό μηχανογραφικό σύστημα, είτε (β) με ηλεκτρονικούς υπολογιστές μέσω τηλεπικοινωνιών ή και με οποιαδήποτε άλλη συσκευή η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για μια τέτοια σύνδεση και περιλαμβάνει μεταξύ άλλων διαδικτυακή (on line) ρουλέτα, διαδικτυακό (on line) πόκερ και παιγνιομηχανήματα περιορισμένου οφέλους και

«τυχερό παιχνίδι» σημαίνει παιχνίδι του οποίου το αποτέλεσμα εξαρτάται τουλάχιστον εν μέρει από την τύχη και το οποίο παίζεται είτε με την καταβολή χρημάτων ή κινητής ή ακίνητης περιουσίας, είτε με πίστωση, είτε με οτιδήποτε άλλο αντικείμενο που έχει οικονομική αξία ανεξαρτήτως αν αυτό αποδίδει στον παίκτη οικονομικό όφελος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

2.1. Ιστορική Αναδρομή

Από αρχαιότατων χρόνων οι έννοιες της τύχης και της τυχαιότητας ήταν συνυφασμένες με αυτήν της μοίρας. Οι προχριστιανικοί λαοί κατά μήκος της Μεσογείου έριχναν ζάρια για να καθορίσουν τη μοίρα, πρακτική που εξελίχθηκε σε τυχερά παιχνίδια (Griffiths, 1997). Από την εποχή του αρχαίου αιγυπτιακού πολιτισμού, 4 000 χρόνια πριν από τη γέννηση του Χριστού, οι άνθρωποι φαίνεται να ασχολούνταν με τα τυχερά παιχνίδια. Σύμφωνα με αρχαιολογικά ευρήματα οι Ετρούσκοι και οι Ρωμαίοι χρησιμοποιούσαν το εξάπλευρο ζάρι γύρω στο 900 π.Χ. Επίσης οι Έλληνες και οι Ρωμαίοι στρατιώτες όταν δεν είχαν δουλειά, στοιχημάτιζαν με πάθος στους αριθμημένους τροχούς των αρμάτων, όπου αυτό το παιχνίδι ήταν ο πρόδρομος της ρουλέτας, η οποία τελειοποιήθηκε από το Γάλλο μαθηματικό Μπλεζ Πασκάλ και πρωτοεμφανίστηκε στην Αγγλία το 1739. Στην Αμερική εισήχθη κατά το 19^ο αιώνα και στην Αυστραλία το 1973 (Blaszczynski, 2003).

Οι Κινέζοι ήταν οι πρώτοι που άρχισαν να παίζουν χαρτιά κατά το 12^ο αιώνα. Αυτή η συνήθεια πέρασε στην Ευρώπη μέσω της Ισπανίας περίπου στα τέλη του 14^{ου} αιώνα. Στην πρώιμη ρωμαϊκή περίοδο λειτουργούν λοταρίες οι οποίες αποτέλεσαν ένα δημοφιλή τρόπο συγκέντρωσης χρημάτων για δημόσια έργα. Η βασίλισσα Ελισάβετ Α΄ χρησιμοποίησε τις λοταρίες για πρώτη φορά στην Αγγλία το 1569, προκειμένου να χρηματοδοτήσει δημόσια έργα και να στηρίξει οικονομικά τους φτωχούς (Eadington, 1976).

Μερικές χιλιάδες χρόνια πριν την εμφάνιση του χριστιανισμού χρονολογούνται οι ιπποδρομίες. Ο Οβίδιος και ο Ηρόδοτος ανήκαν στους πρώιμους συγγραφείς των ιπποδρομιών. Αν και οι δημόσιες ιπποδρομίες ήταν ένα συνηθισμένο γεγονός για το Λονδίνο του 11^{ου} αιώνα, οι ιπποδρομίες με καθαρόαιμα άλογα προέκυψαν από το ενδιαφέρον του βασιλιά Ερρίκου Η΄ (1509-47) για την εκτροφή αλόγων. Αν και το άθλημα αυτό εξαπλώθηκε σε ολόκληρη τη χώρα από τότε, οι κανόνες του θεσπίστηκαν

μετά την ίδρυση της Λέσχης Αναβατών Newmarket το 1750 (Griffiths, 1997). Ο κουλοχέρης, ή αλλιώς «φρουτάκια», ήταν η ανακάλυψη του αμερικανού Τσαρλς Φρέι το 1895. Σύντομα το παιχνίδι έγινε ιδιαίτερα δημοφιλές επειδή ήταν ένα από τα πιο κερδοφόρα. Όπως αναφέρεται, δεν έχει ανακαλυφθεί κανένα άλλο μηχάνημα που να αποφέρει τόσο εντυπωσιακά κέρδη με τόσο μικρό ποσό εκκίνησης και τόσο λίγη προσπάθεια (Blaszczynski, 2003, Eadington, 1976).

Οι κοινωνιολογικές και οι ανθρωπολογικές έρευνες έχουν καταδείξει ότι η ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια είναι ένα ανθρώπινο φαινόμενο, το οποίο συναντάται σχεδόν σε όλες τις φυλές και τους πολιτισμούς στη διάρκεια της ιστορίας. Μοναδική εξαίρεση αποτελούν ορισμένες κοινωνίες ιθαγενών στην Αμερική και την Αυστραλία, όπου ο πλούτος ανήκει στην κοινότητα και όχι σε μεμονωμένα άτομα. Από τις πρώτες δεκαετίες του 20ού αιώνα στις δυτικές κοινωνίες οι κοινωνικοπολιτικές δυνάμεις επέφεραν μεγάλη αλλαγή στις στάσεις απέναντι στον τζόγο. Με αποτέλεσμα από τη δεκαετία του 1970 ένα ευρύ κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό δίκτυο υποστηρίζει ιδιαίτερα έντονα τον τζόγο ως νόμιμη μορφή δημόσιας δραστηριότητας κατά τον ελεύθερο χρόνο (Blaszczynski, 2003).

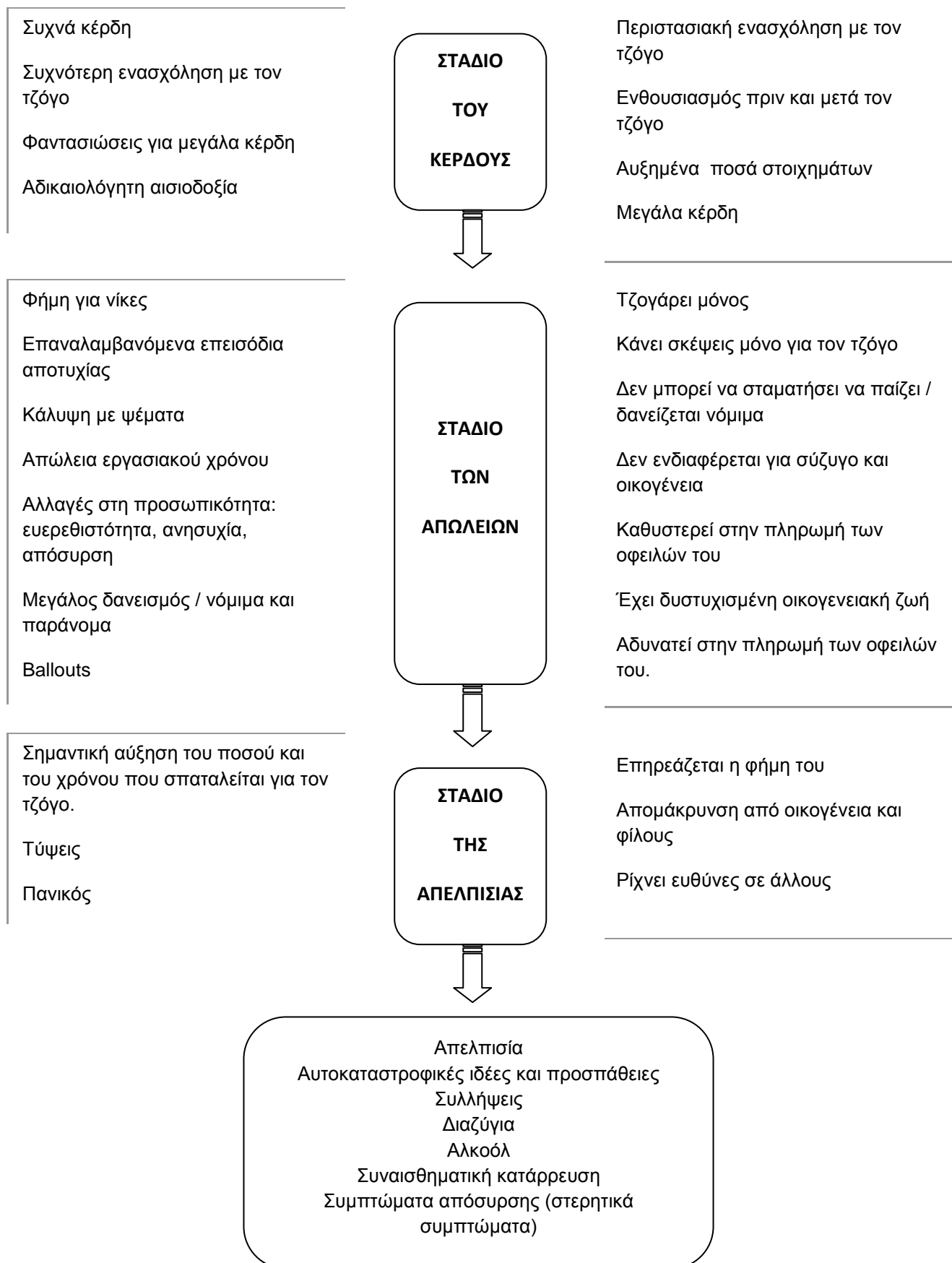
2.2. Ανάπτυξη του προβλήματος του Τζόγου

Το πρόβλημα που προκαλεί ο τζόγος συνήθως εκδηλώνεται σταδιακά κατά τη διάρκεια μιας χρονικής περιόδου και είναι δύσκολο να εξακριβώσει κανείς πότε ακριβώς έχει χάσει το άτομο τον έλεγχο (Blaszczynski, 2003). Τα κυριότερα στοιχεία τα οποία προσδιορίζουν την απώλεια του ελέγχου ενός ατόμου που ασχολείται με τυχερά παιχνίδια είναι όταν η οικονομική του κατάσταση επιδεινώνεται σταθερά και προοδευτικά, όταν αισθάνεται την ανάγκη να ξοδεύει περισσότερο χρόνο και χρήμα στον τζόγο και να λείπει ψέματα να καλύψει τη συμπεριφορά του (Steel & Blaszczynski, 1998). Ακόμα και τότε όμως υπάρχει άρνηση του προβλήματος από το ίδιο το άτομο και μόνο μια σοβαρή κρίση ή όταν οι άλλοι εκφράσουν παράπονα για τη συμπεριφορά του μπορεί να προβληματιστεί για το τι του συμβαίνει (Blaszczynski, 2003). Η παρόρμηση για τον τζόγο είναι μερικές φορές τόσο επίμονη και υπερβολική ώστε να αποτελεί ανυπέρβλητο εμπόδιο για πολλές πτυχές όχι μόνο της ζωής του παίκτη αλλά και της ζωής της οικογένειάς του

(Blaszczynski & Nower, 2002). Ο Ντοστογιέφσκι (1990) περιγράφει αυτή την παρόρμηση ως εξής: «είχε παραδοθεί στην τρομακτική του μανία για τα τυχερά παιχνίδια, η οποία καταργούσε κάθε αίσθηση ηθικής ευθύνης τόσο καταλυτικά σαν να επρόκειτο για αλκοολικό».

Όλη αυτή η συμπεριφορά δεν μπορεί να μην έχει σοβαρές επιπτώσεις στον παίχτη τυχερών παιχνιδιών. Όπως υποστηρίζουν ερευνητές του θέματος Crockford & el-Guebaly, (1998), Viets & Miller (1997), ψυχολογικά συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους κυριαρχούν πλέον στη ζωή του εξαρτημένου παίχτη. Έντονο στρες λόγω των οικονομικών υποχρεώσεων το οποίο τον οδηγεί πολλές φορές σε παραπτωματικές πράξεις προκειμένου να ξεπληρώσει τα χρέη του και να συνεχίσει να παίζει. Η εύθραυστη συναισθηματική του κατάσταση επιβαρύνεται από το φόβο ότι θα αποκαλυφθεί και θα υποστεί συνέπειες, με αποτέλεσμα να αποσύρεται από τις κοινωνικές και οικογενειακές δραστηριότητες. Αυτή η συναισθηματική δίνη μειώνει το βαθμό συγκέντρωσης και την ικανότητα του να αποδίδει στην εργασία του. Σε κάποιες περιπτώσεις οι ενοχές και οι τύψεις, το άγχος και ο φόβος της αποκάλυψης σε συνδυασμό με την επακόλουθη έντονη αμηχανία και την ταπείνωση στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον εξωθούν τον παίχτη σε απόπειρα αυτοκτονίας (Shaffer & LaPlante, 2008).

Στο πιο κάτω σχεδιάγραμμα παρουσιάζεται η πορεία ανάπτυξης της παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια όπως αυτή διαπερνά μέσα από το στάδιο του κέρδους, το στάδιο των απωλειών, το στάδιο της απελπισίας.



Γραφημα 1. Ανάπτυξη και πορεία της παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια
 Πηγή: Rachlin, 1990

2.3. Παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης παθολογικού τζόγου.

Πολλοί άνθρωποι ασχολούνται με τυχερά παιχνίδια άλλα μόνο ένα ποσοστό χάνει τον έλεγχο και αντιμετωπίζει τα αντίστοιχα προβλήματα. Επομένως, δε διατρέχουν όλοι τον κίνδυνο να αναπτύξουν πρόβλημα παθολογικού τζόγου. Η σχετική έρευνα (Blaszczynski, 2003, Griffiths, 1997, Viets & Miller 1997) έχει καταλήξει σε ορισμένες κατευθυντήριες γραμμές για τον εντοπισμό των ατόμων που μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευάλωτα.

Το εισόδημα είναι ένας παράγοντας κινδύνου καθοριστικός για το σημείο εκκίνησης της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια. Τα ερευνητικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι τα άτομα με χαμηλό εισόδημα και οι άνεργοι είναι ευάλωτος πληθυσμός σχετιζόμενος με τον τζόγο. Η ηλικία, το φύλο και το είδος του τυχερού παιχνιδιού αποτελούν επίσης παράγοντες κινδύνου που αλληλεπιδρούν. Για παράδειγμα οι νεαροί άνδρες ηλικίας 16 έως 30 ετών που παίζουν κουλοχέρη και ποντάρουν στις ιπποδρομίες αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο σε σύγκριση με τους συνομήλικους τους που αγοράζουν σε εβδομαδιαία βάση λαχεία. Το χαρακτηριστικό που συνδέεται ίσως στενότερα με την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια είναι η παρορμητικότητα. Οι παίκτες που εκδηλώνουν παρορμητικότητα εμφανίζουν την τάση να αρχίζουν να παίζουν σε πρωιμότερη ηλικία, να ξοδεύουν περισσότερα χρήματα στα παιχνίδια και να αντιμετωπίζουν μεγαλύτερες οικονομικές δυσκολίες. Παρουσιάζουν επίσης μεγαλύτερες διαταραχές σε άλλους τομείς της ζωής τους. Σημαντικό είναι επίσης ότι η αναζήτηση διέγερσης μέσα από διάφορες μελέτες δε συνδέεται με τον τζόγο, Αντίθετα τα αποτελέσματα έχουν δείξει επανειλημμένα ότι η ομάδα των παθολογικών παικτών επιτυγχάνει χαμηλότερη βαθμολογία σε παρόμοιες μετρήσεις συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Blaszczynski, 2003, Griffiths, 1997, Viets & Miller 1997).

Με βάση τους διάφορους παράγοντες κινδύνου ανάπτυξης παθολογικού τζόγου οι Blaszczynski & Nower (2002), αναφέρουν τρεις κατηγορίες κατάταξης των τζογαδόρων:

Προβληματικοί Τζογαδόροι Εξαρτημένης Συμπεριφοράς: Είναι άτομα που κατατάσσονται μεταξύ κανονικού και εντατικού τζόγου που οφείλεται σε επιδράσεις των συνθηκών, των διαστρεβλωμένων γνώσεων σχετικά με την πιθανότητα νίκης ή μιας

σειράς κακών κρίσεων και αποφάσεων, και όχι εξαιτίας του ανεπαρκούς ελέγχου της συμπεριφοράς. Οι συγκεκριμένοι τζογαδόροι παίζουν αρχικά για διασκέδαση ή κοινωνικοποίηση και αισθάνονται ενθουσιασμένοι από την πρόσβαση και τη διαθεσιμότητα παιχνιδιών.

Συναισθηματικά Ευάλωτοι προβληματικοί Τζογαδόροι: Είναι άτομα που παρουσιάζουν προ-νοσηρό άγχος ή και κατάθλιψη, ιστορικό κακών δεξιοτήτων αντιμετώπισης και επίλυσης προβλημάτων, αρνητικές οικογενειακές εμπειρίες, αρνητικές αναπτυξιακές μεταβλητές και αρνητικές καταστάσεις ζωής. Αυτοί οι παράγοντες συμβάλουν ο καθένας ξεχωριστά και αθροιστικά παράγουν ένα συναισθηματικά ευάλωτο άτομο του οποίου η συμμετοχή στον τζόγο ωθείται από την επιθυμία του να ρυθμίσει τις συναισθηματικές του καταστάσεις και να ικανοποιήσει συγκεκριμένες ψυχολογικές ανάγκες του.

Αντικοινωνικά Παρορμητικοί προβληματικοί τζογαδόροι: Είναι άτομα κυρίως με διαταραχή προσωπικότητας, ψυχοκοινωνικά και βιολογικά ευάλωτα, με έντονα χαρακτηριστικά παρορμητισμού και διαταραχής αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Οι τζογαδόροι αυτής της κατηγορίας εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα τζόγου, παρορμητισμό, αναζήτηση συγκινήσεων και περιπέτειας, έλλειψη αναστολών και ευαισθησία στην πλήξη (Blaszczynski & Nower (2002).

2.4. Χαρακτηριστικά της παθολογικής ενασχόλησης με τον τζόγο.

Όταν η επιθυμία για τον τζόγο έχει γίνει ανεξέλεγκτη, συνήθως το άτομο εμφανίζει τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

Πριν από το παιχνίδι:

- i. Απορρόφηση από το παιχνίδι σε τέτοιο σημείο ώστε τίποτα άλλο να μην είναι σημαντικό.
- ii. Φόβος μήπως χάσει κάποια ευκαιρία να κερδίσει.
- iii. Παράλογη βεβαιότητα και φαντασιώσεις ότι θα κερδίσει.

- iv. Διέγερση εξαιτίας της ανυπομονησία να αγοράσει το «μαγικό χαρτάκι» και να αποτυπώσει τα μαγικά νούμερα που θα φέρουν μεγάλα κέρδη. Όνειρα για το πώς θα τα ξοδέψει.
- v. Δυσφορία, θυμός και κλιμακούμενη ένταση αν κάτι τον εμποδίζει να παίξει.

Κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού:

- i. Απόλυτη αφοσίωση στο παιχνίδι.
- ii. Ενθουσιασμός και σωματική διέγερση που πολλές φορές εκδηλώνεται με ταχυκαρδία.
- iii. Παράλογος εσωτερικός μονόλογος.
- iv. Εμφάνιση προληπτικής συμπεριφοράς προκειμένου να αυξήσει την πιθανότητα να κερδίσει.

Όταν κερδίζει:

- i. Ανακούφιση και ανυπομονησία για το επόμενο παιχνίδι.
- ii. Εμπιστοσύνη στον εαυτό του γιατί απέδειξε ότι ήταν η «τυχερή του μέρα».
- iii. Χαρούμενη διάθεση.
- iv. Διογκωμένος εγωισμός.
- v. Αυτοϊκανοποίηση επειδή έχει χρήματα και μπορεί να εντυπωσιάσει τον/την σύντροφο ή τους άλλους.

Όταν χάνει:

- i. Ενοχές και τύψεις.
- ii. Φόβο ότι κάποιος θα τον ανακαλύψει.
- iii. Ανησυχία για τον τρόπο εξασφάλισης χρημάτων ώστε να καλύψει τα καθημερινά του έξοδα.
- iv. Σκέψεις για τα ψέματα που θα πει προκειμένου να αποκρύψει τις πράξεις του.
- v. Θυμός που στρέφεται προς τον εαυτό του.
- vi. Απόφαση να μην παίξει ποτέ ξανά. Παράλληλα συνήθως σκέφτεται πως θα βρει χρήματα για να ξαναπαίξει και να πάρει πίσω όσα έχασε.
- vii. Πολλές φορές κατανάλωση αλκοόλ για να ξεχάσει τα προβλήματα και να ηρεμήσει (Blaszczynski, 2003).

2.5. Θεωρητικά μοντέλα αιτιολόγησης του παθολογικού τζόγου.

Για την αιτιολογία της παθολογικής ενασχόλησης με τυχερά παιχνίδια έχουν προταθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα. Το ψυχαναλυτικό μοντέλο το οποίο στηρίζεται στις θεωρίες του Freud, υποστηρίζει ότι ο αυνανισμός αποτελεί τη πρώτη μορφή εξάρτησης από την οποία προέρχονται και οι υπόλοιπες εξαρτήσεις. Ειδικότερα, ο Freud διατυπώνει ότι η παθολογική εξάρτηση από τυχερά παιχνίδια αποτελεί υποκατάστατο του αυνανισμού, καθώς κατόπιν αυξάνουσας ενασχόλησης με το αντικείμενο, το άτομο βιώνει αισθήματα ντροπής, είτε απέναντι στο πρόσωπο του πατέρα, είτε απέναντι στην οικογένειά του λόγω οικονομικών απωλειών και χρεών (Walker, 1989).

Το ψυχοδυναμικό μοντέλο από την άλλη υποστηρίζει ότι οι εξαρτήσεις αποτελούν καταναγκαστικές νευρώσεις ή παρορμητικές διαταραχές εξαιτίας ενδοψυχικών διαδικασιών οι οποίες σχετίζονται με προσπάθειες να αντιμετωπιστούν άλυτες διαμάχες (Blaszczynski & Nower, 2002).

Οι μαθησιακές θεωρίες υποστηρίζουν ότι οι συμπεριφορές εξάρτησης θεωρούνται ως αποκτημένες συνήθειες οι οποίες μαθαίνονται σύμφωνα με τους κανόνες της μαθησιακής θεωρίας. Ένας από τους κανόνες αυτούς είναι ο κανόνας της κλασικής εξαρτημένης μάθησης κατά την οποία μια συγκεκριμένη αντίδραση πηγάζει από ένα συγκεκριμένο ερέθισμα. Ένας άλλος κανόνας είναι της συντελεστικής μάθησης κατά την οποία μια αντίδραση ή συμπεριφορά διαμορφώνεται με βάση την αρνητική ή θετική ενίσχυση (Ogden, 1996).

Η γνωσιακή προσέγγιση τονίζει το ρόλο των παραπονημένων και παράλογων γνωστικών σχημάτων, αλλά δεν έχει αρκετές εμπειρικές αποδείξεις τεκμηρίωσης ότι τα συγκεκριμένα σχήματα είναι τυχαίας απόδοσης και όχι δευτερεύοντα αποτελέσματα γνωστικής σύγκρουσης (Blaszczynski & Nower, 2002). Επίσης οι θεωρίες για τα ανθρώπινα κίνητρα, βασισμένες στη «διέγερση», δηλαδή στη στάθμιση του συναισθηματικού και σωματικού ερεθισμού, υπονοούν ότι όλοι οι άνθρωποι συμπεριφέρονται έτσι, ώστε να διατηρούν τη διέγερσή τους στο ιδανικό επίπεδο. Ο τζόγος, τους προσφέρει τον κίνδυνο, την παρόρμηση, την ικανοποίηση και ενισχύεται

από την επακόλουθη αύξηση του επιπέδου της διέγερσης. Το άτομο συσχετίζει τη διέγερση με το παιχνίδι και κάθε φορά που παίζει, οι δεσμοί μεταξύ διέγερσης και παιχνιδιού γίνονται ισχυρότεροι με αποτέλεσμα να φτάνει σε επίπεδο εθισμού όπου η αναμονή και μόνο του παιχνιδιού είναι αρκετή για να προκαλέσει διέγερση. Το κέρδος ή το χάσιμο καταλήγουν τελικά, να μην έχουν ιδιαίτερη σημασία για το άτομο (Volberg & Steadman, 1988).

Το βιολογικό κομμάτι του εθισμού στον τζόγο βασίζεται στο φαινόμενο της συναισθηματικής έντασης που εμφανίζεται στη νευροδιαβίβαση του εγκεφάλου τη στιγμή που λαμβάνει το αποτέλεσμα του στοιχήματος ή του πονταρίσματος. Διαταραχές στη ρύθμιση ορισμένων νευροδιαβιβαστών (σεροτονίνη, ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη) που εκκρίνονται από τον ίδιο τον οργανισμό ρυθμίζουν τη διέγερση, τη διάθεση, την παρορμητικότητα και την αντίδραση στην αμοιβή και την τιμωρία. Η ένταση της απόλαυσης, θετική και αρνητική, μεγιστοποιείται τη στιγμή του παιχνιδιού, καθώς σε ελάχιστα δευτερόλεπτα εναλλάσσονται σκέψεις και συναισθήματα σχετικά με την προσδοκία του κέρδους και το φόβο της χασούρας. Αυτή η εναλλαγή είναι συνεχόμενη και πολλαπλή χωρίς το άτομο να μπορεί να τις απομονώσει είτε να τις κατανοήσει καθώς δρουν παραισθητικά. Τα αρνητικά και θετικά συναισθήματα της αναγγελίας του αποτελέσματος (αίσθημα απογοήτευσης ή αίσθημα ικανοποίησης) διαδέχονται την ένταση της αρχικής προσδοκίας του κέρδους. Το φαινόμενο αυτό προκαλεί στο άτομο μια δυναμική κορύφωσης σε συναισθηματικό επίπεδο, η οποία δημιουργεί την ανάγκη για επανάληψη της συμπεριφοράς (Blaszczynski & Nower, 2002).

2.6. Θεραπευτική Αντιμετώπιση παθολογικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια.

Όπως συμβαίνει και με πολλά άλλα συμπεριφορικά πρότυπα στα πλαίσια του εθισμού, υπάρχουν αποδείξεις ότι τα άτομα που εκδηλώνουν διαταραχές συνδεδεμένες με τα τυχερά παιχνίδια έχουν την ικανότητα να αλλάζουν χωρίς τυπική θεραπεία (Shaffer & LaPlante, 2008). Ο Winick (1962) πρώτος περιέγραψε την «παύση λόγω ωρίμανσης» της χρήσης ναρκωτικών. Επίσης οι Cunninghametal, (1995) στην έρευνά τους υποστήριξαν ότι η ανάρρωση από τον εθισμό χωρίς τυπική ή άτυπη θεραπεία είναι συνηθέστερη από ότι

αναμενόταν στο παρελθόν. Επομένως, εάν οι διαταραχές που σχετίζονται με τα τυχερά παιχνίδια είναι παρεμφερείς με τις διαταραχές που άπτονται της χρήσης ουσιών, τότε είναι πιθανό κάποιοι άνθρωποι να αποθεραπεύονται από αυτές χωρίς περίθαλψη.

Δεν μπορούν όλοι όμως, ή δεν πιστεύουν ότι μπορούν να προκαλέσουν αποτελεσματικά τις φυσικές διαδικασίες ανάρρωσης. Συνεπώς, παρότι πολλοί από όσους αλλάζουν αναθεωρούν τη συμπεριφορά τους χωρίς θεραπεία, κάποιοι άλλοι αναζητούν τη θεραπεία και την αποθεραπεία μέσω κλινικών προσεγγίσεων (Cunningham, 1995).

Το περιβάλλον μέσα στο οποίο λαμβάνει χώρα η θεραπεία μπορεί να καθορίσει την ατμόσφαιρα ολόκληρης της παρέμβασης. Το κλινικό περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει την ανάπτυξη της σχέσης θεραπευτή – θεραπευόμενου. Η θεραπεία μπορεί να πραγματοποιηθεί σε τρία διαφορετικά πλαίσια: εσωτερικής νοσηλείας, εξωτερικής νοσηλείας ή κάτι μεταξύ εσωτερικής και εξωτερικής νοσηλείας. Ανάλογα με τη σοβαρότητα της διαταραχής, την προθυμία του θεραπευόμενου αλλά και άλλους παράγοντες, το κάθε άτομο κατευθύνεται σε ανάλογο θεραπευτικό περιβάλλον (Marlatt et al. 1988).

Παράγοντες όπως τα εξω-θεραπευτικά γνωρίσματα που οι εξαρτημένοι φέρνουν μαζί τους στη θεραπεία (π.χ. εκπαίδευση, οικογενειακή υποστήριξη κ.λπ.), οι παράγοντες σχέσης που επιδεικνύει ο θεραπευτής (π.χ. ενσυναίσθηση, ενδιαφέρον, εγκαρδιότητα κ.λπ.) και η ελπίδα, δηλαδή οι προσδοκίες και οι επιδράσεις των εικονικών φαρμάκων που συχνά συνδέονται με την αρχή της θεραπείας, ευθύνονται για σημαντικό μέρος της έκβασης της θεραπείας (Miller, 2000, Hubble et al, 1999, Shaffer & Robbins 1995). Η αναγνώριση αυτών των παραγόντων και της επίδρασης τους στη-θεραπεία ενέχει τη δυναμική για τη μεγιστοποίηση των ωφελειών της θεραπείας (Miller, 2000).

Τα σύγχρονα μοντέλα θεραπείας του τζόγου περιλαμβάνουν μια μεγάλη ποικιλία στρατηγικών (π.χ. ψυχοδυναμική, συμπεριφορική, φαρμακολογική κ.λπ) και περιβάλλοντος (π.χ. εσωτερικής, εξωτερικής νοσηλείας) όπου εμπεριέχουν τρεις υποκειμενικές διαστάσεις: ψυχολογική, κοινωνική και βιολογική (Shaffer & LaPlante, 2008).

Πιο κάτω γίνεται μια σύντομη ανασκόπηση των συνηθέστερων θεραπευτικών στρατηγικών όσον αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης από τον τζόγο.

2.6.1. Προ-θεραπευτική πρόληψη - Βραχεία παρέμβαση

Ερευνητές οι οποίοι ασχολήθηκαν με την προ-θεραπευτική πρόληψη υποστηρίζουν ότι η διαταραχή που σχετίζεται με τον τζόγο είναι ένα πρόβλημα δημόσιας υγείας που απαιτεί προσεγγίσεις αναφορικά με την προσοχή, τη χρηματοδότηση, την έρευνα και την πρόληψη. Διατείνονται ότι για να επιληφθούν αυτού του ζητήματος δημόσιας υγείας, θα πρέπει να υπάρξει αυξημένη συνειδητοποίηση από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και μια εξέταση του προβλήματος από πολλές οπτικές (κοινωνική, βιολογική, οικονομική, ψυχολογική κ.λπ.) (Shaffer et al 2000, Korn & Shaffer, 1999). Παρά το γεγονός ότι τα τυχερά παιχνίδια έχουν γίνει περισσότερο αποδεκτά κοινωνικά και η πρόσβαση σε αυτά είναι ευκολότερη σήμερα, διαπιστώθηκε ότι σύντομες παρεμβάσεις π.χ. ενημερωτικά φυλλάδια, προσφέρουν στα άτομα χρήσιμη πληροφόρηση σχετικά με τα προβλήματα, τους κινδύνους και τους φορείς βοήθειας για τις σχετικές διαταραχές με τον τζόγο (Ladouceur et al, 2000). Το γεγονός αυτό φανερώνει ότι στρατηγικές πρόληψης πριν από τη θεραπεία ενδεχομένως να είναι πολύτιμες για τη βελτίωση της δημόσιας υγείας.

2.6.2. Υποκατάσταση/συμπεριφορική αντικατάσταση.

Η απασχόληση δηλαδή του μυαλού κάποιου με άλλα ενδιαφέροντα όπου θα μπορούσε αυτό να βοηθήσει στη λύτρωση από τις παρορμήσεις που οδηγούν το άτομο στα τυχερά παιχνίδια σε προβληματικό βαθμό. Παρότι οι ερευνητές δεν έχουν ακόμη επιβεβαιώσει εμπειρικά τις θεραπευτικές στρατηγικές αντικατάστασης, η έρευνα από άλλες διαταραχές εθισμού έδειξε θετικά αποτελέσματα π.χ. η μεθαδόνη η οποία έχει χρησιμοποιηθεί επιτυχώς για τον έλεγχο της εξάρτησης από τα οπιοειδή (Shaffer & LaPlante, 2008). Και για τα πρότυπα όμως συμπεριφοράς εθισμού που δεν περιλαμβάνουν την κατανάλωση ψυχοδραστικών ουσιών, η υποκατάσταση με εναλλακτικές σκέψεις και συμπεριφορές έδωσε ενθαρρυντικά δείγματα (Blaszczynski, 1998). Παρόλα τα θετικά μηνύματα όμως η έρευνα δείχνει ότι η σκόπιμη καταστολή των σκέψεων ή των στόχων ενδέχεται να λειτουργήσει αρνητικά προκαλώντας τελικά την πολύ συχνή ενασχόληση του μυαλού του ατόμου με ανεπιθύμητες σκέψεις. Επομένως οι θεραπευτές θα πρέπει να εφαρμόσουν συγκεκριμένες γνωσιακές στρατηγικές με μεγάλη προσοχή, ώστε να αποφευχθεί το

ενδεχόμενο να διεγείρουν από αμέλεια τη συμπεριφορά που προσπαθούν να σταματήσουν (Wenzlaff & Wegner, 2000).

2.6.3. Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία.

Η Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έχει εφαρμοστεί ευρέως σε άτομα με προβλήματα με τον τζόγο, πριν από την εμφάνιση των γνωσιακών – συμπεριφορικών προσεγγίσεων. Σκοπός της προσέγγισης αυτής για τα άτομα που ζητούν θεραπεία από τον τζόγο είναι να τα βοηθήσει να εντρυφήσουν στη συναισθηματική βάση και τη σημασία της συμπεριφοράς τους σχετικά με την ενασχόληση αυτή. Αυτή η θεραπεία ορίζει τη διαταραχή του τζόγου ως μια επαναλαμβανόμενη δραστηριότητα, που υπάρχει για να ικανοποιεί κάποια ανάγκη που κατά βάση παραμένει ασυνείδητη ή είναι ελάχιστα κατανοητή. Η ψυχαναλυτικά κατευθυνόμενη θεραπεία είναι κυρίως μακροχρόνια και ταιριάζει περισσότερο στα άτομα με συνοδές διαταραχές της προσωπικότητας. Παρέχει όμως στρατηγικές και τεχνικές, που μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε σύντομη θεραπεία και να αντικαταστήσουν οποιοδήποτε συγκεκριμένο θεραπευτικό μοντέλο (Rosenthal, 1997, Gustafson, 1995, Shaffer & LaPlante, 2008).

2.6.4. Ψυχοφαρμακολογία.

Πρόσφατα οι ερευνητές άρχισαν να διερευνούν τις δυνητικές βιολογικές συνιστώσες του παθολογικού τζόγου. Προσδιόρισαν ότι γονίδια και συστήματα νευροδιαβιβαστών (π.χ. μονοαμινεργικοί, ντοπαμίνη, σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη) βρέθηκε ότι είναι προγνωστικοί παράγοντες παθολογικής κατάστασης του τζόγου (Grant et al. 2003). Σε έρευνα τους οι Breiter et al (2001) βρήκαν ότι συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου ανταποκρίνονται στο ενδεχόμενο να κερδίσει ή να χάσει κάποιος χρήματα. Η νευροβιολογική έρευνα που έγινε για τη συμπεριφορά αυτή αποκαλύπτει την εμπλοκή της σεροτονίνης, της νοραδρεναλίνης και της νοπαμίνης. Επίσης αυτοί οι νευροδιαβιβαστές έχουν συνδεθεί με την εκδήλωση παρορμήσεων, ενστικτωδών αντιδράσεων, ανάληψης ρίσκου και το εγκεφαλικό σύστημα επιβράβευσης. Εξετάζοντας τέτοιες συνιστώσες οι ερευνητές αναζητούν τρόπους να αξιοποιήσουν τις φαρμακευτικές προσεγγίσεις που θα

είναι ικανές να στοχεύσουν καλύτερα στην αντιμετώπιση του φαινομένου της εξαρτητικής συμπεριφοράς του τζόγου. Προς το παρόν, δεν υπάρχει κανένα συγκεκριμένο εγκεκριμένο πρωτόκολλο φαρμακοθεραπείας για τη θεραπεία της διαταραχής του τζόγου.

2.6.5. Γνωσιακή – Συμπεριφορική Θεραπεία (ΓΣΘ)

Η Γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία (ΓΣΘ) έχει εφαρμοστεί επιτυχώς σε ένα πλήθος ψυχολογικών διαταραχών (π.χ. άγχος, κατάθλιψη, διατροφικές διαταραχές, διαταραχές προσωπικότητας, εξαρτητικές συμπεριφορές κ.λπ.) (Παπακώστας 1994, Kadden 2001, Μπακομήτρου, 2008). Η ΓΣΘ θεραπεία αποτελεί ένα σύγχρονο ψυχοθεραπευτικό μοντέλο που συνδυάζει γνωστικές και συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις οι οποίες στηρίζονται σε τρεις βασικές αρχές: - η γνωστική λειτουργία επηρεάζει τη συμπεριφορά – η γνωστική λειτουργία μπορεί να μεταβληθεί και να ελεγχθεί και οι επιθυμητές αλλαγές στη συμπεριφορά μπορούν να επηρεαστούν από γνωστικές αλλαγές (Μπακομήτρου, 2008). Οι κύριοι λόγοι διάδοσης της ΓΣΘ είναι η βραχύχρονη εφαρμογή της, η δυνατότητα συνεχούς ελέγχου της αποτελεσματικότητας της και το περιορισμένο κόστος της (Persons, 1989, Καλαντζή & Αζίζι, 1995, Χαριλά, 1995).

Οι γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις έχουν μια μακροπρόθεσμη επίδραση στη διατήρηση του ατόμου στη θεραπεία, καθώς και στην αποχή από την συμπεριφορά εξάρτησης. Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην κινητοποιητική συνέντευξη βελτιώνουν το κίνητρο ως προς τον περιορισμό της χρήσης, ιδιαίτερα σε χρήστες που εμφανίζουν αρχικά χαμηλό κίνητρο. Η θεραπεία οικογένειας αποδεικνύεται αποτελεσματική αλλά και οι διάφορες προσεγγίσεις συμβουλευτικής εμφανίζουν μείωση της εξαρτητικής συμπεριφοράς (Τσακλακίδου, 2011).

Η ΓΣΘ έχει τις ρίζες της στην συμπεριφορική θεραπεία. Οι συμπεριφορικές στρατηγικές για τη θεραπεία από τον τζόγο υποθέτουν ότι αυτές οι διαταραχές είναι προϊόν μάθησης και ότι οι αρχές μάθησης μπορούν να εφαρμοστούν για να ενθαρρυνθούν οι αλλαγές που είναι απαραίτητες για να βελτιωθεί η κατάσταση. Συνεπώς, μετά από προσεκτική συμπεριφορική ανάλυση που καθορίζει πού, πότε και πόσο συχνά εκδηλώνονται οι συμπεριφορές του τζόγου, οι θεραπευτές βοηθούν τον παίχτη να καθορίσει το ακριβές συναισθηματικό και κοινωνικό πλαίσιο της ενασχόλησης του με τα τυχερά παιχνίδια, και

ύστερα να διαμορφώσει εναλλακτικές συμπεριφορές, που θα υποκαταστήσουν αυτή την ενασχόληση. Αφού τις προσδιορίσει ή τις μάθει, ο υπό θεραπεία παίχτης μπορεί να εφαρμόσει στην πράξη αυτές τις εναλλακτικές συμπεριφορές σε πραγματικές συνθήκες για να μειώσει την πιθανότητα μιας υποτροπής (Shaffer & LaPlante, 2008).

Στηριζόμενη στην πιο πάνω συμπεριφορική φιλοσοφία η ΓΣΘ διαμορφώθηκε, όσον αφορά την προβληματική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, με βάση το μοντέλο της ΓΣΘ που αναπτύχθηκε για προβλήματα με την χρήση ουσιών (Zilberman & el-Guebaly, 2003). Η ΓΣΘ επιχειρεί να μειώσει τη δυσπροσαρμοστική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια ανασκευάζοντας εσφαλμένες αντιλήψεις σχετικά με την πιθανότητα, τη δεξιότητα και την τύχη, που βοηθούν στη διατήρηση των προβληματικών συμπεριφορών που άπτονται του τζόγου. Για τα τυχερά παιχνίδια αυτή η προσέγγιση υποθέτει ότι η ρίζα της προβληματικής ενασχόλησης με αυτά συνδέεται με λαθεμένες υποθέσεις σχετικά με τις καταστάσεις του τζόγου. Συνεπώς οι θεραπευτικές τεχνικές περιλαμβάνουν γνωσιακή διόρθωση, εκπαίδευση σε κοινωνικές δεξιότητες, εκπαίδευση επίλυσης προβλημάτων, πρόληψη της υποτροπής αλλά και παρεμβάσεις συμμόρφωσης (Ladouceur et al. 2002, Milton et al. 2002).

Στα πλαίσια αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας της, η ΓΝΘ έχει σημειώσει αξιόπιστη μείωση της ενασχόλησης με τον τζόγο, των παρορμήσεων γι' αυτόν και του αριθμού των διαγνωστικών κριτηρίων που πληρούνταν, μετά από 6μηνη και 12μηνη διάρκεια της θεραπευτικής παρέμβασης (Gooding & Tarrier, 2009). Επίσης βρέθηκε ότι οι θεραπευόμενοι διεύρυναν την οπτική τους για την αυτεπάρκεια και τον έλεγχο και ότι όταν τα άτομα εκπαιδεύονταν σχετικά με τα τυχαία γεγονότα (π.χ. τύχη και πιθανότητες) ήταν ικανά να διατηρήσουν τα θεραπευτικά οφέλη για 6 μήνες τουλάχιστον (Ladouceur et al. 2001, 2003).

Η πλειονότητα των θεραπευτικών προσεγγίσεων που περιγράφονται για το πρόβλημα με τα τυχερά παιχνίδια εμπίπτουν στο πλαίσιο μιας ευρείας γνωσιακή-συμπεριφορικής προσέγγιση αν και δεν αποκλείονται προσεγγίσεις όπως ψυχαναλυτική, ψυχοδυναμική, Ανώνυμοι Τζογαδόροι και ομάδες αυτοβοήθειας (Toneatto & Ladouceur, 2003, Ledgerwood & Petry, 2003). Είναι σημαντικό όμως να σημειωθεί ότι τα δεδομένα για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας του εθισμού στα τυχερά παιχνίδια σε σχέση με άλλες διαταραχές εθισμού είναι αραιή (Ledgerwood & Petry, 2003). Πράγματι, ο Orford (2003)

περιέγραψε τη γνώση σχετικά με την θεραπεία του εθισμού στα τυχερά παιχνίδια, να είναι 20-30 χρόνια πίσω από εκείνη της θεραπείας της κατάχρησης ουσιών (Orford, 2008).

Η πολυπαραγοντική φύση της διαταραχής της εξάρτησης επιβάλλει την επιλογή της καταλληλότερης θεραπευτικής προσέγγισης ανάλογα με τις ειδικές συνθήκες, προσωπικές και κοινωνικές, κάθε ατόμου. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την εξάρτηση όπως προαναφέρθηκε, είναι βιολογικοί, ψυχολογικοί, ψυχοκοινωνικοί και συμπεριφορικοί. Αντίστοιχοι θα πρέπει να είναι και οι τομείς με τους οποίους θα ασχοληθεί η θεραπεία (Τσακλακίδου, 2011).

Το Εθνικό Ινστιτούτο της Εξάρτησης από Ναρκωτικά των ΗΠΑ (National Institute of Drug Addiction - NIDA), ύστερα από μακροχρόνια μελέτη του φαινομένου καθώς και των εγκυρότερων σχετικών επιστημονικών δοκιμών, κατέληξε στις παρακάτω Αρχές Αποτελεσματικής Θεραπείας της εξάρτησης (NIDA, 1999):

- i. Δεν υπάρχει μία θεραπεία-«πανάκεια», ίδια για όλα τα άτομα. Η θεραπεία πρέπει να προσφέρεται απρόσκοπτα.
- ii. Η αποτελεσματική θεραπεία ασχολείται με το σύνολο των αναγκών του ατόμου και δεν περιορίζεται μόνο στα συμπτώματα εξάρτησης.
- iii. Το θεραπευτικό πλάνο του κάθε ατόμου προσαρμόζεται και τροποποιείται ανάλογα με τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του στην πορεία της θεραπείας του.
- iv. Η διάρκεια συμμετοχής ενός ατόμου στη θεραπεία είναι σημαντικός παράγοντας επιτυχίας της θεραπευτικής προσπάθειας.
- v. Η θεραπεία από την εξάρτηση απαιτεί μακροχρόνια προσπάθεια και πιθανώς πολλαπλές προσπάθειες μέχρις ότου επιτευχθεί η πλήρης αποχή.
- vi. Η ψυχοκοινωνική υποστήριξη (συμβουλευτική, θεραπεία συμπεριφοράς) κρίνεται απαραίτητη για όλους τους τύπους θεραπευτικών προσεγγίσεων.
- vii. Οι πλέον ενδεδειγμένες θεραπευτικές προσεγγίσεις θεωρούνται η γνωσιακή-συμπεριφοριστική θεραπεία, η συστηματική συντελεστική ενίσχυση και η κινητοποιητική συνέντευξη.

Στη βάση των πιο πάνω κατευθυντήριων Αρχών από το NIDA, (1999) αλλά και της σχετικής βιβλιογραφίας για το θέμα της απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια, το Πρόγραμμα Απεξάρτησης από τα Τυχερά Παιχνίδια των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας

σχεδίασε ένα ολοκληρωμένο θεραπευτικό πλαίσιο το οποίο ξεκίνησε και συνεχίζει την εφαρμογή του από το 2009 μέχρι και σήμερα.

2.7. Θεραπευτικό Πλαίσιο του προγράμματος Απεξάρτησης από τα Τυχερά Παιχνίδια των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας.

Το πρόγραμμα απεξάρτησης από την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά άρχισε τη λειτουργία του το 2009 και εντάσσεται στα προγράμματα του Κέντρου Πολλαπλής Παρέμβασης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας του Υπουργείου Υγείας το οποίο λειτουργεί στη βάση του οδηγού θεραπείας του Αντιναρκωτικού Συμβουλίου Κύπρου. Στελεχώνεται από διεπαγγελματική ομάδα αποτελούμενη από Ειδικούς Ψυχολόγους, Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας και Εργοθεραπευτή.

Απευθύνεται σε άτομα που βρίσκονται στο στάδιο των απωλειών, όπου αυξάνεται ο χρόνος ενασχόλησης με τον τζόγο, αρχίζουν να παίζουν μεγαλύτερα ποσά, υπολειπόμενα στο οικογενειακό και κοινωνικό πλαίσιο και σταδιακά αρχίζουν να χάνουν τον έλεγχο. Επίσης σε άτομα που βρίσκονται στο στάδιο της απελπισίας και έχουν χάσει τον έλεγχο. Ο τζόγος έχει γίνει ρυθμιστής της καθημερινότητας τους με αποτέλεσμα να αδιαφορούν για όλα (οικογένεια, εργασία, κλπ.). Αλλά και σε μέλη της οικογένειας ή και φίλους του ατόμου με προβλήματα τζόγου όπου μέσα από μια ψυχοεκπαιδευτική στρατηγική προσπαθούν να βοηθήσουν το εξαρτημένο άτομο να αναγνωρίσει το πρόβλημα του και να ξεκινήσει προσπάθεια για αλλαγή.

Η θεραπευτική προσέγγιση του προγράμματος στηρίζεται στην βάση του γνωσιοσυμπεριφορικού μοντέλου θεραπείας όπως αυτό αναφέρεται πιο πάνω. Η θεραπευτική διαδικασία στηρίζεται στα στάδια της αλλαγής όπως αυτά περιγράφονται από τους Declemente και Prochaska (1982), (Προπερίσκεψη, Περίσκεψη, Απόφαση, Δράση, Συντήρηση). Η θεωρία των σταδίων της αλλαγής υποστηρίζει ότι η εκτίμηση της

ετοιμότητας ενός παίχτη για αλλαγή και ο καθορισμός του σταδίου αλλαγής του αποτελούν σημαντικά βήματα για τη διαμόρφωση της θεραπευτικής στρατηγικής.

Οι θεραπευόμενοι συναντώνται με το πρόγραμμα μέσω απευθείας δικού τους ή μετά από αίτημα από μέλος του οικογενειακού του περιβάλλοντος, αλλά και μέσω παραπομπών. Στην πρώτη επαφή με το πρόγραμμα γίνεται η αξιολόγηση του αιτήματος μέσω κλινικής συνέντευξης προσωπικό Σύμβουλο και συμπλήρωση των αξιολογητικών εργαλείων. Σε περίπτωση που το άτομο αντιμετωπίζει παθολογικό πρόβλημα ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια καθορίζεται ο απαραίτητος θεραπευτικός σχεδιασμός και ξεκινά η θεραπευτική του πορεία. Στους πρώτους 3 μήνες θεραπείας το άτομο έχει εντατική επαφή με το πρόγραμμα με ατομικές συνεδρίες που στοχεύουν στην κινητοποίηση του για να ξεπεραστεί η αντίσταση στην αλλαγή της συμπεριφοράς του τζόγου. Ταυτόχρονα, προωθείται η εκπαίδευση και η ενθάρρυνση του ατόμου για να ξεκινήσει ένα εύρος νέων συμπεριφορών με βάση την απόκτηση νέας γνώσης, ενόρασης, στάσεων και δεξιοτήτων. Αφού πετύχει τον πιο πάνω στόχο το άτομο προχωρά σε παρεμβάσεις πρόληψης υποτροπής. Προϋπόθεση είναι η εφαρμογή και διατήρηση της πλήρους αποχής από οποιαδήποτε ενασχόληση με οποιαδήποτε τυχερά παιχνίδια καθώς επίσης και χώρους υψηλού κινδύνου.

Η κλινική εστίαση σε αυτό το στάδιο είναι η διατήρηση της αλλαγής και η εκπαίδευση μεθόδων που σχεδιάστηκαν για να αυξάνουν την ικανότητα του ατόμου να προσδιορίζει και να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις υψηλού κινδύνου, που κυρίως δημιουργούν προβλήματα και πυροδοτούν την υποτροπή. Οι καταστάσεις υψηλού κινδύνου περί τζόγου, συμπεριλαμβάνουν συγκεκριμένα περιβάλλοντα (π.χ καζίνο, πρακτορείο στοιχημάτων), ενδοπροσωπική δυσφορία (π.χ. θυμός, κατάθλιψη, ανία, στρες) και διαπροσωπικές δυσκολίες (π.χ. οικονομικές, επαγγελματικές, οικογενειακές).

Το πρόγραμμα στηρίζεται στο θεσμό της συμμετοχής συμμάχου στη θεραπευτική πορεία του ατόμου, για μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στην αλλαγή της συμπεριφοράς της εξάρτησης και των συνεπειών της. Ένας στηρικτικός σύμμαχος ο οποίος μπορεί να είναι άτομο από την οικογένεια ή του στενού περιβάλλοντος του εξαρτημένου, μπορεί να διαδραματίσει ουσιαστικό ρόλο στη θεραπεία. Οι σύμμαχοι όλων των ατόμων συμμετέχουν σε θεραπευτική ομάδα στο πρόγραμμα στην οποία έχουν την ευκαιρία εκτός της αλληλοϋποστήριξης, την εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης της συμπεριφοράς της

εξάρτησης, την αναγνώριση συμπτωμάτων μελλοντικής υποτροπής, και διαφόρων θεμάτων ψυχοεκπαίδευσης.

Θεραπευτικές παρεμβάσεις οι οποίες ενισχύουν την θεραπευτική πορεία του ατόμου εφαρμόζονται κατά τη διάρκεια των 3 έως και 24 μηνών της θεραπευτικής τους πορείας, και είναι οι ακόλουθες:

Συμβουλευτική για τη διαχείριση των οικονομικών, μπορεί να βοηθήσει τα άτομα που έχουν χρέη λόγω του τζόγου να θέσουν σε εφαρμογή ένα οικονομικό σχέδιο, να μάθουν τη διαχείριση του προϋπολογισμού, να αναπτύξουν ένα σχέδιο πληρωμών και να αρχίσουν να εκτιμούν περισσότερο την αξία του χρήματος.

Ψυχοεκπαίδευση, είναι ένας σύντομος τρόπος εκπαιδευτικής παρέμβασης στη διαδικασία απόκτησης ορισμένων ικανοτήτων αυτοβοήθειας. Οι παρεμβάσεις γίνονται επί συγκεκριμένων δυσκολιών ή και καθημερινών προβλημάτων με σκοπό τη διευκόλυνση των ατόμων στο χειρισμό αυτών των καταστάσεων, χωρίς να επεκτείνονται σε προσωπικά θέματα. Στη βάση γνωστικών ερεθισμάτων με την αξιοποίηση ειδικοτήτων πραγματοποιούνται ψυχοεκπαιδευτικές δράσεις όπως π.χ στατιστικολόγων(ανάλυση των διαφόρων ειδών τυχερών παιχνιδιών).

Θεραπεία Οικογένειας, η εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια όπως και κάθε εξάρτηση επηρεάζει όλο το σύστημα της οικογένειας. Οι συνέπειες της χρόνιας και προβληματικής ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια αλλάζουν τον τρόπο αλληλεπίδρασης του εξαρτημένου με τους άλλους και αντιστρόφως, με αποτέλεσμα την απομάκρυνση, τη μη ικανοποιητική επικοινωνία και τη δυσλειτουργία της οικογένειας γενικότερα. Στόχος του προγράμματος είναι η ένταξη των μελών της οικογένειας στη θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου όπου μέσα από τη συνύπαρξη και οργάνωση, τους τύπους αλλά και τις φάσεις εξέλιξης της οικογένειας μέσα από τη θεραπευτική διαδικασία να μπορέσουμε να προκαλέσουμε αλλαγές στη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας. Στη βάση αυτή πραγματοποιούνται θεραπευτικές συναντήσεις του ατόμου μαζί με την οικογένεια του. Επίσης ένα μέλος της οικογένειας το οποίο ορίζεται ως σύμμαχος στο πρόγραμμα συμμετέχει σε ομαδικές συναντήσεις στήριξης συγγενών.

Θεραπεία Ζεύγους, πιστεύεται ότι οι σκέψεις οι οποίες έχουν οι σύζυγοι για τον σύντροφο τους αποτελούν αναπόσπαστο μέρος της διαδικασίας της αλλαγής. Η αλλαγή της συμπεριφοράς από μόνη της δεν επαρκεί για να επιφέρει μόνιμες λύσεις στον τύπο των έντονων δυσλειτουργικών αλληλεπιδράσεων που συχνά οι σύζυγοι βιώνουν στην καθημερινή τους ζωή. Βασικός στόχος της θεραπείας σε ζευγάρια είναι να κατευθύνει τις αντιλήψεις του κάθε συζύγου έτσι ώστε να επιτευχθεί γνωσιακή αναδόμηση και να βοηθηθεί η διαμόρφωση μιας πιο δημιουργικής σχέσης.

Ομαδική Θεραπεία, η ομάδα είναι ιδιαίτερα σημαντική θεραπευτική προσέγγιση στον τομέα της αντιμετώπισης των εξαρτήσεων, καθώς η ίδια η εξάρτηση στον πυρήνα της έχει να κάνει με την σχέση του εξαρτημένου με την πρωταρχική ομάδα κοινωνικοποίησης, δηλαδή με την ίδια του την οικογένεια. Επομένως, η εξάρτηση δεν αποτελεί πρόβλημα ενός μόνο ατόμου αλλά μίας ολόκληρης ομάδας. Η ομαδική θεραπεία στηρίζεται στην αρχή ότι τα κίνητρα για συμμετοχή σε θεραπεία είναι μεταβλητά και επομένως η ομάδα μπορεί να λειτουργήσει θετικά προς την κατεύθυνση της κινητοποίησης του εξαρτημένου. Επίσης η ομαδική θεραπεία αυξάνει τη δέσμευση των ατόμων με το πρόγραμμα μέσα από τη δυναμική της ομάδας και παρέχει στήριξη για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα στην θεραπεία αφού μπορεί να κρατήσει και πέραν τον δύο χρόνων μεταθεραπευτικής φροντίδας. Στην ομαδική θεραπεία τα άτομα εντάσσονται αφού ολοκληρώσουν ένα μήνα ατομικών συνεντεύξεων με κύριες παρεμβάσεις την κινητοποίηση, ανάπτυξη κινήτρων, ενδυνάμωση της απόφασης για θεραπεία και παρεμβάσεις πρόληψης υποτροπής για αντιμετώπιση καταστάσεων ψηλού κινδύνου. Επίσης προϋπόθεση για ένταξη στην ομαδική θεραπεία είναι το άτομο να βρίσκεται σε πλήρης αποχή από οποιαδήποτε ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια.

Η ολοκλήρωση του προγράμματος απαιτεί την εντατική παρακολούθηση του από το άτομο το οποίο ζητά θεραπευτική βοήθεια από την ημερομηνία ένταξης του μέχρι την συμπλήρωση 24 μηνών θεραπευτικής διαδικασίας. Το άτομο αφού ολοκληρώσει την εντατική φάση των 24 μηνών η οποία προϋποθέτει εβδομαδιαία επαφή με το πρόγραμμα, συνεχίζει πρόγραμμα μεταθεραπευτικής φροντίδας το οποίο περιλαμβάνει ατομικές συνεντεύξεις στήριξης και διατήρησης της πλήρους αποχής τουλάχιστο κάθε εξάμηνο και συμμετοχή στην ομαδική θεραπεία όποτε το άτομο νιώθει την ανάγκη να συμμετέχει.

2.8. Ανασκόπηση σχετικών ερευνών

Οι Stinchfield & Winters (2001) μελέτησαν τέσσερα θεραπευτικά προγράμματα για τον τζόγο στην Μινεσσότα. Τα προγράμματα είχαν εκπονηθεί ειδικά για την θεραπεία των παθολογικών τζογαδόρων και πρόσφεραν ένα εύρος θεραπευτικών παρεμβάσεων οι οποίες μεταξύ άλλων περιελάμβαναν ατομικές, ομαδικές θεραπείες, εκπαίδευση, 12 βήματα, οικογενειακές ομάδες και οικονομική συμβουλευτική. Ο θεραπευτικός προσανατολισμός ήταν εκλεκτικός με έμφαση στα 12 βήματα των ανώνυμων τζογαδόρων έχοντας ως θεραπευτικό στόχο την αποχή. Η έρευνα αυτή συνέλεξε στοιχεία 592 θεραπευομένων των τεσσάρων προγραμμάτων, που έτυχαν θεραπείας κατά την περίοδο 1992-1995. Όλα τα προγράμματα πρόσφεραν θεραπεία σε εξωτερική βάση και ήταν παρόμοια ως προς την θεραπευτική τους προσέγγιση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όλοι οι θεραπευόμενοι διαγνώστηκαν μετά από τις συνεντεύξεις εισδοχής με βάση το DSM – III-R ως παθολογικοί Τζογαδόροι. Τα κυριότερα παιχνίδια στα οποία ήταν εξαρτημένοι ήταν οι μηχανές και τα παιχνίδια του Καζίνο με χαρτιά. Μετά από 6 μήνες μεταθεραπευτικής φροντίδας, 28% ανέφεραν πλήρη αποχή, και ένα 20% ότι τζόγαραν λιγότερο από μια φορά τον μήνα. Σχεδόν το ήμισυ του δείγματος (48%) έδειξε κλινικά σημαντική βελτίωση στη συχνότητα της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια σε έξι μήνες μετά τη θεραπεία. Ένα ποσοστό 10% - 20% δεν παρουσίασαν καμία αλλαγή στην ενασχόληση τους αλλά και το 22% των ατόμων που έλαβαν μια θεραπευτική παρέμβαση δεν μπορούσαν να έρθουν σε επαφή με το πρόγραμμα στους έξι μήνες, επομένως, τα αποτελέσματά τους είναι άγνωστες.

Αυτή η εικόνα δείχνει ότι και η εξάρτηση από τα τυχερά παιχνίδια είναι μια χρόνια κατάσταση, παρόμοια με τον αλκοολισμό και την τοξικομανία, με την επανάληψη των καταστάσεων και των υποτροπών κατά διάρκεια της ζωής του ατόμου (Stinchfield & Owen, 1998). Η μελέτη αυτή έδειξε σημαντικές μειώσεις στη συχνότητα και τη σοβαρότητα της ενασχόλησης τους με τα τυχερά παιχνίδια. Βελτιώσεις στην κοινωνική λειτουργικότητα τους και στις οικονομικές τους ευθύνες. Ένας αριθμός των ατόμων όπου δεν κατάφερε να απέχει από τα τυχερά παιχνίδια, ανέφεραν σημαντική μείωση στη συχνότητα παιχνιδιού τους και ότι μπορεί να θεωρηθεί ως μια ελεγχόμενη και λειτουργική συμπεριφορά τζόγου. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι «ελεγχόμενη» ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια θα πρέπει να είναι ένας στόχος της θεραπείας για

παθολογικούς παίκτες. Η μελέτη είχε κάποιους περιορισμούς. Πρώτον, στους έξι μήνες παρακολούθησης το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 78%, το οποίο είναι ένα ικανοποιητικό ποσοστό ωστόσο, εξακολουθεί να αφήνει το 22% του δείγματος με άγνωστα αποτελέσματα. Στους 12 μήνες το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 63% με το 37% του δείγματος με άγνωστα αποτελέσματα. Ως εκ τούτου, είναι μάλλον ασφαλές να υποτεθεί ότι αυτοί οι πελάτες θεραπείας τυχερών παιχνιδιών που δεν μπορούσαν να βρισκονται σε ομάδα παρακολούθησης πιθανό να έχουν χειρότερη έκβαση από ό, τι η ομάδα επαφής με το πρόγραμμα. Το να αποδίδετε όμως αυτή η αποτυχία στην θεραπεία, μπορεί να είναι ανακριβείς, γι' αυτό και το θέμα της παρακολούθησης των ατόμων μετά τη θεραπεία απαιτεί περαιτέρω έρευνα.

Οι έρευνες οι οποίες σχετίζονται με τα θεραπευτικά αποτελέσματα του προβλήματος του τζόγου εστιάζονται κυρίως στην επίδραση των ατομικών χαρακτηριστικών όπως δημογραφικά χαρακτηριστικά, χαρακτηριστικά τζόγου και ψυχιατρική συμπτωματολογία (Grant & Kim, 2002, Potenza et al, 2001, Tavares et al, 2001, Beth et al., 2000, Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας 1999, Shaffer et al 1997).

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όσων ενασχολούνται με τυχερά παιχνίδια οι Potenza et al, (2001) και Tavares et al, (2001) υποστηρίζουν ότι οι άνδρες εμπλέκονται στο τζόγο περισσότερο από τις γυναίκες, επειδή είχαν πάντα τη διαχείριση των χρημάτων. Επιδημιολογικές έρευνες δηλώνουν επίσης ότι ο παθολογικός τζόγος σημειώνει μεγαλύτερη επικράτηση στους άντρες παρά στις γυναίκες (Shaffer et al 1997, Εθνικό Συμβούλιο Έρευνας 1999). Όπως υποστηρίζουν οι (Grant & Kim, 2002) οι διαφορές των φύλων πιθανότατα αντικατοπτρίζουν σύνθετα ζητήματα, που περιλαμβάνουν τη στάση και τις ευκαιρίες σχετικά με τις ψυχαγωγικές δραστηριότητες και το κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εκδηλώνονται. Σε μια άλλη σχετική έρευνα βρέθηκε ότι οι άνδρες οι οποίοι έχουν λάβει βοήθεια τείνουν να παρουσιάζουν μεγαλύτερες δυσκολίες ως προς την ενασχόληση τους με τα τυχερά παιχνίδια από ότι οι γυναίκες (Beth et al., 2000).

Για τις ηλικιακές τάσεις σε σχέση με τον τζόγο παρατήρηθηκε ότι η επικράτηση των διαταραχών του τζόγου στους έφηβους της Μινεσότα δεν αυξήθηκε, παρά την απομάκρυνση από τα ανεπίσημα παιχνίδια και τη στροφή σε νομιμοποιημένα (Winters et al., 1995). Το ίδιο σημειώνει και η Wallisch (1995), η οποία παρατήρησε ότι ο δείκτης του τζόγου παρέμεινε σταθερός και η επικράτηση των διαταραχών του τζόγου μειώθηκε

στους έφηβους του Τέξας. Μια μετα-ανάλυση όμως αποκάλυψε ότι ο δείκτης του διαταραγμένου τζόγου αυξήθηκε κατά τις τελευταίες δεκαετίες του 20ού αιώνα, αλλά μονάχα μεταξύ των ενηλίκων από τον γενικό πληθυσμό (Saffer & Hall, 2001). Καθώς λοιπόν τα τυχερά παιχνίδια έχουν επεκταθεί και οι μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες αναζητούν πιο ποικίλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες, οι εξορμήσεις σε χώρους τυχερών παιχνιδιών έχουν γίνει συνηθέστερες. Οι McNeilly & Burke, (2000) ανέφεραν ότι μεγαλύτερης ηλικίας ενήλικες ασχολούνται με τα τυχερά παιχνίδια για να χαλαρώσουν, να περάσουν την ώρα τους, να ξεφύγουν για μια μέρα, να αποφύγουν την πλήξη και να απολαύσουν οικονομικά γεύματα. Σύμφωνα και με έρευνα από τους Tavares et al., (2001) ψηλότερα ποσοστά εξάρτησης από τον τζόγο παρουσιάστηκαν στις ηλικιακές κατηγορίες των 30-39 και 40-49 ετών.

Η βελτίωση στη συμπεριφορά τζόγου π.χ η συχνότητα ενασχόλησης του με τα τυχερά παιχνίδια, συχνά συνδέεται με σημαντικές βελτιώσεις σε ψυχολογικές λειτουργία (π.χ., μείωση άγχους ή κατάθλιψης ή αύξηση της ποιότητας της ζωής) (Viets και Miller 1997). Ωστόσο, τα ευρήματα αυτά καταδεικνύουν ότι ένα ποσοστό των ατόμων θα αποτύχουν να μειώσουν τη συμπεριφορά ενασχόλησης τους με τυχερά παιχνίδια ακόμη και μετά την ένταξη τους στη θεραπεία.

Έρευνες έχουν βρει ότι τα φτωχότερα θεραπευτικά αποτελέσματα συσχετίζονται με δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως μικρότερες ηλικίες στους άντρες, να ζουν μόνοι και το χαμηλότερο εισόδημα. Επίσης τα χαρακτηριστικά της ενασχόλησης με τυχερά παιχνίδια τα οποία συσχετίζονται με τα θεραπευτικά αποτελέσματα συμπεριλαμβάνουν τη συχνότητα του παιχνιδιού, τα έξοδα, την υψηλότερη ενασχόληση, τα περισσότερα με το τζόγο σχετικά προβλήματα, την ενασχόληση με τον ηλεκτρονικό τζόγο και τη χαμηλή ετοιμότητα για αλλαγή (Dowling 2009, Raylu και Oei 2007, Smith et al. 2004).

Σύμφωνα με τους Crockford & el-Guebaly, (1998), κλινικές έρευνες αποδεικνύουν ότι το 75% των παθολογικών παικτών υποφέρει από συμπτώματα βαριάς κατάθλιψης με συμπτώματα κακής διάθεσης, μελαγχολίας, απόσυρσης από τους άλλους, απώλειας της όρεξης, ανηδονίας, χαμηλής κινητοποίησης, διαταραχές του ύπνου και ευερεθιστότητα. Υποστηρίζουν επίσης ότι ο παθολογικός παίκτης βιώνει έντονο στρες, γιατί κάνει απάτες οικονομικής φύσης, κρύβει στοιχεία για τις δραστηριότητές του και τα χρέη του, παίζει για να κερδίσει τα χρήματα που έχει χάσει και προσπαθεί να φαίνεται φυσιολογικός στον κοινωνικό περίγυρο. Συχνά οι παίκτες αναφέρουν πονοκεφάλους, υψηλή αρτηριακή

πίεση, άγχος, κόπωση και κακή ποιότητα ύπνου. Το άτομο αισθάνεται κατάπτωση, κούραση, σωματική εξάντληση και πόνους όλα αυτά συνδέονται με μια ψυχοσωματική διαταραχή η οποία μπορεί να προκαλέσει μέχρι υψηλή αρτηριακή πίεση, γαστρεντερικά προβλήματα και εξανθήματα (Crockford & el-Guebaly, 1998).

Επίσης οι Blaszczyński & Nower, (2002) υποστηρίζουν ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες που συνδέονται με τον παθολογικό τζόγο εκτινάσσουν το άγχος και την ένταση σε υψηλά επίπεδα. Με αποτέλεσμα το άτομο να νιώθει αναταραχή, υπερβολική ανησυχία για το μέλλον, μυϊκή ένταση και αδυναμία να ηρεμήσει. Η μυϊκή ένταση εκδηλώνεται με σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκέφαλοι, πόνοι στην πλάτη και γενικευμένα αισθήματα κόπωσης και εξάντλησης. Μπορεί ακόμη να εκδηλώσει κρίσεις πανικού, δηλαδή σύντομες χρονικές περιόδους έντονου άγχους, κατά τις οποίες είναι πεπεισμένος ότι θα πεθάνει ή θα χάσει τα λογικά του. Όσο περισσότερο ο παίκτης βυθίζεται στη φάση της απελπισίας, τόσο μεγαλύτερη είναι η πίεση να αποκρύψει τη συμπεριφορά του, οπότε το ψέμα γίνεται αυτόματα συνήθεια της καθημερινής ζωής. Τα ψέματα είναι συχνότερα όταν ο παίκτης προσπαθεί να δικαιολογήσει τα ανεξήγητα διαστήματα απουσίας από το σπίτι ή την εργασία, την έλλειψη χρημάτων για την πληρωμή λογαριασμών, τις μεταπτώσεις της διάθεσης και τα τηλεφωνήματα από δανειστές (Blaszczyński & Nower, 2002).

Μια μεγάλη έρευνα από τους Gooding & Tarriger, (2009), επιχείρησε να εξετάσει την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας για την αντιμετώπιση του παθολογικού προβλήματος με τα τυχερά παιχνίδια. Πραγματοποιήθηκε μετα- ανάλυση από 25 μελέτες από τις οποίες 9 διεξήχθησαν στις ΗΠΑ, 8 στον Καναδά, 3 στην Ισπανία, και 5 στην Αυστραλία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι η συντριπτική πλειοψηφία των μελετών (19/25) είχαν, κατά κύριο λόγο, άνδρες στο δείγμα τους. Τα αποτελέσματα της μετα-ανάλυσης έδειξαν ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είχε περισσότερο σημαντική επίδραση στους πρώτους 3 μήνες μετά τη θεραπεία, καθώς και σημαντική επίδραση στους έξι, δώδεκα και εικοσιτέσσερις μήνες μεταθεραπευτικής φροντίδας. Όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (ατομική συμβουλευτική, πρόληψη υποτροπής, εργασίες στο σπίτι, ομαδική θεραπεία κλπ.) παρείχαν σημαντική βελτίωση στους τρεις μήνες, αλλά μόνο η ομαδική θεραπεία είχε σημαντική επίδραση στους έξι μήνες. Ενώ θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η ατομική θεραπεία είναι λιγότερο ανθεκτική σε σχέση με την ομαδική, υπάρχει ανάγκη για περισσότερες μελέτες που συγκρίνουν άμεσα της δύο παρεμβάσεις.

Σύμφωνα πάντως με το 77% των μελετών όπου χρησιμοποιήθηκε η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση η επίδραση της στο θεραπευτικό αποτέλεσμα ήταν εξαιρετικά σημαντικό στους μετά από 6 μήνες μετά την θεραπείας.

Οι στρατηγικές ενίσχυσης της κινητοποίησης (π.χ. συμβουλευτική κινητοποίηση, κάμψη της αντίστασης) είναι γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπευτικές προσεγγίσεις, που έχουν σχεδιαστεί για να κάμψουν την αντίσταση και να ενισχύσουν την παρακίνηση για αλλαγή. Αυτές οι στρατηγικές αυξάνουν την προϋπάρχουσα κινητοποίηση βελτιώνοντας το θεραπευτικό δεσμό, κάτι που επιτυγχάνεται με την αναγνώριση του ότι οι θεραπευόμενοι είναι αμφιταλαντευόμενοι σχετικά με τη βίωση μια προσωπικής αλλαγής (Shaffer 1997, Rollnick & Morgan, 1995.). Με τη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης οι θεραπευόμενοι είναι πιο πρόθυμοι να εξετάσουν και να διερευνήσουν την αμφιταλάντευση τους. Ο Shaffer (1997), διατείνεται ότι η επώδυνη αμφιταλάντευση είναι υπεύθυνη για τη διέγερση της άρνησης ως μηχανισμού άμυνας και για την εμφάνιση απείθειας σε άτομα που αντιμάχονται διαταραχές εθισμού. Επιπλέον, η προσοχή στην αμφιταλάντευση βελτιώνει την ποιότητα της θεραπείας παρέχοντας ένα κλινικό πλαίσιο και ένα θεραπευτικό δεσμό που απηχεί τα ανάμεικτα κίνητρα του θεραπευόμενου. Οι θεραπευτές χρησιμοποιούν τεχνικές ενίσχυσης της κινητοποίησης όταν το άτομο παρουσιάζεται με ανεπαρκή παρακίνηση και αντίσταση στην αλλαγή. Με τις τεχνικές αυτές πιστοποιούν την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά ως μια αποδεκτή επιλογή ρωτώντας τους θεραπευόμενους σχετικά με τα αντιλαμβανόμενα οφέλη των δραστηριοτήτων του τζόγου, αντί να επικεντρώνονται αποκλειστικά στο κόστος δηλαδή τις απώλειες. Μέσα σε αυτό το ασφαλές πλαίσιο, οι θεραπευόμενοι μπορούν πιο ελεύθερα να διερευνήσουν όλες τις ζημίες και τα οφέλη που συνδέονται με ένα πρότυπο δραστηριότητας εθισμού.

Επίσης ο Ladouceur et al. (2003) υποστήριξε σε έρευνα του ότι η θεραπεία σε μορφή ομάδας μπορεί να είναι πιο αποδοτική από την ατομική θεραπεία, τη μείωση των λιστών αναμονής, και μπορεί να οδηγήσει σε οφέλη που απορρέουν από την παρατήρηση και την μάθηση. Στην ίδια έρευνα οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν τυχαία σε δύο ομάδες: 46 παίκτες υποβλήθηκαν σε γνωστική θεραπεία σε μορφή ομάδα και 25 παίκτες χωρίστηκαν σε μια ομάδα ελέγχου με λίστα αναμονής. Η θεραπεία αποτελείται από 10 εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδρίες διάρκειας 2 ωρών το καθένα και επικεντρωνόταν στη διόρθωση "παρανοήσεις των συμμετεχόντων από τη βασική έννοια της τυχειότητας" καθώς και τον

προσδιορισμό «υψηλού κινδύνου καταστάσεις και λανθασμένες σκέψεις που σχετίζονται με αυτές τις καταστάσεις (Ladouceur et al., 2003). Η ομάδα θεραπείας ολοκλήρωσε επίσης 6, 12 και 24 μηνών συνέχειας. Όλοι οι παίκτες παρουσίαζαν κριτήρια DSM-IV για την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια πριν την θεραπεία. Οι δύο ομάδες παρουσίασαν βελτίωση με την πάροδο του χρόνου (δέκα εβδομάδες για το δείγμα θεραπείας και τέσσερις μήνες για τους ανθρώπους στη λίστα αναμονής). Παρουσίασαν λιγότερα κριτήρια DSM-IV και έδειξαν σημαντικά μεγαλύτερη αντίληψη του ελέγχου και της αυτο-αποτελεσματικότητας. Επιπλέον, ο ρυθμός βελτίωσης στην πάροδο του χρόνου ήταν μεγαλύτερος για την ομάδα θεραπείας. Μετά από τέσσερις μήνες αναμονής για τη θεραπεία 20% των παικτών δεν πληρούν πλέον τα κριτήρια για παθολογικό τζόγο. Μετά από δέκα εβδομάδες θεραπείας, 88% παίκτες που ολοκλήρωσαν τη θεραπεία δεν πληρούνται πλέον τα κριτήρια (Ladouceur et al., 2003).

Σχετική έρευνα από τους Prajka et al (2008), διερεύνησε την επίδραση των σημαντικών άλλων (συμμάχων) μεταξύ των παθολογικών παιχτών που έλαβαν θεραπεία για τα τυχερά παιχνίδια σχετικά με τα αποτελέσματα της θεραπείας τους. Οι συμμετέχοντες ήταν 4 410 ενήλικες παίκτες που ολοκλήρωσαν την θεραπευτική διαδικασία από τον Αύγουστο του 2001 μέχρι τον Απρίλιο του 2007. Οι κύριες μεταβλητές ήταν η ηλικία, η εθνικότητα, το μορφωτικό επίπεδο, η απασχόληση, τα τυχερά παιχνίδια που σχετίζονται με το χρέος, και αν ο παίκτης είχε σύμμαχο κατά τη στιγμή της εγγραφής. Βρήκαν ότι το επίπεδο εκπαίδευσης μέχρι ανώτερο και με συμμετοχή συμμάχου στο πρόγραμμα ενισχύει θετικά τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Κατά συνέπεια όσοι έχουν κατώτερο επίπεδο σπουδών μπορεί να μην έχουν τα ίδια θετικά αποτελέσματα σε σχέση με αυτούς που έχουν ανώτατη εκπαίδευση με την συμμετοχή σημαντικών άλλων στο πρόγραμμα. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας δίνουν έμφαση στη σημαντικότητα θεραπευτικών παρεμβάσεων στο επίπεδο οικογένειας και ζεύγους, όπως και σε άλλα θεραπευτικά πλαίσια όπως εξάρτηση από αλκοόλ, παράνομες ουσίες και βία (Potenza 2005, Blaszczynski & Silove 1995,).

Επίσης η χρησιμοποίηση των ημερών παραμονής στη θεραπεία ως μεταβλητή αξιολόγησης του αποτελέσματος έχει δυσκολίες. Υπάρχουν εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι θα μπορούσαν να επηρεάσουν τον αριθμό παραμονής σε θεραπεία όπως, τα πιθανά οφέλη στη σταθερότητα της οικονομικής κατάστασης του ατόμου, προηγούμενη ένταξη του σε θεραπευτικό πρόγραμμα, η γρήγορη αποκατάσταση των συνεπειών του τζόγου

(Petry et al., 2003). Κάτι το οποίο διαπιστώνεται και από το National Institute of Drug Abuse (1999). Αυτά τα ευρήματα επίσης αναδεικνύουν το ερώτημα σχετικά με τους μηχανισμούς στους οποίους η συμμετοχή άλλων συμβάλλου στην αποκατάσταση των θεραπευομένων.

Υποστηρίζεται επίσης ότι, όσοι αναζητούν θεραπεία συνήθως αναφέρουν ότι είχαν παρακινηθεί στη θεραπεία από τους σημαντικούς άλλους του προβάλλοντος τους (όπως συγγενείς, φίλους κλπ) (Moore and Marotta, 2006). Συγκεκριμένα, ένας υποστηρικτικός σύμμαχος θα μπορούσε να παρέχει την αναγκαία ενθάρρυνση σε ένα προβληματικό τζογαδόρο για την έναρξη ή την παραμονή του στη θεραπεία. Από την άλλη πλευρά, ένας παθολογικός τζογαδόρος ο οποίος νιώθει ότι τα θεραπευτικά του αποτελέσματα δεν υποστηρίζονται από τους συμμάχους θα μπορούσε να διακόψει τη θεραπεία παρά τις οποίες παρεμβάσεις από το θεραπευτή. Αυτό μπορεί να προκύψει όταν ένας παθολογικός τζογαδόρος καταφέρει να σταματήσει να παίζει τυχερά παιχνίδια και πιστεύει ότι έχει την ικανότητα να διατηρήσει τον έλεγχο και αντιλαμβάνεται τους συμμάχους ως μη υποστηρικτικούς λόγω των άλυτων σχετικών προβλημάτων και της προσκληθείσας ζημιάς στην σχέση (Prajka et al 2008).

Επομένως, η συμμετοχή των σημαντικών άλλων στο πρόγραμμα παρέχει σημαντικό όφελος στην επιτυχή έκβαση της θεραπείας καθώς επενεργεί ως κίνητρο και κοινωνική υποστήριξη για αυτούς που αναζητούν θεραπεία.

Αν και σχετικά νέα και με περιορισμένο πεδίο εφαρμογής, η βιβλιογραφία διερευνά την αποτελεσματικότητα της θεραπείας για εθισμό στα τυχερά παιχνίδια και καταλήγει στο ότι αυτή η διαταραχή μπορεί να αποτελέσει αντικείμενο παρέμβασης, με κατά προσέγγιση συνολικά ποσοστά επιτυχίας στο 70% στους έξι μήνες, 50% σε ένα χρόνο παρακολούθησης και 30% σε δύο χρόνια παρακολούθησης μετά την θεραπεία (Viets και Miller 1997).

2.9. Διεθνής και Κυπριακή Πραγματικότητα.

Σύμφωνα με την «Πράσινη Βίβλο» για το θέμα των τυχερών παιχνιδιών το 2011 η ευρωπαϊκή επιτροπή αναφέρει ότι οι υπηρεσίες τυχερών παιχνιδιών σε απευθείας σύνδεση προσφέρονται και χρησιμοποιούνται σήμερα σε ευρεία κλίμακα στην ΕΕ και η οικονομική τους σημασία βαίνει αυξανόμενη. Η αγορά τυχερών παιχνιδιών σε απευθείας σύνδεση είναι το ταχύτερα αναπτυσσόμενο τμήμα της αγοράς τυχερών παιχνιδιών, αντιπροσωπεύοντας το 7,5% των ετήσιων συνολικών εσόδων της αγοράς αυτής το 2008, και το μέγεθός της αναμενόταν να διπλασιαστεί έως το 2013. Συγχρόνως, το εφαρμοζόμενο ρυθμιστικό πλαίσιο για τα τυχερά παιχνίδια διαφέρει σημαντικά μεταξύ των κρατών μελών. Ενώ σε ορισμένα από αυτά περιορίζεται ή ακόμη και απαγορεύεται η προσφορά ορισμένων τυχερών παιχνιδιών, σε άλλα οι αγορές είναι πιο ανοικτές. Η έλευση του διαδικτύου και η ταχεία αύξηση των δυνατοτήτων συμμετοχής σε τυχερά παιχνίδια σε απευθείας σύνδεση, σε συνδυασμό με τις σημαντικά διαφέρουσες εθνικές νομοθετικές ρυθμίσεις, οδήγησαν όχι μόνο στην άνοδο της νόμιμης προσφοράς υπηρεσιών τυχερών παιχνιδιών σε ορισμένα κράτη μέλη αλλά και στην ανάπτυξη μιας σημαντικής παράνομης διασυνοριακής αγοράς. Η εν λόγω διασυνοριακή αγορά υπηρεσιών χωρίς αδειοδότηση παραμένει προσπελάσιμη από τους καταναλωτές, είτε λόγω εκ των πραγμάτων ανοχής είτε λόγω έλλειψης ουσιαστικής επιβολής της ισχύουσας νομοθεσίας, και προστίθεται στις νόμιμες εθνικές προσφορές που διατίθενται στους καταναλωτές ανάλογα με το νομικό καθεστώς που επικρατεί στα κράτη μέλη στα οποία βρίσκονται οι καταναλωτές (ΕΕ, 2011).

Επομένως, το καθεστώς των τυχερών παιχνιδιών για ένα κράτος παρά τις δυσκολίες που επιφέρει όσον αφορά τον παράνομο τζόγο, ενισχύει θετικά την οικονομία γεγονός το οποίο δυσκολεύει στο βαθμό να ληφθούν μέτρα όσον αφορά την παγίδα της εξάρτησης από αυτά.

Υπολογίζεται πως περίπου ένα 4% -7% του πληθυσμού των δυτικών κοινωνιών με πρόσβαση στον τζόγο θα παρουσιάσει μια φορά στη ζωή του συμπτώματα παθολογικού τζόγου για ένα διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών, επισημαίνοντας πως το ποσοστό των ατόμων που αναζητούν θεραπεία για παθολογικό τζόγο στη Γερμανία, τριπλασιάστηκε κατά τη δεκαετία 2000 – 2010.

Στατιστικά στοιχεία υποδεικνύουν ότι το 94% των ενηλίκων Βρετανών παίζουν τυχερά παιχνίδια από καιρό σε καιρό, ενώ το 39% παίζουν συστηματικά (Grun & McKeigue, 2000). Υπολογίζεται ότι, μόνο στις Η.Π.Α., υπάρχουν πάνω από ένα εκατομμύριο άτομα που παίζουν από ψυχαναγκαστική παρόρμηση (Hodgson & Miller, 1988).

Στην Ελλάδα επίσης υπολογίζεται ότι υπάρχουν 300 000 – 400 000 παθολογικοί παίκτες. Ένα μηδαμινό ενδεικτικό στοιχείο των πραγματικών διαστάσεων του προβλήματος είναι ο αριθμός των 200 ατόμων που έχουν κάνει αίτηση αυτοαπαγόρευσης στο Καζίνο Λουτρακίου (Blaszczynski, 2003).

Έρευνα η οποία διεξήχθη στο Ηνωμένο Βασίλειο από τους Wardle et al., (2007), κατέδειξε ότι το 68% του πληθυσμού είχε συμμετάσχει σε κάποια μορφή τυχερών παιχνιδιών κατά το προηγούμενο έτος. Διεθνείς συγκρίσεις οι οποίες πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή λόγω των διαφορών στις μεθοδολογίες, έδειξαν ότι η επικράτηση του προβλήματος των τυχερών παιχνιδιών στη Βρετανία ήταν υψηλότερη από ότι στην Νορβηγία και συγκρίσιμη με τον Καναδά, τη Νέα Ζηλανδία, τη Σουηδία και την Ελβετία. Χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισαν η Αυστραλία (2,1%), Νότια Αφρική (1,4%), ΗΠΑ (3,5%), Σιγκαπούρη (4,1%), Μακάο (4,3%) και το Χονγκ Κονγκ (5,3%). Αυτό δείχνει ένα σημαντικό διεθνές πρόβλημα, αν και μπορεί να υπάρχει εθνική και πολιτιστική ποικιλία (Gooding & Tarrier, 2009).

Παρόλα αυτά ένα σημαντικό ποσοστό του εξαρτημένου με τα τυχερά παιχνίδια πληθυσμού κάθε κράτους, είτε πιστεύει στις δικές του δυνάμεις για αυτοθεραπεία, είτε γιατί δεν μπορεί να αντιληφθεί το μέγεθος του προβλήματος του, είτε λόγω υπέρτατου εγωισμού δεν αναζητά θεραπεία. Αυτό υποστηρίζεται και από τις εκτιμήσεις στις ΗΠΑ οι οποίες δείχνουν ότι το 97% των προβληματικών παικτών δεν αναζητούν θεραπεία (Εθνική Επιτροπή Τυχερών Παιχνιδιών, 1999).

Στην Κύπρο, με βάση την οδηγία 2006/96/EK του Συμβουλίου της Ευρωπαϊκής Ένωσης της 20ης Νοεμβρίου 2006, ψηφίστηκε ο περί Στοιχημάτων Νόμος του 2012 (106 (I) 2012). Προνοεί τη δημιουργία της Εθνικής Αρχής Στοιχημάτων η οποία διορίζεται από το Υπουργικό Συμβούλιο και απαρτίζεται από 7 μέλη. Ως Πρόεδρος της Αρχής διορίζεται ανεξάρτητο πρόσωπο εγνωσμένου κύρους και εντιμότητας, κάτοχος πανεπιστημιακού τίτλου στους κλάδους των νομικών ή των οικονομικών ή του εμπορίου και εγνωσμένης

πείρας στους κλάδους αυτούς. Ως μέλη της Εθνικής Αρχής διορίζονται ένας εκπρόσωπος του Γενικού Λογιστή της Δημοκρατίας, ένας εκπρόσωπος του Υπουργείου Οικονομικών, ένας εκπρόσωπος του Υπουργείου Δικαιοσύνης και Δημοσίας Τάξεως, και τρεις ιδιώτες εγνωσμένου κύρους και εντιμότητας με εξειδικευμένες γνώσεις συνακόλουθες με τις αρμοδιότητες της Αρχής.

Ο περί Στοιχημάτων Νόμος παρέχει στην Εθνική Αρχή σημαντικές αρμοδιότητες οι οποίες διέπουν σχεδόν όλα τα θέματα που αφορούν τα τυχερά παιχνίδια. Οι σημαντικότερες από αυτές οι οποίες αφορούν κυρίως την προστασία των παικτών και την πρόληψη για την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια είναι:

- i. Η έκδοση οδηγιών προς τους αδειούχους αποδέκτες και εξουσιοδοτημένους αντιπροσώπους και κατόχους άδειας υποστατικού, για την εφαρμογή προληπτικών μέτρων για την παρεμπόδιση της νομιμοποίησης εσόδων από παράνομες δραστηριότητες.
- ii. Η διενέργεια ελέγχων σε μη αδειούχα υποστατικά, σε συνεργασία με τις αρμόδιες διωκτικές αρχές και η εξασφάλιση σχετικών δικαστικών διαταγμάτων για το κλείσιμο των υποστατικών, στα οποία υπάρχουν εύλογες υπόνοιες ότι διεξάγεται παράνομο στοίχημα.
- iii. Η συνεργασία και συζήτηση με διεθνείς οργανισμούς για θέματα που αφορούν στην προστασία νεαρών προσώπων και ευάλωτων ομάδων από το στοίχημα και η εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων πρόληψης και προστασίας.
- iv. Η συνεργασία και συζήτηση με τις εθνικές διοργανώτριες αρχές και τους διεθνείς οργανισμούς, αναφορικά με θέματα ρύθμισης του στοιχήματος.
- v. Η συνεργασία και συζήτηση με διεθνείς οργανισμούς για θέματα που αφορούν στην προστασία νεαρών προσώπων και ευάλωτων ομάδων από το στοίχημα και η εφαρμογή συγκεκριμένων μέτρων πρόληψης και προστασίας.
- vi. Η εκπόνηση μελετών σε τακτά χρονικά διαστήματα, η διαβούλευση με τον πολίτη για την επίδραση του στοιχήματος σε νεαρά πρόσωπα, και ευάλωτες ομάδες και του κοινού και η επάλληλη υποβολή εισηγήσεων προς τις αρμόδιες Υπηρεσίες για τη λήψη μέτρων για την προστασία νεαρών προσώπων και ευάλωτων ομάδων και του κοινού.

- vii. Η υποχρέωση καταρτισμού εντός δώδεκα (12) μηνών από την έναρξη ισχύος του παρόντος Νόμου, Κανονισμών σχετικά με μηχανισμούς προστασίας των νεαρών ατόμων και παθολογικών παικτών.
- viii. Η παρακολούθηση των εξελίξεων όσον αφορά το παράνομο στοίχημα, η εκπόνηση στατιστικών μελετών και η ετοιμασία εισηγήσεων για την πάταξή του.
- ix. Διαδικτυακές συνδέσεις, όπως ιστοσελίδες οργανισμών που εξειδικεύονται στην παροχή βοήθειας σε πρόσωπα με εθισμό στο στοίχημα και έχουν εγκριθεί από την Αρχή.
- x. Πληροφόρηση προς τον παίκτη ότι δύναται με ηλεκτρονική ειδοποίηση προς τον αδειούχο αποδέκτη να - καθορίσει όρια ποσού που μπορεί να στοιχηματίσει για συγκεκριμένη χρονική περίοδο ή που μπορεί να χάσει για συγκεκριμένη χρονική περίοδο – να καθορίσει το όριο του χρονικού διαστήματος εντός του οποίου δύναται να στοιχηματίζει – να αυτοεξαιρεθεί από το στοίχημα για ορισμένο ή αόριστο χρονικό διάστημα.
- xi. Ποσοστό ένα επί τοις εκατόν (1%) των καθαρών αποδοχών από στοίχημα διατίθεται από την Αρχή για σκοπούς ενίσχυσης των μηχανισμών και προγραμμάτων προστασίας των νεαρών ατόμων και παθολογικών παικτών.

Σύμφωνα με έρευνα από τον ΚΕΝΘΕΑ (2012) στην Κύπρο ο αριθμός των εθισμένων ατόμων για το 2011 έχει δεκαπλασιαστεί σε σύγκριση με το 2010. Οι ηλικίες των ατόμων που εθίζονται στον τζόγο έχουν μειωθεί και οι περισσότεροι Κύπριοι φαίνεται να είναι εξαρτημένοι κυρίως από τον ηλεκτρονικό τζόγο, αφού τα τελευταία χρόνια είναι αυξημένα τα «online casinos», τα πρακτορεία στοιχημάτων αλλά και τα στοίχηματα». Η εύκολη πρόσβαση κυρίως νεαρών ατόμων, ακόμη και κάτω των 18 ετών, σε τυχερά παιχνίδια, όπως είναι τα «computer games», τα «internet casinos» και τα «φρουτάκια» είναι ιδιαίτερα ανησυχητική και κάνει τη νομοθεσία που απαγορεύει την είσοδο και συμμετοχή σε τυχερά παιχνίδια ατόμων κάτω των 18 ετών να είναι αναξιόπιστη αφού περίπου το 50% των νέων που συμμετείχαν στην έρευνα, δήλωσαν ότι έχουν επισκεφθεί κάποιο πρακτορείο στοιχημάτων και μάλιστα τους επιτράπηκε να στοιχηματίσουν.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας το ποσοστό των εξαρτημένων εφήβων ανέρχεται στο 7%, ενώ 6% βρίσκεται σε κίνδυνο να οδηγηθεί στον παθολογικό τζόγο. Τα αγόρια είναι κατά είκοσι φορές σε μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν συμπτώματα

παθολογικού τζόγου από τα κορίτσια. Από τους έφηβους που ανέπτυξαν εξάρτηση στον τζόγο, το 60% έχει ένα γονέα εξαρτημένο στον τζόγο.

Στοιχεία από την Αστυνομία Κύπρου όσον αφορά τα ποσά που παίχτηκαν το 2011 στον τζόγο ανήλθαν στα €50 εκατομμύρια, ενώ για την τετραετία 2008-2011 παίχτηκαν €270 εκατ. σε στοιχήματα, και αυτά είναι μόνο όσα πληρώθηκαν με πιστωτικές κάρτες. Από τα €50 εκατ. που παίχτηκαν συνολικά σε στοιχήματα με πλαστικό χρήμα, στην Κύπρο έμειναν μόνο 263.000 ευρώ, ενώ €1,1 εκατ. παίχτηκαν σε καζίνο στα κατεχόμενα και €48,5 εκατ. παίχτηκαν στο εξωτερικό μέσω ηλεκτρονικών υπολογιστών.

Σήμερα, λειτουργούν στην Κύπρο 642 υποστατικά τζόγου. Από αυτά, τα μισά σχεδόν λειτουργούν ως καζίνα διαδικτύου (on line casino) δηλαδή διαδικτυακοί χώροι στους οποίους μπορεί κάποιος να παίξει διαδικτυακά παιχνίδια παρόμοιας φύσης με το καζίνο, και τα υπόλοιπα είναι πρακτορεία στοιχημάτων, λέσχες και καφενεία. Τα πλείστα καζίνα διαδικτύου λειτουργούν με άδειες που εξασφάλισαν από τη Μάλτα και καταβάλλονται στη χώρα αυτή αρκετά εκατομμύρια ευρώ για εξασφάλιση της σχετικής άδειας. Επίσης, δεν καταβάλλεται καμία φορολογία στη Δημοκρατία, με αποτέλεσμα να χάνονται εκατομμύρια. Πέρσι, το Υπουργείο Οικονομικών εισέπραξε μόνο γύρω στις €200.000 από φορολογίες στοιχημάτων σε πρακτορεία, ενώ τα ποσά που παίχτηκαν ξεπερνούσαν τα €50 εκατ.

Στην Κύπρο, οι έρευνες και οι μελέτες γύρω από το θέμα των τυχερών παιχνιδιών και της εξάρτησης από αυτά είναι ελάχιστες. Ιδιαίτερα, στο θέμα της απεξάρτησης από την παθολογική ενασχόληση από τα τυχερά παιχνίδια δεν υπάρχει καμιά δημοσιευμένη έρευνα. Γι αυτό και η παρούσα έρευνα θα επιχειρήσει για πρώτη φορά να αγγίξει το θέμα της θεραπείας από την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια στον ενήλικο πληθυσμό της Κύπρου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1. Σκοπός και Στόχοι της μελέτης.

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τη συμπεριφορά εξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια και πως αυτά επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας. Επιπλέον, πως αυτά συμβάλουν στην αποτίμηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων θεραπευτικών προσεγγίσεων του προγράμματος απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια.

Οι στόχοι της μελέτης είναι:

1. Η περιγραφή του θεραπευτικού πλαισίου του προγράμματος και των παρεμβάσεων που χρησιμοποιούνται με στόχο την απεξάρτηση.
2. Η αναζήτηση της σχέσης των δημογραφικών χαρακτηριστικών στην επιλογή ενός ατόμου να ασχοληθεί με τα τυχερά παιχνίδια και η συσχέτιση τους με το βαθμό εξάρτησης.
3. Η πρόβλεψη και ο έλεγχος του φαινομένου της εξάρτησης από τον τζόγο μετά την εφαρμογή της θεραπευτικής παρέμβασης.
4. Η εκτίμηση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας καθώς και της εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου SOGS στη βάση των Κυπριακών δεδομένων.

3.2. Ερευνητικά Ερωτήματα της μελέτης.

1. Υπάρχουν θετικές αλλαγές στην ζωή των εξαρτημένων ατόμων από τα τυχερά παιχνίδια, μετά τη θεραπευτική παρέμβαση τουλάχιστο έξι μηνών;

2. Συμβάλλει η θεραπεία του προγράμματος απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια στην ταυτόχρονη αντιμετώπιση της εξαρτητικής συμπεριφοράς και των προσωπικών και κοινωνικών επιπτώσεών της;
3. Ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την απεξάρτησης;
4. Η φιλοσοφία του προγράμματος, η οποία στηρίζεται στην πλήρη αποχή και το γνωσιακό - συμπεριφορικό θεραπευτικό μοντέλο, συμβάλλει θετικά στην αποτελεσματικότητα του προγράμματος;
5. Τα ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα (όπως άγχος, θυμός, κατάθλιψη, απόγνωση, απελπισία) συσχετίζονται με τον εθισμό στον τζόγο;
6. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τα θεραπευτικά αποτελέσματα;
7. Η συμμετοχή συμμάχου στη θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου συμβάλλει στην παραμονή του ατόμου στην θεραπεία και στην επιτυχή πορεία απεξάρτησης του;

3.3. Σχεδιασμός της μελέτης.

Η εργασία ακολουθεί τη φιλοσοφία της εφαρμοσμένης έρευνας. Η εφαρμοσμένη έχει ως αντικείμενο την επίλυση πρακτικών προβλημάτων και γενικά προσφεύγει σε εμπειρικές μεθόδους. Είναι μια μορφή συστηματικής διερεύνησης που συμπεριλαμβάνει την πρακτική εφαρμογή της επιστήμης. Εκμεταλλεύεται μέρος της έρευνας της επιστημονικής κοινότητας, τις σωρευμένες θεωρίες, τη γνώση, τις μεθόδους και τις τεχνικές, για το ερευνητικό της αντικείμενο (Ζαφειρόπουλος, 2005). Το είδος της έρευνας θα είναι ποσοτική με οιονεί πειραματικό χαρακτήρα που σκοπό έχει την πρόβλεψη και τον έλεγχο του φαινομένου της εξάρτησης από τον τζόγο. Επίσης, συμπεριλαμβάνει στοιχεία έρευνας συσχέτισης ή ερμηνευτικής που σκοπό έχει τη διερεύνηση συσχετίσεων μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών αλλά και μεθοδολογικό χαρακτήρα αφού αφορά την ανάπτυξη ή και τελειοποίηση τεχνικών ή διαδικασιών, όπως είναι για παράδειγμα η αξιολόγηση της αξιοπιστίας και της εγκυρότητας του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιείται.

3.4. Πληθυσμός – Δείγμα της μελέτης.

Το δείγμα αποτελούν άτομα τα οποία έχουν αποταθεί για θεραπεία ή συνεχίζουν την θεραπεία τους από προηγούμενα έτη, στο πρόγραμμα απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας κατά το έτος 2012 (70 άτομα).

3.5. Μέθοδος συλλογής δεδομένων.

Τα στοιχεία της έρευνας συλλέχτηκαν κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των ατόμων που αποτάθηκαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Όλες οι συνεντεύξεις αξιολόγησης πραγματοποιούνταν μεταξύ του εξαρτημένου ατόμου και της ερευνήτριας. Η ερευνήτρια επίσης έθετε τις ερωτήσεις και συμπλήρωνε τα ερωτηματολόγια. Το ερωτηματολόγιο το οποίο χρησιμοποιείται είναι το South Oaks Screen (SOGS) (Lesieur & Blume, 1987) μαζί με ερωτήσεις οι οποίες αφορούν τη συμπεριφορά εξάρτησης του για πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση και τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Το ερωτηματολόγιο SOGS διατίθεται ελεύθερα στο διαδίκτυο σε Αγγλική έκδοση και η μετάφραση στα Ελληνικά έγινε από τους λειτουργούς του προγράμματος.

Το SOGS μετρά το δείκτη εξάρτησης από τον τζόγο και κατατάσσει το άτομο το οποίο ασχολείται με τυχερά παιχνίδια σε ένα από τα τρία επίπεδα α) δεν υπάρχει πρόβλημα με τα τυχερά παιχνίδια – β) υπάρχουν κάποια προβλήματα με τα τυχερά παιχνίδια – γ) υπάρχει πρόβλημα παθολογικού τζόγου). Το SOGS είναι ένα εργαλείο το οποίο αποτελείται από 20 ερωτήματα τα οποία χρησιμοποιούνται για αξιολόγηση του παθολογικού τζόγου (Lesieur & Blume, 1987). Έρευνες οι οποίες ασχολήθηκαν με την αξιοπιστία, εγκυρότητα και ταξινόμηση της ακρίβειας του ερωτηματολογίου SOGS, (Stinchfield, 2002, Lesieur και Petry 2005) κατέληξαν στα εξής συμπεράσματα: Το (SOGS) αρχικά αναπτύχθηκε με σκοπό την αξιολόγηση του παθολογικού τζόγου μέσα σε κλινικές συνθήκες, όμως, στην πορεία χρησιμοποιήθηκε ευρύτερα στον ευρύτερο πληθυσμό. Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM –IV αποτέλεσαν τη σταθερή βάση την οποία ταξινομήθηκε η ακρίβεια του SOGS. Σύμφωνα με τον Stinchfield, (2002) το SOGS στον ευρύτερο πληθυσμό της Μινεσότα των ΗΠΑ, βρέθηκε να έχει ικανοποιητική

αξιοπιστία με συντελεστή άλφα στο 0,69 ενώ μεγαλύτερη αξιοπιστία έδειξε στα πλαίσια των θεραπευτικών προγραμμάτων με συντελεστή άλφα 0,86. Παρόμοια στοιχεία έχουν καταδείξει και άλλες μελέτες όπως αυτή από τους Paula et al. (2002) για την Βραζιλία με συντελεστή άλφα στο 0,93 για τους παθολογικούς παίκτες, και οι Tang et al. (2010) στην Κίνα με συντελεστή άλφα στο 0,94 για άτομα τα οποία αποτάθηκαν για θεραπεία.

Επομένως, το ερωτηματολόγιο SOGS επέδειξε από καλή μέχρι εξαιρετική ταξινόμηση ακρίβειας στον ειδικό πληθυσμό τζογαδόρων στα θεραπευτικά προγράμματα με φτωχή όμως ακρίβεια στο γενικό πληθυσμό, με 50% λανθασμένες θετικές ενδείξεις. Υπερεκτίμησε τον αριθμό των παθολογικών παικτών στο γενικό πληθυσμό συγκρινόμενο με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM –IV (Stinchfield, 2002, Lesieur και Petry 2005, Tang et al., 2010).

Ωστόσο, διάφορες αδυναμίες του SOGS έχουν επίσης εντοπιστεί (Lesieur 1994, Ladouceur et al., 2000). Πρώτον, τείνει να υπερεκτιμά τα προβλήματα τυχερών παιχνιδιών όταν χρησιμοποιούνται εκτιμήσεις για τη διάρκεια της ζωής, και περίπου το ένα τρίτο των ατόμων που παρουσίαζαν προβλήματα στο παρελθόν, μπορεί να τα έχουν ήδη λύσει κατά την περίοδο της έρευνας (Shaffer et al., 1997). Μια προτεινόμενη λύση είναι να καθοριστεί χρονικό διάστημα σε μια πιο τρέχουσα περίοδο, όπως το παρελθόν έτος (Stinchfield 2002). Δεύτερον, το SOGS τείνει να υπερεκτιμά την επικράτηση παθολογικών τζογαδόρων σε δείγμα της ευρύτερης κοινότητας σε αντίθεση με τα κριτήρια DSM–IV (Ladouceur et al., 2000, Shaffer et al., 1997, Stinchfield 2002). Μια πρόταση για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού είναι μέσω της αύξησης της χαμηλής βαθμολογίας (Dubarci et al. 1997), αλλά αυτό την ίδια στιγμή θα μπορούσε να έχει ως συνέπεια την αύξηση του ποσοστού σφάλματος. Γι αυτό οι Gambino and Lesieur (2006) υποστηρίζουν ότι το SOGS θα πρέπει να συνοδεύεται είτε από κλινική συνέντευξη είτε από επιπρόσθετο αξιολογητικό εργαλείο όπως το DSM-IV για τη μεγιστοποίηση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων. Τρίτον, ορισμένα ερωτήματα μπορούν εύκολα να παρερμηνευθούν γι αυτό και συστήνεται ή να επεξηγούνται από τον ερευνητή ή να επακολουθεί προσωπική συνέντευξη (Ladouceur et al. 2000).

Σε συνέχεια, οι Tang et al. (2010) στη σχετική μελέτη τους για το SOGS έχουν την πεποίθηση ότι άτομα τα οποία σκοράρουν μεταξύ 0 - 4 δεν είναι παθολογικοί τζογαδόροι ενώ μεταξύ 11-20 είναι. Η πιθανότητα στις περιπτώσεις όπου το σκορ είναι μεταξύ 8-10

κρίνεται ως 50% να είναι παθολογικοί τζογαδόροι, και 30% είναι η πιθανότητα σε σκορ μεταξύ 5-7. Έτσι προτείνουν όπως το σκορ 8 θεωρηθεί ως το ελάχιστο στην αξιολόγηση ύπαρξης παθολογικού τζόγου.

Επίσης, σημειώνεται από τον Stinchfield (2002) ότι τα κριτήρια DSM-IV αναφέρονται σε διάφορες πτυχές του παθολογικού τζόγου ενώ το SOGS τείνει να επικεντρωθεί περισσότερο στην υποκειμενική εμπειρία των τυχερών παιχνιδιών και των χρηματοοικονομικών τους πηγών. Τα κριτήρια DSM-IV τονίζουν περισσότερο τα συμπτώματα που σχετίζονται με την ανοχή και την απόσυρση των τυχερών παιχνιδιών. Οι Lesieur και Blume (1987) υποστήριξαν ότι το SOGS αντιπροσωπεύει πρώιμα ή λιγότερο σοβαρά συμπτώματα του εθισμού στα τυχερά παιχνίδια, ενώ τα κριτήρια DSM-IV αντιπροσωπεύουν το πιο σοβαρό στάδιο αυτής της διαταραχής.

3.6. Διαδικασία έρευνας.

Η έρευνα αποτελεσματικότητας έχει διεξαχθεί σύμφωνα με την τεχνική της επανεξέτασης (follow up study) και το δείγμα αποτελούν άτομα τα οποία έχουν αποταθεί για θεραπεία κατά το έτος 2012 ή συνεχίζουν από προηγούμενα χρόνια στο πρόγραμμα απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Σε πρώτη φάση πραγματοποιήθηκε επεξεργασία των στοιχείων που συλλέχτηκαν μέσω σχετικών ερωτηματολογίων, κατά την πρώτη επαφή των ατόμων στο πρόγραμμα. Σε δεύτερη φάση 6 μήνες το τέλος του 2012 δόθηκαν ξανά τα ίδια ερωτηματολόγια στα άτομα τα οποία συνεχίζουν να έχουν επαφή με το θεραπευτικό πρόγραμμα και σε όσα από τα άτομα τα οποία αποχώρησαν και ανεβρέθηκαν μετά για σκοπούς της έρευνας. Ακολουθεί η σύγκριση των στοιχείων των 2 φάσεων και ο εντοπισμών των αλλαγών στη συμπεριφορά και γενικότερα στη ζωή των ατόμων έτσι ώστε να προσδιοριστεί η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού προγράμματος.

3.7. Ηθικές προεκτάσεις

Η παρούσα έρευνα έχει πάρει τις απαραίτητες εγκρίσεις για την διεξαγωγή της στο συγκεκριμένο πληθυσμό ατόμων και στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πρόγραμμα. Συγκεκριμένα έχει εγκριθεί από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, από το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα και από την Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας. Επίσης έχει πάρει την έγκριση από το θεραπευτικό πρόγραμμα το οποίο θα αξιολογηθεί, και έχουν ενημερωθεί όλοι οι αρμόδιοι φορείς.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η συγκεκριμένη μελέτη επεχείρησε πολλαπλές μετρήσεις αποτελεσματικότητας που μπορούν να προσδιορίσουν την έκβαση της θεραπείας. Με στόχο την πληρέστερη απάντηση στα βασικά ερευνητικά ερωτήματα χρησιμοποιήθηκαν διάφοροι στατιστικοί έλεγχοι. Αρχικά, έγινε μια περιγραφή των κοινωνιοδημογραφικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια του συνολικού δείγματος της μελέτης. Αργότερα ελέγχθηκαν οι κατανομές στις μεταβλητές που επιτρέπουν την αποσαφήνιση των μεταβολών που παρατηρούνται στους συμμετέχοντες και συγκροτούν τη διαφορά *πριν* και *μετά* τη συγκεκριμένη θεραπευτική εμπειρία.

Πολλές από τις συγκρίσεις έγιναν σε κατηγορικές μεταβλητές, γι αυτό πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος χ^2 (*chi square*) για να ελεγχθούν οι διαφορές στην αποτελεσματικότητα μεταξύ των μεταβλητών. Η αναφορά των σημαντικών στατιστικών διαφορών συμπληρώνεται επιπλέον με στοιχεία που κι αν ακόμα δεν εμφανίζονται στατιστικά σημαντικά έχουν κλινικό ενδιαφέρον και συνδράμουν στην καλύτερη κατανόηση των αποτελεσμάτων. Για μεταβλητές που εκφράζονταν με αριθμητικά δεδομένα σε τακτική παράθεση και αφορούσαν χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπως ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία και η βαθμολογία του SOGS χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος του κριτηρίου *t* (*t-test*) με στόχο τον εντοπισμό σημαντικών διαφορών μεταξύ των συγκρινόμενων ομάδων. Σε κάποιες μεταβλητές των οποίων η φύση το επέτρεπε επιχειρήθηκαν και έλεγχοι συσχέτισεων (*correlation*).

4.1. Περιγραφική Στατιστική - Ανάλυση.

Η περιγραφική στατιστική αφορά την απλή περιγραφή των απαντήσεων που έχουν δώσει οι συμμετέχοντες στην έρευνα. Στην περιγραφική στατιστική χρησιμοποιούνται μέσοι όροι και τυπικές αποκλίσεις, συχνότητες και ποσοστά για να γίνει η περιγραφή των απαντήσεων των συμμετεχόντων (Λουκαΐδης, 2011).

4.1.1. Χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων κατά την έναρξη της θεραπείας.

Πίνακας 1. Κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά.

	Συμμετέχοντες	
	n	%
Φύλο (N=70)		
Άνδρες	67	93,1
Γυναίκες	3	4,2
Υπηκοότητα (N=70)		
Κυπριακή	67	93,1
Άλλοδαποί χώρα Ε.Ε	3	4,2
Ηλικία (N=70)		
20 – 29 ετών	15	21,5
30 – 39 ετών	29	41,3
40 – 49 ετών	22	31,5
50 – 59 ετών	3	4,3
60 ετών ή περισσότερο	1	1,4
Μικρότερη Ηλικία (21) Μεγαλύτερη Ηλικία (63)	Μέση Ηλικία (36,89 έτη)	(τ.α. 8,38)
Εκπαίδευση (N=70)		
Πρωτοβάθμια	2	2,8
Δευτεροβάθμια	36	50,0
Τριτοβάθμια	32	44,4
Απασχόληση (N=70)		
Σταθερή εργασία	51	70,8
Περιστασιακή εργασία	6	8,3
Συνταξιούχοι	1	1,4
Άνεργοι	9	12,5
Φοιτητές	3	4,2
Οικογενειακή Κατάσταση (N=70)		
Ελεύθεροι	24	33,3
Έγγαμοι	39	54,2
Διαζευγμένοι	7	9,7
Συνθήκες Διαβίωσης (N=70)		
Μόνοι	8	11,1
Με γονική οικογένεια	22	30,6
Με σύντροφο	8	11,1
Με σύντροφο και παιδιά	31	43,1
Με φίλους	1	1,4

Στην παρούσα μελέτη συμπεριελήφθησαν 70 άτομα κατά την ένταξη τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα, από τα οποία 67 ή ποσοστό 93,1% ήταν άνδρες και 3 ή ποσοστό 4,2% ήταν γυναίκες. Σχεδόν το σύνολο των συμμετεχόντων ήταν Κύπριοι υπήκοοι με μόνο μικρό ποσοστό 4,2% να είναι υπήκοοι άλλων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η μέση ηλικία των ατόμων που εισήχθησαν ήταν τα 36,89 έτη, με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών να συγκεντρώνεται στην ηλικιακή κατηγορία των 30 – 39 ετών με ποσοστό 41,4%, αλλά και αρκετά μεγάλο ποσοστό 31,5% παρατηρείται στην κατηγορία των 40 – 49 ετών. Το άτομο με την μικρότερη ηλικία που αποτάθηκε στο πρόγραμμα για θεραπεία ήταν 21 ετών και το άτομο με την μεγαλύτερη ηλικία ήταν 63 ετών. Η εκπαίδευση των ατόμων που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα ήταν, κυρίως, δευτεροβάθμιου επιπέδου με ποσοστό 50%, αλλά με εξίσου σημαντικό ποσοστό τριτοβάθμιου επιπέδου (44,4%). Μόνο ελάχιστοι από τους συμμετέχοντες (2,8%) ήταν πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Οι περισσότεροι (70,8%) είχαν μια σταθερή εργασία ενώ αρκετοί (12,5%) ήταν άνεργοι. Όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση οι περισσότεροι ήταν έγγαμοι με ποσοστό 54,2%, ενώ οι άγαμοι αποτελούσαν 33,3%. Αρκετά πιο λίγοι ήταν οι διαζευγμένοι, με ποσοστό 9,7%. Οι περισσότεροι (43,1%) διαμένουν με τον/την σύντροφο και τα παιδιά τους, 11,1% μένουν μόνο με τον/την σύντροφο τους χωρίς παιδιά, (30,6%) διαμένουν με τη γονεϊκή τους οικογένεια (πίνακας 1).

4.1.2. Χαρακτηριστικά της ενασχόλησης των ατόμων με τα τυχερά παιχνίδια.

Όσον αφορά τα χαρακτηριστικά της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια όσων εντάχθηκαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα, από τους συμμετέχοντες 53 (75,7%) δήλωσαν ότι έπαιζαν τυχερά παιχνίδια σε πρακτορείο στοιχημάτων. Αυτό δηλαδή αποτελεί το πιο δημοφιλές είδος τζόγου μεταξύ του δείγματος. Αρκετά δημοφιλή ήταν και τα τυχερά παιχνίδια μέσω διαδικτύου (68,6%). Ακολουθούν τα τυχερά παιχνίδια καζίνο (41,4%) είτε αυτά πραγματοποιούνταν σε νόμιμο καζίνο είτε σε παράνομα είδη παιχνιδιών καζίνο όπως ηλεκτρονικές μηχανές (κουλοχέρηδες, μηχανές ρουλέτας κ.α). Τα στοιχήματα στον ιππόδρομο είναι ένα από τα είδη τζόγου με το οποίο το (32,9%) των συμμετεχόντων ασχολούνταν συστηματικά ενώ λιγότεροι (24,3%) ασχολήθηκαν με χαρτοπαίγνια. Τα τυχερά παιχνίδια τα οποία πραγματοποιούνται σε πρακτορεία του ΟΠΑΠ δεν παρουσίασαν ψηλό ποσοστό στα άτομα που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα,

αφού μόνο (21,4%) ασχολήθηκε με το συγκεκριμένο είδος. Ελάχιστοι ήταν όσοι ασχολήθηκαν με διαγωνισμούς τόμπολας (4,2%) (πίνακας 2).

Πίνακας 2.

Τυχερά Παιχνίδια με τα οποία ασχολούνταν οι συμμετέχοντες

(ερώτηση 1 ερωτηματολογίου SOGS)	Συμμετέχοντες	
	N	%
Χαρτοπαίγνια	17	24,3
Τυχερά παιχνίδια σε πρακτορείο	53	75,7
Παιχνίδια καζίνου	29	41,4
Παιχνίδια ΟΠΑΠ	15	21,4
Διαδικτυακά παιχνίδια	48	68,6
Ιππόδρομο	23	32,9
Τόμπολες	3	4,2

Σημαντικό ενδιαφέρον παρουσιάζει το ύψος του χρηματικού ποσού το οποίο οι συμμετέχοντες ξόδευαν σε τυχερά παιχνίδια κατά τη διάρκεια μιας μέρας. Οι περισσότεροι (27,1%) έχουν ποντάρει σε μια μέρα από 1000 – 5.000 ευρώ και (22,9%) από 500 – 1000 ευρώ. Δηλαδή πέραν από το (50%) των ατόμων που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα ξόδεψαν μέσα σε μια μέρα ποσό μεταξύ 500 και 5.000 ευρώ. Επίσης το (25,8%) των ατόμων έχει παίξει μέσα σε μια μέρα ποσά από 5.000 μέχρι και περισσότερα από 10.000 ευρώ. Από τον υπόλοιπο πληθυσμό του δείγματος (20%) έχουν ποντάρει στο τζόγο σε μια μέρα από 100 – 500 ευρώ και λιγότεροι (4,3%) είναι αυτοί που περιορίστηκαν στα 100 ευρώ μέσα σε μια μέρα (πίνακας 3).

Πίνακας 3.

Χρηματικό ποσό πονταρίσματος σε μια μέρα

(ερώτηση 2 ερωτηματολογίου SOGS) (N=70)	N	%
Μέχρι 100 ευρώ	3	4,3
100 – 500	14	20,0
500 – 1000	16	22,9
1000 – 5000	19	27,1
5000 – 10000	9	12,9
>10000	9	12,9

Πίνακας 4.

Χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς της εξάρτησης από τον τζόγο (ερωτήσεις 3 – 6 ερωτηματολογίου SOGS).

	Συμμετέχοντες	
	n	%
Αντιμετώπισε κάποιος από τους γονείς πρόβλημα με τον τζόγο (ερώτηση 3 ερωτηματολογίου SOGS) (N=70)		
Ναι	15	21,4
Όχι	55	78,6
Επόμενη μέρα ανάκτηση χαμένων (N=70) (ερώτηση 4 ερωτηματολογίου SOGS)		
Κάποιες φορές	19	27,1
Τις περισσότερες φορές	45	64,3
Πάντοτε	6	8,6
Ψέμα για το αποτέλεσμα του παιχνιδιού (N=70) (ερώτηση 5 ερωτηματολογίου SOGS)		
Ποτέ	34	48,6
Κάποιες φορές	33	47,1
Τις περισσότερες φορές	2	2,9
Πάντοτε	1	1,4
Αναγνώριση ύπαρξης προβλήματος με τον τζόγο (N=70) (ερώτηση 6 ερωτηματολογίου SOGS)		
Στο παρελθόν ναι τώρα όχι	2	2,8
Ναι	68	97,1

Στον πίνακα 4 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις 3,4,5, και 6 του SOGS που αναφέρονται στα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς της εξάρτησης από τον τζόγο. Είναι σημαντικό ότι το (78,6%) των ατόμων που ζήτησαν θεραπευτική βοήθεια για το πρόβλημα του τζόγου δηλώνουν ότι κανένας από τους γονείς τους δεν είχε τέτοιο πρόβλημα. Μόνο το (21,4%) απάντησαν ότι παρόμοιο πρόβλημα αντιμετώπισε ο πατέρας. Οι ερωτήσεις 4 και 5 σύμφωνα και με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-4, κριτήρια 6,7 «αφού χάσει χρήματα στο παιχνίδι, συχνά επιστρέφει μίαν άλλη μέρα να ξανακερδίσει τα χαμένα» και «λέει ψέματα στα μέλη της οικογένειάς του, στον θεραπευτή του σε άλλους για να αποκρύψει την έκταση της εμπλοκής του σε τυχερά παιχνίδια», αντίστοιχα, διερευνούν την ύπαρξη ή όχι παθολογικής ενασχόλησης με τον τζόγο. Είναι επομένως σημαντικό στοιχείο ότι όλος ο πληθυσμός της μελέτης επέστρεφε την επόμενη μέρα στο παιχνίδι για να ανακτήσει τα χαμένα της προηγούμενης. Συγκεκριμένα (64,3%) επέστρεφαν τις περισσότερες φορές, (27,1%) κάποιες φορές και (8,6%) πάντοτε. Όσον αφορά τα ψεύδη για το αποτέλεσμα του παιχνιδιού, δηλαδή αν έχασε

κάποιος σε παιχνίδι αλλά ανακοίνωσε ότι κέρδισε, (48,6%) ανέφεραν ότι δεν το έκαναν ποτέ ενώ (47,1%) είχαν πει ψέματα για το αποτέλεσμα κάποιες φορές. Επίσης, σχεδόν όλος ο πληθυσμός της μελέτης (97,1%) είχε αναγνωρίσει την ύπαρξη του προβλήματός του με τον τζόγο και μόνο (2,8%) δεν συνειδητοποίησαν κάτι τέτοιο (πίνακας 4).

Πίνακας 5.

*Χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς της εξάρτησης από τον τζόγο
(ερωτήσεις 7 – 15 ερωτηματολογίου SOGS).*

(N=70)	ΝΑΙ n (%)	ΟΧΙ n (%)
7. Στοιχηματίζατε ποτέ περισσότερα από όσο είχατε πρόθεση	70 (100%)	
8. Σας έχουν επικρίνει ποτέ για την ενασχόληση σας με τον τζόγο	66 (94,3%)	4 (5,7%)
9. Έχετε νιώσει ενοχές για τον τρόπο που στοιχηματίζετε	70 (100%)	
10. Νιώσατε ότι θέλατε να σταματήσετε αλλά πιστεύατε ότι δεν θα τα καταφέρετε	59 (81,9%)	11 (15,3%)
11. Αποκρύψατε ποτέ σημάδια της ενασχόλησης σας από τους δικούς σας ανθρώπους	49 (70%)	21 (30%)
12 και 13. Είχατε συζητήσεις με τους δικούς σας ανθρώπους για τα λεφτά που ξοδεύατε στον τζόγο	56 (77,8%)	14 (20%)
14. Δανειστήκατε ποτέ από κάποιον λεφτά χωρίς να τα επιστρέψετε εξαιτίας του τζόγου	24 (34,3)	46 (65,7)
15. Σπαταλήσατε εργασιακό χρόνο εξαιτίας του τζόγου	36 (51,4%)	34 (48,6)

Οι περισσότερες από τις πιο πάνω ερωτήσεις του SOGS σχετίζονται με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια όπως αυτά αναφέρονται στο πρώτο μέρος της μελέτης. Όπως διαπιστώνεται όλα τα άτομα που ζήτησαν θεραπευτική βοήθεια από το πρόγραμμα στοιχημάτιζαν περισσότερα από όσα είχαν πρόθεση, και ένιωσαν ενοχές για τον τρόπο που στοιχημάτιζαν. Σχεδόν όλοι είχαν επικριθεί για την ενασχόληση τους με τον τζόγο και οι περισσότεροι ένιωσαν ότι ήθελαν να σταματήσουν αλλά πίστευαν ότι δεν θα τα καταφέρουν. Επίσης οι περισσότεροι προσπαθούσαν να αποκρύψουν την ενασχόληση τους με τα τυχερά παιχνίδια από τους δικούς του ανθρώπους αλλά και είχαν συζητήσεις με αυτούς για τον τρόπο που

διαχειρίζονται τα λεφτά τους και τα επενδύουν στον τζόγο. Ο μισός περίπου πληθυσμός της μελέτης σπαταλούσε εργασιακό χρόνο για την ενασχόληση του με τυχερά παιχνίδια αλλά λιγότεροι ήταν αυτοί που δανείστηκαν λεφτά από κάποιον εξαιτίας του τζόγου χωρίς να τα επιστρέψουν (πίνακας 5).

Πίνακας 6.

Δανεισμός χρημάτων για τζόγο (ερώτηση 16 ερωτηματολογίου SOGS).

<i>(N=70)</i>	ΝΑΙ n (%)	ΟΧΙ n (%)
16α. Δανειστήκατε λεφτά για τον τζόγο από τον οικογενειακό σας προϋπολογισμό	62 (88,6%)	8 (11,4%)
16β. Δανειστήκατε λεφτά για τον τζόγο από τον/την σύντροφο σας	14 (20%)	56 (80%)
16γ. Δανειστήκατε λεφτά για τον τζόγο από συγγενείς	43 (61,4)	27 (38,6)
16δ. Δανειστήκατε λεφτά για τον τζόγο από τράπεζες	54 (77,1%)	16 (22,9%)
16ε. Δανειστήκατε λεφτά για τον τζόγο χρεωστικές κάρτες	43 (61,4%)	27 (38,6%)
16ζ. Δανειστήκατε λεφτά για τον τζόγο από τοκογλύφους	21 (30%)	49 (70%)
16η. Δανειστήκατε λεφτά για τον τζόγο από τις οικονομίες σας	66 (94,3%)	4 (5,7%)
16θ. Δανειστήκατε λεφτά για τον τζόγο από πώληση προσωπικής ή οικογενειακής περιουσίας	20 (28,6%)	50 (71,4%)
16ι. Προβήκατε σε υπεραναλήψεις λογαριασμών ή ακάλυπτες επιταγές λόγω του τζόγου	14 (20%)	56 (80%)
16ια. Δανειστήκατε λεφτά για τον τζόγο από χρεωστικό λογαριασμό σε πρακτορείο στοιχημάτων	38 (54,3%)	32(45,7%)
16ιβ. Δανειστήκατε λεφτά για τον τζόγο από χρεωστικό λογαριασμό σε καζίνο	3 (4,2%)	67(95,7%)

Η ερώτηση 16 του SOGS σχετίζεται άμεσα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM IV για την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια και έχει να κάνει με το κριτήριο 10 – «εάν το άτομο αποτείνεται στους άλλους να του δώσουν χρήματα για να ανακουφίσει μια απελπιστική οικονομική κατάσταση που προκλήθηκε από την ενασχόληση με τυχερά παιχνίδια». Όλοι οι συμμετέχοντες αποτάθηκαν σε άλλους για να πάρουν λεφτά σχετικά με την ενασχόληση τους με τα τυχερά παιχνίδια. Οι περισσότεροι ανέφεραν ότι δανείζονταν από συγγενείς, τράπεζες, χρεωστικές κάρτες και πρακτορεία στοιχημάτων.

Σχεδόν όλοι (94,3%) χρησιμοποιούσαν τα λεφτά από τις οικονομίες τους για να παίξουν και αρκετοί άλλοι (88,6%) χρησιμοποιούσαν λεφτά από τον οικογενειακό τους προϋπολογισμό. Σημαντικό είναι και το ποσοστό των ατόμων που χρησιμοποιούσαν παράνομους τρόπους εξεύρεσης λεφτών για τον τζόγο όπως από τοκογλύφους (30%) και ακάλυπτες επιταγές (20%). Επίσης (28,6%) αναφέρουν ότι έχουν πωλήσει προσωπική ή οικογενειακή περιουσία για την εξόφληση οικονομικών συνεπειών του τζόγου. Ελάχιστοι είναι όσοι δανείζονταν από χρεωστικό λογαριασμό σε καζίνο με μόνο 4,2% να απαντά θετικά και αυτό κυρίως οφείλεται στο γεγονός ότι δεν υπάρχουν καζίνο στις ελεύθερες περιοχές της Κύπρου και είναι πιο δύσκολο να χρησιμοποιήσουν αυτό το μέσο για να βρουν χρήματα για τον τζόγο.

Πίνακας 7.

Βαθμολογία ερωτηματολογίου SOGS συνολικού δείγματος πριν την θεραπεία

Χαμηλότερη τιμή	Ψηλότερη τιμή	Μέσος όρος	Διάμεσος	Τυπική απόκλιση
6	19	12,9	13	3,5

Η βαθμολογία SOGS όπως καταγράφηκε κατά την ένταξη του κάθε ατόμου στο πρόγραμμα και πριν ακόμη ξεκινήσει οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση κατέδειξε ως χαμηλότερη τιμή στους 6 βαθμούς και ψηλότερη τιμή στους 19 βαθμούς με μέσο όρο στο $13 \pm 3,5$. Λαμβάνοντας υπόψη ότι τιμές >4 μέχρι το 20 κατατάσσουν το άτομο στην κατηγορία του παθολογικού προβλήματος με τα τυχερά παιχνίδια, ο πιο πάνω πίνακας (7) δείχνει ότι όλος ο πληθυσμός της μελέτης όταν ζήτησε βοήθεια από το θεραπευτικό πρόγραμμα είχε παθολογικό πρόβλημα με τα τυχερά παιχνίδια.

Επίσης, κατά την έναρξη της θεραπείας, τα άτομα αντιμετώπιζαν προβλήματα στη ζωή τους σε διάφορα πεδία όπως εργασία, οικογένεια, νομικές περιπλοκές, ψυχοσυναισθηματικές και σωματικές διαταραχές όπως αυτά παρουσιάζονται στο πιο κάτω πίνακα.

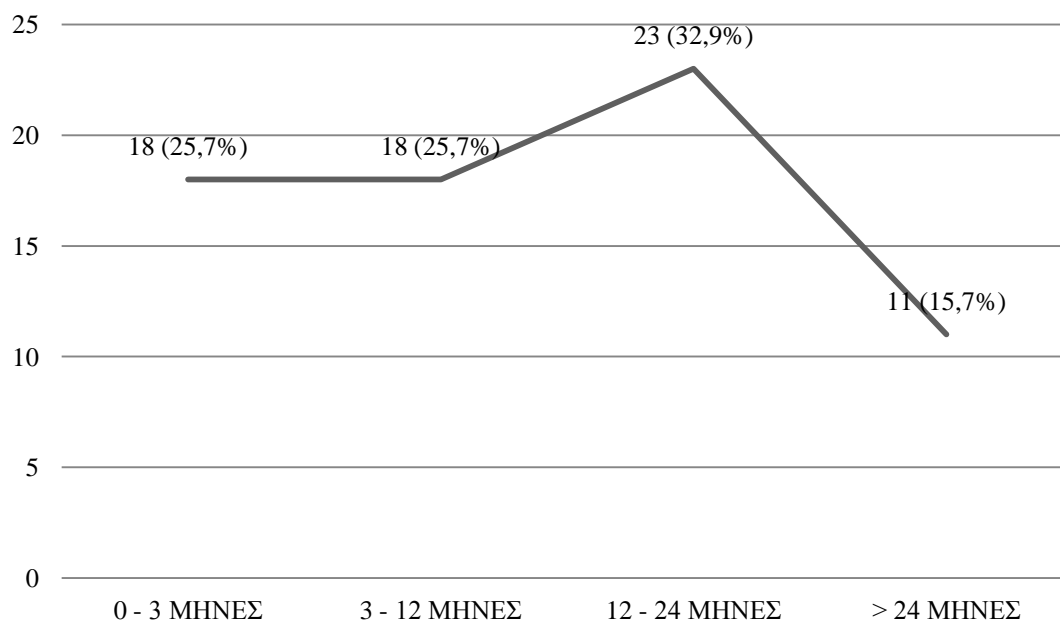
Πίνακας 8.***Προβλήματα κατά την ένταξη στη θεραπεία***

	Ναι n (%)	Όχι n (%)
Προβλήματα στην εργασία	9 (12,9%)	61 (87,1%)
Προβλήματα στην οικογένεια	65 (90,9%)	5 (7,1%)
Νομικά προβλήματα	8 (11,4%)	62 (88,6%)
Ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα	67 (95,7%)	3 (4,3%)
Σωματικά προβλήματα	32 (45,7%)	38 (54,3%)

Τα περισσότερα άτομα (95,7%) όταν αποτάθηκαν στο πρόγραμμα για θεραπεία ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα κυρίως άγχος, θυμό, κατάθλιψη, απόγνωση και απελπισία. Οι περισσότεροι (90,9%), ανέφεραν ότι αντιμετώπιζαν προβλήματα με την οικογένεια τους. Αρκετοί ήταν αυτοί που αντιμετώπιζαν σωματικά προβλήματα (45,7%) και λιγότεροι αντιμετώπιζαν προβλήματα στην εργασία (12,9%) και νομικά προβλήματα (11,4%). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι το κάθε άτομο μπορεί να παρουσίαζε ένα ή και περισσότερα από τα πιο πάνω προβλήματα κατά την ένταξη στο πρόγραμμα και όλα τα προβλήματα ήταν συνέπειες της παθολογικής του ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια.

4.1.3. Χρόνος παραμονής στη θεραπεία

Ο χρόνος που παρέμειναν στη θεραπεία ομαδοποιήθηκε ως προς το διάστημα που μεσολάβησε από την εισαγωγή μέχρι και την αποχώρηση από τη θεραπεία. Η απομάκρυνση αυτή έχει δύο μορφές: Πρόωρη ανεπιθύμητη διακοπή της θεραπευτικής διαδικασίας ή ολοκλήρωση της διαδικασίας όπως προβλέπει ο θεραπευτικός σχεδιασμός. Η πρόωρη ανεπιθύμητη διακοπή του θεραπευτικού προγράμματος μπορεί να οφείλεται σε αποβολή από το πρόγραμμα ή σε ατομική απόφαση του θεραπευόμενου. Συνήθως οι διακοπές στη συγκεκριμένη μελέτη ήταν πρωτοβουλία του ίδιου του θεραπευόμενου είτε για λόγους υποτροπής και μη θέλησης να επιστρέψει ξανά σε πλήρη αποχή, είτε γιατί πίστευε στις δικές του δυνάμεις για τη συνέχεια της προσπάθειας του, είτε και για προσωπικές δυσκολίες συνέχισης της παρακολούθησης του προγράμματος. Στο παρακάτω Γράφημα 1. παρουσιάζεται η χρονική περίοδος που έτυχε θεραπεία ο πληθυσμός της μελέτης.



Γραφημα2: Ποσοστό και χρόνος παραμονής των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα.

Τα στοιχεία της πορείας της θεραπευτικής παρέμβασης των ατόμων που εντάχθηκαν στο πρόγραμμα κατέδειξαν ότι 18 άτομα (25,7%) διέκοψαν μέσα στους πρώτους 3 μήνες της θεραπευτικής διαδικασίας. Το ίδιο ποσοστό ατόμων (25,7%) παρέμεινε σε θεραπεία για χρονική περίοδο από 3 μέχρι και 12 μήνες. Οι περισσότεροι (32,9%) παρέμειναν σε θεραπεία περισσότερο από 12 μήνες μέχρι και 24 μήνες ενώ (15,7%) των συμμετεχόντων ολοκλήρωσαν τη θεραπευτική διαδικασία.

Επιπρόσθετα όσον αφορά στους μήνες παραμονής των 70 ατόμων, έγινε περιγραφική ανάλυση (πίνακας 9) και κατέδειξε ως λιγότερο χρόνο θεραπευτικής παρέμβασης 0 μήνες όπου αυτό σημαίνει αποχώρηση από το πρόγραμμα από την πρώτη συνέντευξη αξιολόγησης, και μεγαλύτερο χρόνο θεραπευτικής παρέμβασης 24 μήνες όπου σημαίνει και ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας. Ο μέσος όρος καταγράφηκε στους 11 ± 8 μήνες. Επομένως, οι περισσότεροι συμμετέχοντες παρέμειναν στη θεραπεία για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο από 3 έως και 19 μήνες.

Πίνακας 9.

Χρονικό διάστημα παραμονής στη θεραπεία (N=70)

Λιγότερο διάστημα	Περισσότερο διάστημα	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
0 μήνες	24 μήνες	10,8 μήνες	8,1 μήνες

Πιο πάνω έγινε περιγραφική ανάλυση των χαρακτηριστικών των ατόμων του συνολικού δείγματος της μελέτης και των χαρακτηριστικών της ενασχόλησης τους με τα τυχερά παιχνίδια κατά την περίοδο ένταξης τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα. Στην συνέχεια ακολουθεί η ανάλυση των μεταβλητών της μελέτης οι οποίες μέσα από την διαδικασία της στατιστικής σημαντικότητας καθορίζουν την αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού προγράμματος που είναι και το ερώτημα στόχος της παρούσας έρευνας.

4.2. Αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης.

Η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής παρέμβασης συναρτάται με τη συμπεριφορά των συμμετεχόντων κατά την επανεξέταση σε σχέση με την ενασχόληση τους με τα τυχερά παιχνίδια. Επομένως, το βασικό κριτήριο που επελέγη είναι η συμπεριφορά ως προς την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, η οποία διαχωρίζεται σε τρεις κατηγορίες «πλήρης αποχή», «μειωμένη ενασχόληση», «πλήρης ενασχόληση». Στο πλαίσιο αυτό οι συμμετέχοντες εξετάστηκαν με το ερωτηματολόγιο SOGS αν την περίοδο της επανεξέτασης είναι σε πλήρη αποχή ή όχι. Το κριτήριο της πλήρους αποχής είναι άλλωστε ένα από τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της μελέτης, αν δηλαδή, τα άτομα μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση κατάφεραν να ελέγξουν την συμπεριφορά τους με τον τζόγο και βρίσκονται σε πλήρη αποχή.

4.2.1. Η ανταποκρισιμότητα της μελέτης

Από τα 70 άτομα το οποία αποτάθηκαν στο πρόγραμμα για θεραπεία, ανεβρέθηκαν τα 59 άτομα και τους ζητήθηκε να δώσουν στοιχεία όσον αφορά την συμπεριφορά τους ως προς τα τυχερά παιχνίδια μετά της θεραπευτικής παρέμβασης που έτυχαν από το πρόγραμμα. Τα 6 άτομα αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στη διαδικασία επαναξιολόγησης της κατάστασης τους, τα 11 άτομα δεν ανεβρέθηκαν και τα 53 άτομα συμμετείχαν στην επαναξιολόγηση (πίνακας 10). Η γενική ανταποκρισιμότητα της μελέτης είναι ικανοποιητική, αφού σύμφωνα με τον Παπαναστασάτος, (2005) ποσοστά που

υπερβαίνουν το 70% αποτελούν ικανοποιητικό κριτήριο αξιοπιστίας και αντιπροσωπευτικότητας.

Πίνακας 10.

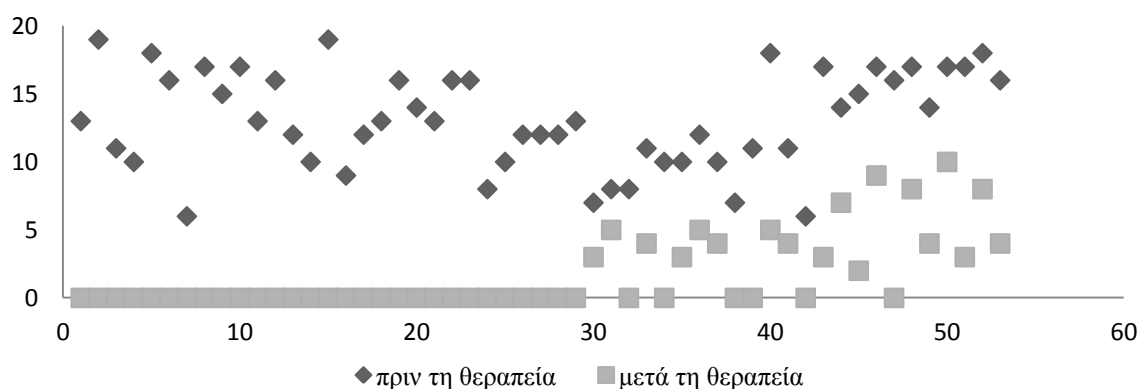
Συμμετοχή εξαρτημένων στην επαναληπτική αξιολόγηση (N=70)

	<i>n</i>	<i>%</i>
Συμμετείχαν	53	75,7
Αρνήθηκαν	6	8,6
Δεν ανεβρέθηκαν	11	15,7

Επομένως 53 άτομα (75,7%) του συνολικού δείγματος της πρώτης φάσης αξιολόγησης πέρασαν από τη διαδικασία επαναξιολόγησης της κατάστασης τους σχετικά με την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, μετά την θεραπευτική παρέμβαση. Τα άτομα της επαναληπτικής αξιολόγησης συμπλήρωσαν ξανά το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της συμπεριφοράς του τζόγου SOGS και απάντησαν σε ερωτήσεις οι οποίες αφορούσαν την κατάσταση σε σχέση με τα προβλήματα και τις συνέπειες της συμπεριφοράς του τζόγου.

4.2.2. Ερωτηματολόγιο SOGS

Το ερωτηματολόγιο SOGS στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε να έχει ικανοποιητική αξιοπιστία, με το συντελεστή Cronbach's alpha στο 0,74 εσωτερικής συνοχής στα 20 σημεία. Στο πιο κάτω (γράφημα 3) παρουσιάζεται η συνολική εικόνα της βαθμολογίας που έδωσαν τα άτομα κατά την ένταξη τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα πριν και μετά από την θεραπευτική παρέμβαση που έτυχαν. Διακρίνεται η σημαντική μείωση της βαθμολογίας μετά την θεραπευτική παρέμβαση στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης.



Γράφημα 3. Βαθμολογία SOGS πριν και μετά τη θεραπεία (N=53)

Συγκεκριμένα πριν από την θεραπευτική παρέμβαση τα άτομα κατέγραφαν μέσο όρο 13,1 ± 3,6 στη βαθμολογία SOGS ενώ μετά την θεραπευτική παρέμβαση κατέγραφαν ένα μέσο όρο 1,72 ± 2,8 στη βαθμολογία SOGS (πίνακας 11).

Πίνακας 11.

Περιγραφή Βαθμολογία SOGS πριν και μετά τη θεραπεία

(N=53)	Χαμηλότερη τιμή	Ψηλότερη τιμή	Μέσος όρος	Τυπική απόκλιση
Βαθμολογία SOGS πριν τη θεραπεία	6	19	13,11	3,58
Βαθμολογία SOGS μετά τη θεραπεία	0	10	1,72	2,76

Για να διερευνηθεί κατά πόσο η βαθμολογία του SOGS μειώθηκε στο δείγμα της μελέτης το οποίο συμμετείχε στην επαναληπτική αξιολόγηση μετά από την θεραπευτική παρέμβαση, διενεργήθηκε t-test για εξαρτημένα δείγματα. Η ανάλυση κατέδειξε στατιστικά σημαντική μείωση της βαθμολογίας του SOGS, $t(52)=21,04$, $p < 0,05$ (πίνακας 12). Αυτό καταδεικνύει ότι η θεραπευτική παρέμβαση ήταν αποτελεσματική ως προς τη μείωση της εξαρτητικής συμπεριφοράς με τα τυχερά παιχνίδια αφού η χαμηλότερη βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο SOGS συνεπάγεται με μικρότερο ή καθόλου πρόβλημα ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια.

Πίνακας 12.

Αποτέλεσμα t-test για τη βαθμολογία ερωτηματολογίου SOGS πριν και μετά την θεραπεία.

	Paired Samples test					t	df	Sig. (2-tailed)
	Paired Differences							
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
Lower				Upper				
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ SOGS ΠΡΙΝ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ SOGS ΜΕΤΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	11,396	3,944	,542	10,309	12,483	21,038	52	,000

Κατά την ένταξη των ατόμων στο θεραπευτικό πρόγραμμα σύμφωνα με την κατηγορία κατάταξης της συμπεριφοράς σε σχέση με τα τυχερά παιχνίδια όπως ορίζεται από το ερωτηματολόγιο SOGS (πίνακας 13), όλος ο πληθυσμός της μελέτης παρουσίαζε

παθολογικό πρόβλημα. Τα αποτελέσματα άλλαξαν μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση που έτυχαν τα άτομα στο πρόγραμμα και από τα 53 άτομα μόνο τα 3 συνεχίζουν να έχουν παθολογικό πρόβλημα. Τα 13 άτομα από παθολογικό πρόβλημα που είχαν πριν τη θεραπεία αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα με τον τζόγο και τα 37 άτομα καθόλου πρόβλημα με τον τζόγο.

Πίνακας 13.

Ποσοστό συμμετεχόντων σε σχέση με την κατάταξη (SOGS) ως προς το πρόβλημα του τζόγου πριν και μετά την παρεμβατική θεραπεία

(N=53)	Πριν n (%)	Μετά N (%)
Καθόλου Πρόβλημα με τον Τζόγο	0	37 (69,8)
Κάποιο Πρόβλημα με τον Τζόγο	0	13 (24,5)
Παθολογικό Πρόβλημα με τον Τζόγο	53 (100)	3 (5,7)

4.2.3. Χρόνος παραμονής στη θεραπεία και αποτελεσματικότητα.

Ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη διαδικασία της απεξάρτησης και της επίτευξης της αλλαγής της συμπεριφοράς της εξάρτησης. Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω (πίνακας 9) ο μέσος όρος του χρόνου παραμονής στη θεραπεία καταγράφηκε στους 11±8 μήνες και οι περισσότεροι συμμετέχοντες παρέμειναν στη θεραπεία για χρονικό διάστημα από 3 έως και 19 μήνες. Όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα ο χρόνος παραμονής διερευνάται σε σχέση με το αποτέλεσμα μετά τη θεραπεία. Συγκεκριμένα διερευνάται κατά πόσο οι συμμετέχοντες κατάφεραν να ελέγξουν την ενασχόληση τους με τα τυχερά παιχνίδια και σε ποια χρονική περίοδο (πίνακας 14).

Πίνακας 14.

Ποσοστό συμμετεχόντων σε σχέση με χρόνο παραμονής και αποτελέσματα μετά την ολοκλήρωση του θεραπευτικού προγράμματος

Χρόνος παραμονής και κατάσταση ως προς την συμπεριφορά εξάρτησης	< 3 Μήνες n (%)	3 < 12 Μήνες n (%)	12 < 24 Μήνες n (%)	>24 Μήνες n (%)	Σύνολο N = 53 n (%)
Πλήρης αποχή	0 (0)	9 (17)	17 (32,1)	11 (20,8)	37 (69,8)
Μειωμένη ενασχόληση	0 (0)	9 (17)	4 (7,5)	0 (0)	13 (24,5)
Πλήρης ενασχόληση	1 (1,9)	0 (0)	2 (3,8)	0 (0)	3 (5,7)

Για να διερευνηθούν πιθανές διαφορές στη συμπεριφορά των συμμετεχόντων ως προς την ενασχόλησή τους με τον τζόγο μετά τη θεραπευτική παρέμβαση, χρησιμοποιήθηκε το κριτήριο Chi-square (χ^2) για ανεξάρτητα δείγματα. Η ανάλυση κατέδειξε ότι ένα στατιστικά σημαντικό μεγαλύτερο ποσοστό (69,8%) των ατόμων, μετά από θεραπευτική παρέμβαση >3 μηνών παρέμειναν σε πλήρης αποχή από την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, $\chi^2(6) = 29.1$, $p < 0,01$. Συγκεκριμένα σε κατάσταση πλήρης αποχής παρέμειναν τα 37 από τα 53 άτομα της επαναληπτικής αξιολόγησης με το μεγαλύτερο ποσοστό να σημειώνεται σε χρονική περίοδο θεραπείας > από 12 μήνες. Σημαντικό επίσης είναι και το ποσοστό (24,5%) των ατόμων όπου παρουσίασαν μειωμένη ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια αφού έτυχαν θεραπείας > από 3 μήνες.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι κατά την ένταξη στο θεραπευτικό πρόγραμμα όλα τα άτομα παρουσίαζαν πλήρη ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, οι πιο πάνω διαφοροποιήσεις στη συμπεριφορά των ατόμων από την εξέταση των στοιχείων που συνδέουν την αποτελεσματικότητα με το χρόνο παραμονής, καταδεικνύουν ότι όσο περισσότερο μένει κάποιος στη θεραπευτική διαδικασία τόσο θετικότερο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται.

Σε συνέχεια, ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία διερευνήθηκε σε σχέση με τη βαθμολογία του ερωτηματολογίου SOGS που επέτυχε το κάθε άτομο στην επαναληπτική αξιολόγηση η οποία πραγματοποιήθηκε μετά την παρεμβατική θεραπεία. Για να διερευνηθούν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ του χρόνου παραμονής στη θεραπεία και της βαθμολογίας του SOGS μετά τη θεραπεία, εφαρμόστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson's r. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική αρνητική

συσχέτιση μεταξύ του χρόνου παραμονής στη θεραπεία και της βαθμολογίας του SOGS, $r = -0.35$, $p < 0.01$. Επομένως το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα που παρέμεινε κάποιος σε θεραπεία είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση της βαθμολογίας του SOGS και κατά συνέπεια τη μείωση της ενασχόλησης του με τα τυχερά παιχνίδια (Πίνακας 15).

Πίνακας 15.

Σχέση βαθμολογίας ερωτηματολογίου SOGS και χρόνου παραμονής στη θεραπεία

		ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ SOGS META ΘΕΡΑΠΕΙΑ	ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΒΑΘΜΟΛΟΓΙΑ SOGS META ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Pearson Correlation	1	-,408**
	Sig. (2-tailed)		,002
	N	53	53
ΧΡΟΝΟΣ ΠΑΡΑΜΟΝΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ	Pearson Correlation	-,408**	1
	Sig. (2-tailed)	,002	
	N	53	53

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

4.2.4. Προβλήματα ως συνέπεια της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια και αποτελεσματικότητα.

Πίνακας 16.

Προβλήματα συμμετεχόντων λόγω τζόγου πριν και μετά τη θεραπευτική παρέμβαση.

(N=53) Είδος προβλήματος	Πριν n (%)	Μετά n (%)
Προβλήματα στην εργασία	9 (17)	0 (0)
Προβλήματα στην οικογένεια	48 (90,6)	21(39,6)
Νομικά προβλήματα	6 (11,3)	2 (3,8)
Ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα	50 (94,3)	21(39,6)
Σωματικά προβλήματα	24 (45,3)	1(1,9)

Ο περισσότερος πληθυσμός της επαναληπτικής αξιολόγησης (94,3%) πριν από την θεραπευτική παρέμβαση αντιμετώπιζε ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα. Το ποσοστό αυτό μειώθηκε στο (39,6%) μετά την θεραπευτική παρέμβαση. Αρκετά μεγάλο ήταν και

το ποσοστό των ατόμων που αντιμετώπιζαν προβλήματα στο οικογενειακό τους περιβάλλον (90,6%) το οποίο μετά τη θεραπευτική παρέμβαση μειώθηκε επίσης στο (39,6%). Όσον αφορά στα σωματικά προβλήματα πριν από την θεραπεία (45,3%) των ατόμων απάντησαν θετικά και σχεδόν όλοι μετά τη θεραπεία ξεπέρασαν τα σωματικά προβλήματα που είχαν κατά την περίοδο ενασχόλησης τους με τα τυχερά παιχνίδια. Ένα μικρό ποσοστό (11,6%) είχε νομικά προβλήματα λόγω τζόγου το οποίο μετά τη θεραπεία μειώθηκε στο (3,8%). Λίγα ήταν τα άτομα (17%) τα οποία παρουσίαζαν πρόβλημα σχετικά με την εργασία τους όπου και μετά τη θεραπευτική παρέμβαση δεν υπήρξαν αλλαγές στον τομέα αυτό και εξακολουθούσαν να παραμένουν άνεργοι (πίνακας 16).

Τα προβλήματα στα οποία τα περισσότερα άτομα ανέφεραν ότι είχαν δυσκολίες ως αποτέλεσμα της συμπεριφοράς τους με τον τζόγο ήταν οικογενειακά, ψυχοσυναισθηματικά και σωματικά. Σε σχέση με αυτά έγινε διερεύνηση συσχέτισης με το αποτέλεσμα μετά την θεραπεία με το κριτήριο Chi-square (χ^2) (πίνακας 17). Η ανάλυση κατέδειξε ότι ένα στατιστικά σημαντικό ποσοστό (70,8%) των ατόμων που αντιμετώπιζαν προβλήματα με την οικογένεια τους πριν από την θεραπεία, μετά από θεραπευτική παρέμβαση ήταν σε πλήρη αποχή. Επίσης κατέδειξε ότι το (72%) των ατόμων που αντιμετώπιζαν πριν από τη θεραπεία ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα επίσης βρίσκονται σε πλήρη αποχή μετά τη θεραπευτική παρέμβαση. Η κατηγορία των σωματικών προβλημάτων κατέδειξε τη σημαντικότερη στατιστική διαφορά από τις άλλες κατηγορίες. Συγκεκριμένα ποσοστό (87,5%) των ατόμων που αντιμετώπιζαν σωματικά προβλήματα πριν από την θεραπεία, βρίσκονται σε πλήρης αποχή μετά από την θεραπευτική παρέμβαση $\chi^2(2) = 9.93, p < 0.01$.

Πίνακας 17.

Σχέση προβλημάτων πριν την θεραπεία και αποτελέσματος μετά την θεραπεία.

Προβλήματα πριν την θεραπεία	Αποτέλεσμα μετά την θεραπεία		
	Πλήρη Αποχή	Μειωμένη ενασχόληση	Πλήρη ενασχόληση
Προβλήματα στην οικογένεια	70.8%	22.9%	2.7%
Ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα	72%	22%	6%
Σωματικά προβλήματα	87.5%	4.2%	8.3%

4.2.5. Σύμμαχος στη θεραπευτική διαδικασία.

Σημαντικό παράγοντας ως προς την έκβαση της θεραπείας είχε αποτελέσει η παρουσία ή απουσία συμμαχού στη θεραπευτική διαδικασία του ατόμου. Κατά την πρώτη φάση της αξιολόγησης τα άτομα τα οποία δεν είχαν σύμμαχο στο πρόγραμμα ανέρχονταν στο (52,9%) των συμμετεχόντων. Στη 2^η φάση της επαναληπτικής αξιολόγησης τα άτομα τα οποία είχαν σύμμαχο στην θεραπευτική τους διαδικασία αυξήθηκαν (60,4%). Αρκετοί συμμετέχοντες δεν είχαν σύμμαχο ούτε κατά τη δεύτερη φάση του προγράμματος (πίνακας 18).

Πίνακας 18.

Σύμμαχος στη θεραπευτική διαδικασία.

	1 ^η φάση αξιολόγησης (N=70)	2 ^η φάση επαναληπτική (N=53)
Ναι	33 (47,1%)	32 (60,4%)
Όχι	37 (52,9%)	21 (39,6%)

Πραγματοποιήθηκε διερεύνηση συσχέτισης της μεταβλητής σύμμαχος στο πρόγραμμα σε σχέση με το αποτέλεσμα μετά τη θεραπεία με το κριτήριο Chi-square (χ^2). Η ανάλυση κατέδειξε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (49,1%) των ατόμων που είχαν σύμμαχο στην θεραπευτική τους πορεία, μετά από θεραπευτική παρέμβαση ήταν σε πλήρης αποχή. Ενώ μικρότερο ήταν το ποσοστό των ατόμων (20,8%) που δεν είχαν σύμμαχο στο πρόγραμμα και κατάφεραν να είναι σε πλήρης αποχή. Η στατιστική σημαντικότητα κατέδειξε $\chi^2 (2) = 5.04, p < 0.05$ (Πίνακας 19).

Πίνακας 19.

Σχέση συμμαχού με αποτέλεσμα μετά τη θεραπεία

Σύμμαχος στο πρόγραμμα	Αποτέλεσμα μετά τη θεραπεία			Σύνολο
	Πλήρης αποχή	Μειωμένη ενασχόληση	Πλήρης ενασχόληση	
ναι	49,1%	9,4%	1,9%	60,4%
όχι	20,8%	15,1%	3,8%	39,6%
Σύνολο	69,9%	24,5%	5,7%	100%

Επίσης πραγματοποιήθηκε διερεύνηση συσχέτισης της μεταβλητής σύμμαχος στο πρόγραμμα σε σχέση με την οικογενειακή κατάσταση του ατόμου Chi-square (χ^2) (πίνακας 20). Η στατιστική σημαντικότητα κατέδειξε $\chi^2(2) = 9.8$, $p < 0.01$. Η ανάλυση κατέδειξε ότι οι περισσότεροι οι οποίοι είχαν σύμμαχο στο πρόγραμμα ήταν άγαμοι/ανύπαντροι (32,1%). Οι έγγαμοι παρόλο που το (22,6%) είχαν σύμμαχο στο πρόγραμμα περισσότεροι ήταν αυτοί που δεν είχαν σύμμαχο (32,1%).

Πίνακας 20.

Σύμμαχος στο πρόγραμμα	Σχέση συμμάχου με οικογενειακή κατάσταση			Σύνολο
	Άγαμος	Έγγαμος	Διαζευγμένος	
ναι	32,1%	22,6%	5,7%	60,4%
όχι	5,7%	32,1%	1,9%	39,6%
Σύνολο	37,7%	54,7%	7,5%	100%

Όσον αφορά την ανάλυση ως προς το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση και τις συνθήκες διαβίωσης, δεν ανεβρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση με άλλες μεταβλητές της μελέτης. Αποτέλεσαν όμως σημαντικό στοιχείο ως προς την διαμόρφωση του προφίλ του ατόμου που εντάχθηκε για θεραπεία από την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια στο πρόγραμμα απεξάρτησης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας Κύπρου.

4.2.6. Προφίλ εξαρτημένου ατόμου από την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια.

<p>Φύλο : Άνδρας</p> <p>Υπηκοότητα : Κυπριακή</p> <p>Ηλικία : 37 ± 8</p> <p>Εκπαίδευση : Δευτεροβάθμια ή Τριτοβάθμια</p> <p>Απασχόληση : Σταθερή εργασία</p> <p>Οικογενειακή Κατάσταση : Έγγαμος</p> <p>Συνθήκες Διαβίωσης : Με σύντροφο και παιδιά</p>	<p>Τυχερά Παιχνίδια με τα οποία ασχολείται :</p> <p>Παιχνίδια σε πρακτορείο στοιχημάτων</p> <p>Παιχνίδια μέσω διαδικτύου</p>
	<p>Χρηματικό ποσό πονταρίσματος σε μια μέρα :</p> <p>500 έως 5000 ευρώ</p>

- Σ** ⇒ Τις περισσότερες φορές επιστρέφει την επόμενη μέρα να ανακτήσει τα χαμένα
- Υ**
- Μ** ⇒ Αναγνωρίζει την ύπαρξη του προβλήματος του με τον τζόγο
- Π** ⇒ Στοιχηματίζει περισσότερα από όσα έχει πρόθεση
- Ε**
- Ρ** ⇒ Επικρίνεται για την ενασχόληση του με τον τζόγο
- Ι**
- Φ** ⇒ Νιώθει ενοχές για τον τρόπο που στοιχηματίζει
- Θ** ⇒ Νιώθει ότι θέλει να σταματήσει αλλά πιστεύει ότι δεν θα τα καταφέρει
- Ρ**
- Α** ⇒ Αντιμετωπίζει, λόγω τζόγου, οικογενειακά, ψυχοσυναισθηματικά και σωματικά προβλήματα
- Τ** ⇒ Κρύβει τα σημάδια της ενασχόλησης του από τους δικούς του ανθρώπους
- Ζ**
- Ο** ⇒ Έχει συζητήσεις με τους δικούς του ανθρώπους για τα λεφτά που ξοδεύει στον τζόγο
- Γ**
- Ο** ⇒ Δανείζεται λεφτά για τον τζόγο από τον οικογενειακό του προϋπολογισμό, από τις οικονομίες του, από τράπεζες, χρεωστικές κάρτες, από συγγενείς και από χρεωστικό λογαριασμό σε πρακτορείο στοιχημάτων
- Υ**

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

5.1. Συζήτηση Αποτελεσμάτων

Σκοπός της μελέτης είναι η αποτίμηση της αποτελεσματικότητας του προγράμματος απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια του Κέντρου Πολλαπλής Παρέμβασης των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Στη βάση των αποτελεσμάτων που προέκυψαν από την ποσοτική έρευνα, όπως αυτά αναφέρονται στην ανάλυση των αποτελεσμάτων στο κεφάλαιο 4, επιχειρείται μια σύγκριση με τις ανάλογες μελέτες που παρουσιάστηκαν στην ανασκόπηση των ερευνών και αναζητούνται οι αναλογίες και οι διαφοροποιήσεις που αναδεικνύονται σύμφωνα με τα βασικά ερωτήματα της έρευνας. Αναλύονται, τα χαρακτηριστικά των ατόμων που αποτάθηκαν στο πρόγραμμα απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια που παρουσιάζουν παθολογικό πρόβλημα σύμφωνα με την αξιολόγηση του SOGS και αναζητούνται συσχετίσεις ανάμεσα στις σχετικές μεταβλητές όπου μπορούν να οδηγήσουν στο να αποδοθεί η επιτυχία ή η αποτυχία του θεραπευτικού προγράμματος. Στη βάση αυτή αναζητούνται σημαντικοί παράγοντες που συνδέονται με τη θεραπευτική διαδικασία όπως ο χρόνος παραμονής στη θεραπεία και ο σύμμαχος.

Αρκετοί ερευνητές οι οποίοι ασχολήθηκαν με το θέμα του παθολογικού τζόγου Chambless & Ollendick (2001), Shaffer & LaPlante, (2008), υποστηρίζουν ότι η εμπειρική επαλήθευση των θεραπειών για τη παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια, είναι αρκετά σημαντική για την αποτελεσματικότητά τους. Επίσης, η ανάγκη για την αποτίμηση των αποτελεσμάτων των θεραπευτικών παρεμβάσεων έχει καταστεί επιτακτική, δεδομένου του δημοσίου ενδιαφέροντος για το θέμα του τζόγου που εκφράζεται σε πολλά επίπεδα.

Είναι προφανές ότι κατά τη διαδικασία αποτίμησης της έκβασης της θεραπείας πέραν της αποχής από τη συμπεριφορά εξάρτησης που αποτελεί ένα πρώτο κεφαλαιώδες και αυτονόητο κριτήριο, αναζητούνται σταθερές αλλαγές οι οποίες αφορούν σε άλλους

τομείς της προσωπικής και κοινωνικής ζωής του ατόμου. Ως εκ τούτου ή έννοια της αποτελεσματικότητας της θεραπείας απεξάρτησης δεν περιορίζεται μόνο σε μεταβολές που αφορούν μόνο τη συμπεριφορά εξάρτησης αλλά διευρύνεται και σε όλους τους τομείς που επηρεάζονται από αυτήν (Παπαναστασιάτος, 2005, Babor, 1988). Σύμφωνα με την πιο πάνω άποψη έτσι και η παρούσα μελέτη πέραν από την πλήρη αποχή από την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια αναζήτησε αλλαγές και σε διάφορους άλλους τομείς οι οποίοι επηρεάστηκαν λόγω της συμπεριφοράς του τζόγου.

Όσο αφορά το φύλο, η υποεκπροσώπηση των γυναικών στον πληθυσμό της μελέτης ήταν ένα γεγονός το οποίο δεν επέτρεψε την επεξεργασία των δεδομένων κατά την ανάλυση σε σχέση με το φύλο. Η δυσαναλογία αυτή είναι μια συνήθης ανισορροπία στα προγράμματα απεξάρτησης διεθνώς (Πουλόπουλος 2005). Επίσης, όσον αφορά στα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων που εντάχθηκαν στο θεραπευτικό πρόγραμμα δεν ανεβρέθησαν σημαντικές συσχετίσεις με το θεραπευτικό αποτέλεσμα για αυτό και η μελέτη περιορίστηκε στην παρουσίαση του προφίλ του παθολογικού παίχτη τυχερών παιχνιδιών με βάση τα κοινωνιοδημογραφικά χαρακτηριστικά και την ενασχόληση του με τα τυχερά παιχνίδια.

Η ανταποκρισιμότητα της μελέτης, κρίνεται ως ικανοποιητική αφού το 75% του δείγματος συμμετείχε στην επαναληπτική αξιολόγηση. Σύμφωνα με τον Παπαναστασιάτο (2005), ανταπόκριση πάνω από το (70%) αποτελεί ικανοποιητικό κριτήριο αξιοπιστίας και αντιπροσωπευτικότητας. Παρόμοια ήταν και η ανταποκρισιμότητα σχετικών ερευνών από την ανασκόπηση της παρούσας μελέτης. Στους Stinchfield & Winters (2001) υπήρχε (73%) ανταποκρισιμότητα και στους Stinchfield & Owen, (1998) (78%) στους 6 μήνες μετά τη θεραπεία.

Το εργαλείο αξιολόγησης SOGS το οποίο χρησιμοποιήθηκε στη μελέτη για τη διάγνωση του παθολογικού προβλήματος με τον τζόγο βρέθηκε να έχει ικανοποιητική αξιοπιστία, με τον συντελεστή Cronbach's alpha στο 0,74 εσωτερικής συνοχής στα 20 στοιχεία του ερωτηματολογίου. Το εύρημα αυτό δείχνει ότι η εφαρμογή του SOGS στο συγκεκριμένο πληθυσμό της Κύπρου που ζήτησε θεραπευτική βοήθεια από το πρόγραμμα δεν παρουσιάζει σημαντικές διαφορές από την εφαρμογή του σε άλλους πληθυσμούς οι οποίοι αποτάθηκαν για θεραπεία όπως στη Μινεσότα των ΗΠΑ με συντελεστή άλφα στο 0,86 (Stinchfield, 2002) και στην Κίνα (Tang et al., 2010) στο 0,69 στα 20 στοιχεία της

κλίμακας SOGS. Σημαντικό εύρημα αποτελεί η στατιστικά σημαντική μείωση της βαθμολογίας του SOGS μετά τη θεραπευτική παρέμβαση στο μέσο όρο $1,72 \pm 2,8$ μέσο όρο βαθμολογίας SOGS ενώ πριν από την παρέμβαση τα άτομα κατέγραφαν μέσο όρο $13,1 \pm 3,6$ βαθμολογία SOGS. Η στατιστικά σημαντική μείωση της σχετικής βαθμολογίας αποτελεί απόδειξη ότι η θεραπευτική παρέμβαση ήταν αποτελεσματική ως προς τη μείωση της εξαρτητικής συμπεριφοράς με τα τυχερά παιχνίδια. Παράλληλα, το παθολογικό πρόβλημα που διαγνώστηκε να έχουν όλα τα άτομα κατά την ένταξη τους στη θεραπεία, ελαχιστοποιήθηκε και μόνο (5,7%) από αυτούς συνεχίζουν να έχουν παθολογικό πρόβλημα. Επομένως, το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης SOGS αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την αποτίμηση της αποτελεσματικότητας του θεραπευτικού προγράμματος. Φυσικά, το θεραπευτικό πλαίσιο που εφαρμόζεται και το θεραπευτικό προσωπικό που συμμετέχει είναι οι συντελεστικοί παράγοντες για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας. Αυτό υποστηρίζεται και από τον Παπαναστασάτο (2005).

Επίσης όσον αφορά στο ερωτηματολόγιο SOGS οι Tang et al. (2010) προτείνουν όπως το σκορ 8 θεωρηθεί ως το ελάχιστο στην αξιολόγηση ύπαρξης παθολογικού τζόγου. Σε αυτό κατέληξαν σύμφωνα με τα ευρήματα της σχετικής τους έρευνας αφού άτομα τα οποία σκόραραν μεταξύ 0 - 4 δεν ήταν παθολογικοί τζογαδόροι ενώ μεταξύ 11-20 ήταν. Η πιθανότητα στις περιπτώσεις όπου το σκορ ήταν μεταξύ 8-10 κρίθηκε ως 50% να είναι παθολογικοί τζογαδόροι, και 30% είναι η πιθανότητα σε σκορ μεταξύ 5-7. Συγκρίνοντας τα αποτελέσματα της έρευνας Tang et al. (2010), με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, διαπιστώνεται ότι για τον πληθυσμό που αποτάθηκε στο θεραπευτικό πρόγραμμα το σκορ 6 ήταν το χαμηλότερο και οι περισσότεροι σκόραραν μεταξύ του 9 – 17, με μέσο όρο το 13. Άρα η πιθανότητα παθολογικού προβλήματος σε σκορ μεταξύ 5-7 να είναι μικρότερη, όπως διαπιστώθηκε και στην έρευνα Tang et al. (2010) είναι πιθανόν να ισχύει και στην περίπτωση του κυπριακού πληθυσμού. Αυτό για να διαπιστωθεί με ακρίβεια θα πρέπει να πραγματοποιηθεί μεγαλύτερης έκτασης έρευνα που να συμπεριλαμβάνει και πληθυσμό από την ευρύτερη κοινωνία της Κύπρου που δε ζήτησαν θεραπευτική βοήθεια για το θέμα του τζόγου.

Μια από τις μεταβλητές η οποία συνδέεται με την αποτελεσματικότητα τόσο του θεραπευτικού πλαισίου όσο και της θεραπευτικής παρέμβασης είναι η κατάσταση στην οποία βρίσκονται τα άτομα μετά της θεραπευτικής παρέμβασης που έτυχαν στο

πρόγραμμα. Στην παρούσα μελέτη, το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων (69,8%) βρίσκεται σε πλήρη αποχή από οποιαδήποτε σχετική συμπεριφορά με τα τυχερά παιχνίδια μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση που έτυχαν και αρκετοί (24,5%) δε σταμάτησαν εντελώς την ενασχόληση τους με τα τυχερά παιχνίδια άλλα παρουσίασαν σημαντική μείωση σε σχέση με την πριν την θεραπεία συναφή ενασχόλησή τους. Ενώ όλα τα άτομα κατά την ένταξη τους στο θεραπευτικό πρόγραμμα σύμφωνα με την αξιολόγηση του SOGS κρίθηκαν ως παθολογικοί τζογαδόροι μετά τη θεραπευτική παρέμβαση η κατηγορία κατάταξης τους σύμφωνα με το SOGS κατέδειξε 69,8% με καθόλου πρόβλημα με τον τζόγο, (24,5%) να αντιμετωπίζουν κάποιο πρόβλημα με τον τζόγο και μόνο (5,7%) δεν παρουσίασαν καμιά αλλαγή στην συμπεριφορά τους και παρέμεινα με παθολογικό πρόβλημα. Επομένως το (93,5%) των ατόμων που δέχθηκαν θεραπευτική παρέμβαση από το πρόγραμμα έδειξε σημαντική βελτίωση στη συχνότητα της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια αλλά και στο γεγονός ότι τα άτομα αυτά δεν κατατάσσονται πλέον στην κατηγορία του παθολογικού τζόγου.

Η αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού προγράμματος όπως έδειξαν και οι συσχετίσεις που έγιναν μεταξύ του χρόνου παραμονής και του αποτελέσματος της θεραπείας, είναι συνδεδεμένη με το χρόνο παραμονής στη θεραπευτική διαδικασία. Όσο περισσότερο χρόνο μένει κάποιος στο θεραπευτικό πρόγραμμα τόσο θετικότερο είναι το αναμενόμενο αποτέλεσμα. Αποχώρηση από τη θεραπείας μέσα στους 3 πρώτους μήνες συνδέεται περισσότερο με την υποτροπή, ενώ η παραμονή πέραν των 12 μηνών συνδέεται με πολλές πιθανότητες ολοκλήρωσης του θεραπευτικού προγράμματος και συνεπώς την ανεξάρτηση από την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Το 69,8% των ατόμων, μετά από θεραπευτική παρέμβαση μεγαλύτερη από 3 μήνες παρέμεινε σε πλήρη αποχή από την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Οι περισσότεροι από αυτούς παρέμειναν πέραν των 12 μηνών στη θεραπεία. Επίσης το (24,5%) των ατόμων όπου παρουσίασαν μειωμένη ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια έτυχαν θεραπείας περισσότερο από 3 μήνες. Επομένως, το θεραπευτικό χρονικό πλαίσιο που έθεσε το πρόγραμμα ανεξάρτησης από τον τζόγο των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, ως ολοκλήρωση της θεραπευτικής διαδικασίας τους 24 μήνες, κρίνεται ικανοποιητικό χρονικό πλαίσιο για την επίτευξη του στόχου της αντιμετώπισης του παθολογικού προβλήματος από τον τζόγο.

Τα πιο πάνω ευρήματα συνάδουν αλλά και υπερτερούν των σχετικών ερευνών αποτίμησης του αποτελέσματος ως προς την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Στην έρευνα των Ladouceur et al., (2003) μετά από δέκα εβδομάδες θεραπείας, 88% των ατόμων που ολοκλήρωσε τη θεραπεία δεν πληρούσε πλέον τα κριτήρια του παθολογικού παίχτη τυχερών παιχνιδιών. Επίσης, στην έρευνα των Stinchfield & Winters (2001) περίπου οι μισοί (48%) από όσους έτυχαν θεραπευτικής παρέμβασης είχαν θετική εξέλιξη ως προς τη συχνότητα ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια. Σημαντικές βελτιώσεις στη συχνότητα και σοβαρότητα της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια μετά από θεραπευτική παρέμβαση, σημειώνουν και οι Stinchfield & Owen, (1998) σε δική τους σχετική έρευνα.

Στην πιο πάνω άποψη που αφορά το χρόνο παραμονής στη θεραπεία και το θετικό αποτέλεσμα στη συμπεριφορά των ατόμων που έτυχαν θεραπευτικής παρέμβασης οι Petry et al. (2003) καταθέτουν μια διαφορετική παράμετρο. Αναφέρονται στο γεγονός ότι η χρησιμοποίηση των ημερών παραμονής στη θεραπεία ως μεταβλητή αξιολόγησης του αποτελέσματος μπορεί να παρουσιάζει κάποιες αδυναμίες όπως το να υπάρχουν εξωγενείς παράγοντες οι οποίοι θα μπορούσαν να επηρεάσουν τον αριθμό παραμονής στη θεραπεία. Για παράδειγμα, τέτοιοι παράγοντες είναι τα πιθανά οφέλη στη σταθερότητα της οικονομικής κατάστασης του ατόμου, η προηγούμενη ένταξη του σε θεραπευτικό πρόγραμμα, η γρήγορη αποκατάσταση των συνεπειών του τζόγου, αποτελούν καταστάσεις οι οποίες μπορεί να οδηγήσουν στην πρόωρη αποχώρηση από το θεραπευτικό πρόγραμμα. Αυτή η άποψη δικαιολογεί το ποσοστό των ατόμων της παρούσας μελέτη που αποχώρησαν από το πρόγραμμα πριν την ολοκλήρωση της θεραπείας αλλά κατάφεραν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους με τον τζόγο και να βρίσκονται σε πλήρη αποχή.

Οι Crockford & el-Guebaly (1998), αναφέρουν ότι το (75%) των παθολογικών παικτών υποφέρει από ψυχοσυναισθηματικά συμπτώματα (κατάθλιψη, στρες, άγχος) και σωματικά συμπτώματα (πονοκεφάλους, υψηλή αρτηριακή πίεση, κόπωση). Επίσης οι Blaszczynski & Nower, (2002) υποστηρίζουν ότι οι στρεσογόνοι παράγοντες που συνδέονται με τον παθολογικό τζόγο εκτινάσσουν το άγχος και την ένταση σε υψηλά επίπεδα με αποτέλεσμα το άτομο να νιώθει αναταραχή, υπερβολική ανησυχία για το μέλλον, μυϊκή ένταση και αδυναμία να ηρεμήσει. Σχετικά είναι και τα αποτελέσματα την παρούσας μελέτης σύμφωνα με την οποία το (94,3%) των ατόμων πριν από την

θεραπευτική παρέμβαση αντιμετώπιζε ψυχοσυναισθηματικά προβλήματα, και (45,3%) σωματικά προβλήματα. Μετά τη θεραπευτική παρέμβαση τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν μειώθηκαν σε αρκετά σημαντικό βαθμό. Συγκεκριμένα, συναισθηματικά προβλήματα παρουσιάζουν κατά πολύ λιγότεροι (39,6%) ενώ σωματικά προβλήματα αναφέρει μόνο το (1,9%) των συμμετεχόντων.

Όπως υποστηρίζει στη μελέτη του ο Παπαναστασάτος, (2005) η βελτίωση του επιπέδου σωματικής και ψυχικής υγείας μετά και από θεραπευτική παρέμβαση σε θεραπευτικά προγράμματα είναι ένα συμπέρασμα που συναντάται συχνά και αυτό οφείλεται στη διακοπή ή τη μείωση της εξαρτητικής συμπεριφοράς που αυτή καθαυτή είναι επιβαρυντική για την υγεία. Σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή, η βελτίωση της σωματικής κατάστασης οφείλεται και στη διαβίωση σ' ένα νέο περιβάλλον κατά την περίοδο της απεξάρτησης μακριά από καταστροφικές συμπεριφορές, οικονομικές πιέσεις, στρεσογόνες εμπειρίες και αρνητικές καταστάσεις. Αυτή η βελτίωση της άμεσης αντιμετώπισης των προβλημάτων λειτουργεί ως παράγοντας που ενισχύει και αναπτύσσει την εμπλοκή τους με το θεραπευτικό σύστημα, αυξάνει την κινητοποίηση τους, την αυτοεκτίμηση τους και τους επιτρέπει να επανατοποθετηθούν ως προς τη φροντίδα του εαυτού τους.

Στην παρούσα μελέτη εκτός από τα ψυχοσυναισθηματικά και σωματικά προβλήματα τα περισσότερα άτομα (90,6%) κατά την ένταξη τους παρουσίαζαν και οικογενειακά προβλήματα. Τα προβλήματα αυτά κυρίως αφορούσαν στη δυσμενή οικονομική κατάσταση της οικογένειας λόγω της ενασχόλησης μέλους της με τον τζόγο. Μετά από τη θεραπευτική παρέμβαση τα εν λόγω προβλήματα μειώθηκαν κατά πολύ (39,6%).

Σημαντικό ρόλο στη μείωση των οικογενειακών προβλημάτων της παρούσας έρευνας διαδραμάτισε η συμβολή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία. Μέσα από την παράλληλη θεραπευτική πορεία εξαρτημένου ατόμου και οικογένειας επετεύχθησαν σημαντικές αλλαγές στο σύστημα, τις αξίες και κυρίως στην επικοινωνία και αποκατάσταση των σχέσεων των μελών μεταξύ τους. Αυτό υποστηρίζουν σε μελέτες τους και οι Potenza (2005) και Blaszczynski & Silove (1995) οι οποίοι δίνουν έμφαση στη σημαντικότητα θεραπευτικών παρεμβάσεων στο επίπεδο οικογένειας και ζεύγους, όπως και σε άλλα θεραπευτικά πλαίσια π.χ εξάρτηση από αλκοόλ και παράνομες ουσίες.

Μια ακόμη σημαντική μεταβλητή η οποία συνέβαλε στην επιτυχή έκβαση της θεραπείας ήταν η παρουσία σύμμαχου στη θεραπευτική διαδικασία. Σύμμαχος μπορεί να ήταν η σύζυγος, η μητέρα, ο πατέρας, αδελφός/η και γενικά ένα άτομο το οποίο διαδραμάτιζε σημαντικό ρόλο στη ζωή του εξαρτημένου ατόμου. Οι σύμμαχοι όλων των ατόμων συμμετείχαν σε θεραπευτική ομάδα στο πρόγραμμα στην οποία είχαν την ευκαιρία εκτός της αλληλοϋποστήριξης, την εκμάθηση τεχνικών αντιμετώπισης της συμπεριφοράς της εξάρτησης, την αναγνώριση συμπτωμάτων μελλοντικής υποτροπής, και διαφόρων θεμάτων ψυχοεκπαίδευσης. Τα περισσότερα άτομα τα οποία συμμετείχαν στην επαναληπτική αξιολόγηση (60,4%) είχαν σύμμαχο στη θεραπεία τους. Η σχετική ανάλυση μεταξύ της ύπαρξης συμμάχου σε σχέση με το θεραπευτικό αποτέλεσμα κατέδειξε ότι οι περισσότεροι οι οποίοι είχαν σύμμαχο κατάφεραν να ελέγξουν την ενασχόληση τους με τα τυχερά παιχνίδια. Συγκεκριμένα, ποσοστό (49,1%) παρέμειναν σε πλήρη αποχή ενώ ποσοστό (9,4%) παρουσίαζε μειωμένη ενασχόληση. Παράλληλα όμως, πρέπει να αναφερθεί ότι αρκετοί άλλοι (20,8%) παρόλο που δεν είχαν σύμμαχο κατάφεραν να μείνουν σε πλήρη αποχή. Αυτό αναδεικνύει και την σημαντικότητα άλλων παραγόντων για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας όπως η ηλικία, η οικονομική κατάσταση, τα χρόνια ενασχόλησης με τον τζόγο αλλά και καταστάσεις που έχουν να κάνουν με την προσωπικότητα του κάθε ατόμου.

Οι Prajka et al. (2008), διερεύνησαν τη σημαντικότητα της συμμετοχής συμμάχου στη θεραπευτική διαδικασία. Βρήκαν ότι η συμμετοχή συμμάχου στο πρόγραμμα ενισχύει θετικά τα θεραπευτικά αποτελέσματα. Οι Moore & Marotta, (2006) υποστηρίζουν επίσης ότι, όσοι αναζητούν θεραπεία συνήθως παρακινούνται από τους σημαντικούς άλλους του περιβάλλοντος τους (όπως συγγενείς, φίλους κλπ). Συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι ένας υποστηρικτικός σύμμαχος θα μπορούσε να παρέχει την αναγκαία ενθάρρυνση σε ένα παθολογικό τζογαδόρο για την έναρξη ή την παραμονή του στη θεραπεία. Μια επίσης σημαντική παράμετρος από τους Prajka et al. (2008) είναι ότι ένας παθολογικός τζογαδόρος ο οποίος νιώθει ότι τα θεραπευτικά του αποτελέσματα δεν υποστηρίζονται από τους συμμάχους θα μπορούσε να διακόψει τη θεραπεία παρά τις όποιες παρεμβάσεις του θεραπευτή.

Επίσης στην παρούσα μελέτη η ανάλυση κατέδειξε ότι οι περισσότεροι οι οποίοι είχαν σύμμαχο στο πρόγραμμα ήταν άγαμοι/ανύπαντροι (32,1%). Οι έγγαμοι παρόλο που το (22,6%) είχαν σύμμαχο στο πρόγραμμα περισσότεροι ήταν αυτοί που δεν είχαν σύμμαχο (32,1%). Κυρίως όσοι ήταν άγαμοι/ανύπαντροι στο πρόγραμμα είχαν για σύμμαχο την

μητέρα ή τον πατέρα τους, ενώ οι έγγαμοι είχαν για σύμμαχο τον/την σύζυγο. Μια ερμηνεία για το γεγονός ότι οι περισσότεροι που είχαν σύμμαχο ήταν οι άγαμοι/ανύπαντροι είναι λόγω της γονεϊκής σχέσης και δεσμού της μητέρας ή του πατέρα ως σύμμαχος με το παιδί τους, και διαφορετική είναι η σχέση συζύγου όπου τις περισσότερες φορές η σχέση αυτή έχει επηρεαστεί αρνητικά από τις συνέπειες της εξάρτησης από τον τζόγο.

Ένα από τα ερωτήματα που συνδέονται με την αποτελεσματικότητα στην παρούσα έρευνα αφορούσε και τη σχετική αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού πλαισίου του προγράμματος. Σύμφωνα με τα πιο πάνω στοιχεία τα οποία προέκυψαν από την ανάλυση της παρούσας μελέτης και τη συσχέτιση με τη σχετική ανασκόπηση ερευνών από την βιβλιογραφία, διαπιστώνεται ότι η θεραπεία της εξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια στο θεραπευτικό πρόγραμμα των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας είναι αποτελεσματική ως προς τον έλεγχο της ενασχόλησης και την παράλληλη αντιμετώπιση των συνεπειών της. Γενικά, τα αποτελέσματα της ποσοτικής ανάλυσης δείχνουν ότι η θεραπεία στο πρόγραμμα συνδέεται με θετικές μεταβολές που παρατηρούνται στους περισσότερους τομείς που εξετάστηκαν. Επομένως το θεραπευτικό πλαίσιο του προγράμματος το οποίο στηρίζεται στην γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση με κύριες παρεμβάσεις την κινητοποιητική συνέντευξη, την πρόληψη υποτροπής, την ψυχοεκπαίδευση, την οικονομική διαχείριση, την οικογενειακή θεραπεία και θεραπεία ζεύγους κρίνεται αρκετά ικανοποιητικό αφού η εφαρμογή του επέφερε σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα στα περισσότερα από τα άτομα τα οποία εντάχθηκαν στην θεραπευτική διαδικασία. Οι Gooding & Tarriger, (2009), οι οποίοι εξέτασαν την αποτελεσματικότητα της γνωσιακής-συμπεριφορικής θεραπείας για την αντιμετώπιση του παθολογικού προβλήματος με τα τυχερά παιχνίδια στις ΗΠΑ, στον Καναδά, στην Ισπανία, και στην Αυστραλία έδειξαν ότι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία είχε σημαντική επίδραση τόσο στους πρώτους 3 μήνες μετά τη θεραπεία, καθώς στους έξι, δώδεκα και εικοσιτέσσερις μήνες μεταθεραπευτικής φροντίδας. Όλες οι θεραπευτικές παρεμβάσεις (ατομική συμβουλευτική, πρόληψης υποτροπής, ομαδική θεραπεία κλπ.) παρείχαν σημαντική βελτίωση στους τρεις μήνες, αλλά μόνο η ομαδική θεραπεία είχε σημαντική επίδραση στους έξι μήνες. Σύμφωνα πάντως με το 77% των μελετών όπου χρησιμοποιήθηκε η γνωσιακή-συμπεριφορική προσέγγιση η επίδραση της στο θεραπευτικό αποτέλεσμα ήταν εξαιρετικά σημαντική στους 6 μήνες μετά τη θεραπεία. Επίσης οι Shaffer (1997) και Rollnick & Morgan, (1995) υποστήριζαν ότι γνωσιακές-συμπεριφορικές θεραπευτικές

προσεγγίσεις όπως η κινητοποίηση η οποία έχει σχεδιαστεί για να κάμψει την αντίσταση και να ενισχύσει την παρακίνηση για αλλαγή συμβάλει στη βελτίωση της θεραπευτικής σχέσης και το άτομο είναι πιο πρόθυμο να εξετάσει και να διερευνήσει την αμφιταλάντευση του.

Από την έρευνα αυτή προκύπτει ότι το θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια αποτελεί ένα αποτελεσματικό μοντέλο για τη θεραπεία της συγκεκριμένης εξάρτησης για όσα άτομα εντάσσονται, συμμετέχουν και παρακολουθούν το πρόγραμμα για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα μεταξύ 12 έως 24 μηνών. Αυτά τα άτομα έχουν σημαντικές πιθανότητες να βρουν διεξόδους στις δυσκολίες που βίωσαν στο παρελθόν από την εξάρτησή τους από τον τζόγο.

Από την άλλη όμως, η πρόωρη εγκατάλειψη της θεραπείας αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα το οποίο επιδρά αρνητικά:

- i. στα ίδια τα άτομα που συχνά επιστρέφουν στη συμπεριφορά της εξάρτησης τους,
- ii. στους άλλους θεραπευμένους που βιώνουν το γεγονός ως αποδιοργάνωση της συλλογικής προσπάθειας και ανησυχία για τη συνέχεια της προσωπικής τους πορείας,
- iii. στους γονείς και στους κοντινούς ανθρώπους τους που βιώνουν την αγωνία και τις δυσκολίες που συνοδεύει την κατάχρηση και τέλος,
- iv. στο θεραπευτικό προσωπικό για το οποίο η αποχώρηση των θεραπευομένων προκαλεί συναισθηματική ματαίωση και απογοήτευση.

Η παρούσα μελέτη δεν ασχολήθηκε στο παρόν στάδιο με την αποτελεσματικότητα της κάθε θεραπευτικής προσέγγισης ξεχωριστά αλλά είναι ένας από τους μελλοντικούς στόχους για την εξαγωγή σημαντικών συμπερασμάτων όσον αφορά τις θεραπευτικές προσεγγίσεις και την αποτελεσματικότητά τους. Επίσης στους μελλοντικούς στόχους είναι και η διεξαγωγή ποιοτικής έρευνας όσον αφορά την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται.

5.2. Περιορισμοί της μελέτης

Όπως αναφέρθηκε στη μεθοδολογία της μελέτης η αξιολόγηση και αποτίμηση των θεραπευτικών προγραμμάτων, είναι σημαντική για την αντιμετώπιση της εξάρτησης. Επομένως η πραγματοποίηση της παρούσας ερευνητικής εργασίας είναι αρκετά σημαντική και αναγκαία στο πλαίσιο της θεραπείας της εξάρτησης από τον τζόγο στην Κύπρο, αφού αποτελεί και την πρώτη απόπειρα στο συγκεκριμένο θέμα. Τα ευρήματα της μελέτης καταδεικνύουν σημαντικά στοιχεία τα οποία αφορούν την εξάρτηση από τον τζόγο και τη θεραπευτική αντιμετώπιση της. Δεν παύει όμως να υπάρχει προοπτική για περισσότερα στοιχεία και μεγαλύτερη ανάλυση του εν λόγω θέματος, που στην παρούσα μελέτη δεν ήταν δυνατό να εντοπιστούν αφού υπήρχαν κάποιοι περιορισμοί.

Ένας από τους περιορισμούς της παρούσας μελέτης ήταν ο μικρός αριθμός του δείγματος ο οποίος ήταν αποτέλεσμα της επιλογής της αποτίμησης ενός μόνο έτους του 2012. Μετά την ολοκλήρωση της πιλοτικής εφαρμογής του προγράμματος και την εγκατάσταση μιας πάγιας θεραπευτικής μεθοδολογίας θεωρήθηκε χρήσιμο όπως για σκοπούς αξιολόγησης ληφθούν υπόψη τα στοιχεία του τελευταίου έτους. Η παρούσα μελέτη θα αποτελέσει την ερευνητική βάση του θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης από τον τζόγο, και στα επόμενα χρόνια θα είναι εφικτή η αξιολόγηση μεγαλύτερου δείγματος και κατά συνέπεια η εξάλειψη των αδυναμιών και περιορισμών της μελέτης.

Η υποεκπροσώπηση των γυναικών στον πληθυσμό της μελέτης είναι ένας ακόμη περιορισμός ο οποίος δεν επέτρεψε την επεξεργασία των δεδομένων κατά την ανάλυση σε σχέση με το φύλο, δεδομένου ότι οι διαδοχικές διαιρέσεις του δείγματος για την πραγματοποίηση ελέγχων των επιμέρους ομάδων του δείγματος κατέληγε σε πολύ μικρές ομάδες που δεν επιδέχονταν στατιστικούς ελέγχους. Επίσης παρόλο που το 75% του δείγματος συμμετείχαν στη δεύτερη φάση της επαναξιολόγησης, ποσοστό το οποίο συνάδει με τα διεθνή πρότυπα αποτελεσματικότητας ως προς την ανταποκρισιμότητα, θα ήταν καλύτερα αν εντοπιζόταν μεγαλύτερος αριθμός, ή ακόμα και ολόκληρος ο πληθυσμός του αρχικού δείγματος.

5.3. Συμπεράσματα

Συμπερασματικά, από τη μελέτη της αποτελεσματικότητας του προγράμματος απεξάρτησης από την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στην Κύπρο αλλά και από άλλες μελέτες αποτελεσματικότητας που έχουν γίνει σε διάφορες χώρες, προκύπτει ότι το μοντέλο θεραπείας που εφαρμόζεται στο πρόγραμμα ως προς τη πλήρη αποχή από τον τζόγο είναι αποτελεσματικό. Στη βάση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης μελέτης, οι δύο στους τρεις μετά από τρεις μήνες θεραπεία στο συγκεκριμένο πρόγραμμα καταφέρνουν να πετύχουν την πλήρη αποχή από την ενασχόληση τους με τα τυχερά παιχνίδια. Συνεπώς η γνωσιοσυμπεριφορική προσέγγιση η οποία είναι και η βασική θεραπευτική προσέγγιση του προγράμματος, το θεραπευτικό προσωπικό το οποίο την εφαρμόζει και το θεραπευτικό περιβάλλον μέσα στο οποίο διαδραματίζονται όλα αυτά συνέβαλαν στην επιτυχία του σκοπού που αφορούσε την απεξάρτηση από τα την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια.

Τα κριτήρια ωστόσο αποτελεσματικότητας δεν περιορίζονται μόνον στη συμπεριφορά εξάρτησης δηλαδή την ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια. Η παράλληλη βελτίωση των δεικτών που σχετίζονται με την οικογένεια, την οικονομική κατάσταση, την ψυχοσυναισθηματική και σωματική κατάσταση αποτελούν επίσης σημαντικές ενισχυτικές παραμέτρους για την απεξάρτηση. Όπως και στις περισσότερες έρευνες αποτελεσματικότητας που παρουσιάστηκαν στην βιβλιογραφική ανασκόπηση έτσι και η παρούσα έρευνα επικεντρώθηκε στις μεταβολές που καταγράφονται και στα συγκεκριμένα αυτά πεδία. Το αποτέλεσμα είναι ενθαρρυντικό αφού η θετική πορεία της απεξάρτησης μέσα από τις θεραπευτικές παρεμβάσεις που πραγματοποιούνταν επιτυγχάνει θετικά αποτελέσματα και στα υπόλοιπα πεδία που είχαν να κάνουν με τις συνέπειες της εξάρτησης από τον τζόγο. Στην επιτυχία της αποτελεσματικότητας της θεραπείας σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ύπαρξη ενός υποστηρικτικού συμμάχου στην θεραπευτική διαδικασία. Η συνεργασία και η μεθοδικότητα μεταξύ εξαρτημένου ατόμου, συμμάχου και θεραπευτή συμβάλει στην ουσιαστική αλλαγή της συμπεριφοράς του εξαρτημένου και της αντίληψης του συνόλου της οικογένειας για την στάση απέναντι στην εξάρτηση από τον τζόγο.

Επίσης η προσπάθεια διατύπωσης του κοινωνιοδημογραφικού προφίλ αλλά και του προφίλ ενασχόλησης των ατόμων που παρουσιάζουν παθολογικό πρόβλημα με τα τυχερά

παιχνίδια στην Κύπρο καθιστά την ανάλυσή της παρούσας έρευνας ένα πολύτιμο εργαλείο τόσο για την εντόπιση, όσο και για την κατανόηση και θεραπεία των ατόμων αυτών.

Η πρόκληση για το θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης από την παθολογική ενασχόληση με τα τυχερά παιχνίδια στο μέλλον είναι να συνεχίσει να παραμένει ένας ζωντανός οργανισμός που συνεχώς θα βελτιώνεται, κατανοώντας τις νέες ανάγκες του πληθυσμού, θα αξιοποιεί τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, θα προβεί σε νέες έρευνες για περισσότερη γνώση, επιστημονική και θεραπευτική κατάρτιση, ώστε όλα αυτά να τα προσαρμόζει καθημερινά σε κλινική πρακτική. Απώτερος σκοπός πάντοτε το όφελος του εξαρτημένου πληθυσμού και η βελτίωση της ποιότητας ζωής τόσο του κάθε ατόμου ξεχωριστά όσο και της κοινωνίας γενικότερα.

5.4. Εισηγήσεις

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μεταπτυχιακής διατριβής αναδεικνύονται διάφορα πεδία που θα ήταν σημαντικό σε μελλοντικό στάδιο να διερευνηθούν αλλά και ενέργειες από πλευρά θεραπευτικού προγράμματος που θα ήταν σημαντικό να γίνουν.

- i. Μια εισήγηση είναι να διενεργηθεί μεγαλύτερης έκτασης έρευνα με βασικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο SOGS, που να συμπεριλαμβάνει και πληθυσμό από την ευρύτερη κοινωνία της Κύπρου για το θέμα του τζόγου, για πιο ακριβείς στοιχεία όσον αφορά το ελάχιστο σκορ το οποίο κατατάσσει το άτομο στην κατηγορία του παθολογικού παίκτη τυχερών παιχνιδιών.
- ii. Η εμπλοκή της οικογένειας στη θεραπευτική διαδικασία διαπιστώθηκε ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην θεραπεία του ατόμου. Επομένως μελλοντικά θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί με τα κατάλληλα ερευνητικά εργαλεία άλλα και με τη μέθοδο της ποιοτικής έρευνας ποιες είναι οι παρεμβάσεις που αφορούν την οικογένεια οι οποίες έχουν θετικά αποτελέσματα στη θεραπεία του εξαρτημένου ατόμου.

- iii. Η παρουσία συμμάχου στη θεραπευτική διαδικασία διαπιστώθηκε να συμβάλει στην επιτυχία της θεραπείας. Το θεραπευτικό πρόγραμμα θα μπορούσε να εκμεταλλευτεί αυτό το εύρημα και να εντάξει στο θεραπευτικό του πλαίσιο την προϋπόθεση μαζί με την ένταξη του ατόμου στο πρόγραμμα να υπάρχει παράλληλα σύμμαχος.
- iv. Επίσης όσον αφορά στην αποτελεσματικότητα του θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης από τον τζόγο, θα ήταν χρήσιμο για μεγιστοποίηση του αποτελέσματος να διενεργηθεί μελλοντικά ποιοτική έρευνα η οποία θα μελετήσει όλες τις μεθόδους και θεραπευτικές παρεμβάσεις ατομικές και ομαδικές, ούτως ώστε να υπάρξει μια ολοκληρωμένη ερευνητική θεματολογία τόσο ποσοτική όσο και ποιοτική.
- v. Τέλος λαμβάνοντας υπόψη τον περί στοιχημάτων νόμο του 2012 για την Κύπρο οι Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στις οποίες εντάσσεται το θεραπευτικό πρόγραμμα απεξάρτησης από τον τζόγο θα ήταν χρήσιμο να προβούν στις απαραίτητες ενέργειες για την εφαρμογή της νομοθεσίας στα σημεία που αφορούν τη θεραπεία και είναι: «Διαδικτυακές συνδέσεις, όπως ιστοσελίδες οργανισμών που εξειδικεύονται στην παροχή βοήθειας σε πρόσωπα με εθισμό στο στοίχημα και έχουν εγκριθεί από την Αρχή» - «Ποσοστό ένα επί τοις εκατόν (1%) των καθαρών αποδοχών από στοίχημα διατίθεται από την Αρχή για σκοπούς ενίσχυσης των μηχανισμών και προγραμμάτων προστασίας των νεαρών ατόμων και παθολογικών παικτών».

Βιβλιογραφία

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Αγραφιώτης Δ., (2000). *Επιστήμη, Τεχνολογία, Κοινωνία*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Banyard Ph., (2008). *Ψυχολογία της Υγείας*. Μετάφραση: Αντωνίου Σ. Παπαζήση, Αθήνα κεφ.5 σελ. 171-202.
- Blaszczynski A., (2003). *ΤΖΟΓΟΣ. Ξεπερνώντας το πάθος για τα τυχερά παιχνίδια. Ένας οδηγός αυτοβοήθειας*. Ελληνικά Γράμματα. Ινστιτούτο Έρευνας και Θεραπείας της Συμπεριφοράς.
- Blaszczynski A., & Nower L. (2002). Ένα μοντέλο σταδιακής ένταξης στον τζόγο. *Εξαρτήσεις* τευχ.2 Δεκεμβριος 2002, Μετάφραση: Φ. Δράκου.
- ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ (Ε.Ε.), (2011). *Τυχερά παιχνίδια σε απευθείας σύνδεση στην Εσωτερική Αγορά*. ΠΡΑΣΙΝΗ ΒΙΒΛΟΣ, SEC(2011) 321, Βρυξέλλες, 24.3.
- Ζαφειρόπουλος Κ., (2005). *Πώς γίνεται μια επιστημονική εργασία; Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών*. Κριτική, Αθήνα.
- Ιατρίδης, Δ., & Παπαναστασάτος Γ. (2002). Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των εξυπηρετούμενων: επιπτώσεις στη χάραξη πολιτικής για οργανισμούς υγείας και πρόνοιας. *Εξαρτήσεις* (1), σελ.11-26.
- Καλαντζή & Αζίζι (1995). *Θεωρία της συμπεριφοράς : νεότερες εξελίξεις στη θεραπεία, έρευνα, εκπαίδευση*. Στο Ι. Μπουλουγούρης (Επιμ.εκδ.) θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας (σελ. 143-155). Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
- Κυριακοπούλου & Γεωργόπουλος (2007). Έφηβοι: εξαρτήσεις και πρόληψη. Ο ρόλος της οικογένειας. *Επιστημονικό Βήμα*, τευχ. (8), σελ.137.
- Λουκαΐδης Κ. (2011). *Στατιστική Επεξεργασία Δεδομένων με τη χρήση του IBM SPSS STATISTICS 19*. Ηλία Επιφανίου, Λευκωσία.
- Μάνος Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. Εκδότης: University Studio Press σελ. 387-388.
- Μπακομήτρου Φ. (2008). *Γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία σε διαβητικούς ασθενείς*. Στο Αναγνωστόπουλος Φ., & Καραδήμας Ε. (2008). *Υγεία και Ασθένεια* ψυχολογικές διεργασίες (σελ. 673-687). Λιβανή, Αθήνα.
- Ντοστογιέφσκι Φ. (1990). *Ο παίκτης*. Μετάφραση: Αθηνά Σαραντίδη, εκδ. Γκοβόστης.
- Παπαγεωργίου, Ε. (1990). *Εξαρτήσεις στη ζωή μας*, Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Παπακώστας Ι. (1994). *Γνωσιακή ψυχοθεραπεία*. Ινστιτούτο έρευνας και θεραπείας της συμπεριφοράς, Αθήνα.

Παπαναστασάτος, Γ. (1995). Έρευνα με τα Χαρακτηριστικά των Εξαρτημένων Χρηστών που ζητούν Θεραπεία στις υπηρεσίες του ΚΕ.Θ.Ε.Α. Κοινωνική Εργασία, *Επιθεώρηση Κοινωνικών Επιστημών*, Τχ. (42), Αθήνα.

Πουλόπουλος Χ., (2000). Αξιολόγηση Οργανισμών Θεραπείας της Τοξικοεξάρτησης. *Κοινωνική Εργασία*, Τεύχ. (57), σελ. 7-12.

Shaffer H. J., & LaPlante D. A. (2008). *Θεραπεία των διαταραχών του τζόγου*. Στους Marlatt G. A., & Donovan D. M. (2008). Προλαμβάνοντας την Υποτροπή, στρατηγικές συνέχισης στη θεραπεία των εξαρτητικών συμπεριφορών. Εκδ.: Ερευνητές - ΚΕΘΕΑ, Αθήνα.

Τσακλακίδου Δ. (2011). Η θεραπεία της ουσιοεξάρτησης, στο Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών - Ψυχική Υγεία - Σύγχρονες προσεγγίσεις – Προβληματισμοί. *Β΄ Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών*, Πηγα Αττικών.

Χαριλά (1995). *Γνωστική θεραπεία της συμπεριφοράς*. Στο Μπουλουγούρης Ι., (Επιμ.εκδ.) θέματα γνωσιακής και συμπεριφοριστικής θεραπείας (σελ. 113-124). Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Hodgson, R., & Miller, P. (1988). *Βοήθησε τον εαυτό σου παρατηρώντας τον*. Αλκυών, Αθήνα.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

American Educational Research Association, American Psychological Association, National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Psychological Association.

Blaszczynski, A. (2005). Conceptual and methodological issues in treatment outcome research. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 5-11.

Blaszczynski A., & Silove D. (1995). Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 11, 195–220.

Blaszczynski A., & Nower L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487- 499.

Breiter H.C., Aharon I., Kahneman D., Dale A., & Shizgal P. (2001). Functional imaging of neural responses to expectancy and experience of monetary gains and losses. *Neuron*, 30, 619-639.

Chambless & Ollendick (2001). Empirically supported psychological intervention: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 685-716.

Cunningham M.R., Roberts A.R., Barbee A.P., Druen P.B., Wu C.H. (1995). Their ideas of beauty are, on the whole, the same as ours: consistency and variability in the crosscultural perception of female physical attractiveness. *J. Personal. Soc. Psychol.* 68, 261–79

Crisp B.R., Thomas S.A., Jackson A.C., Thomason N., Smith S, Borrell J, Ho W.Y & Holt T.A. (2000). Sex Differences in the Treatment Needs and Outcomes of Problem Gamblers. *Research on Social Work Practice* 10: 229.

Crockford D. N. & el-Guebaly N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43(1), 43-50.

DiClemenet C. C., & Prochaska J. O. (1982). Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behavior*. 5, 133-142.

Duvarci I., Varan, A., Coskunol, H., & Ersoy, M. A. (1997). DSM-IV and the South Oaks Gambling Screen: diagnosing and assessing pathological gambling in Turkey. *Journal of Gambling Studies*, 13 (3), 193–206.

Dowling N. (2009). Client characteristics associated with treatment attrition and outcome in female pathological gambling. *Addiction Research and Theory*, 17(2).

Eadington, W. R. (1976). *Gambling and society: Interdisciplinary studies on the subject of gambling*. Charles C Thomas, Publisher.

EMCDDA, (2000). *Annual Report on the State of the Drugs Problem in the European Union*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Gambino B., & Lesieur H. (2006). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A rebuttal to critics. *Journal of Gambling*, 17.

Gooding P. & Tarrier N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy* 47, 592–607.

Grant J. E., & Kim S. W. (2002). Gender differences in pathological gamblers seeking medication treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43(1), 56-62.

Grant J. E., Kim S.W., Potenza M.N., Blanco C., Ibanez A., Stevens L., (2003). Paroxetine treatment of pathological gambling: A multi-centre randomized controlled trial. *International Clinical Psychopharmacology*, 18 (4), 243-249.

Griffiths M. D. & Parke J. (2003). The environmental psychology of gambling. In G. Reith (Ed.), *Gambling: Who wins? Who Loses?* (pp. 277-292), New York: Prometheus Books.

Grun, L., & McKeigue, P. (2000). Prevalence of excessive gambling before and after introduction of a national lottery in the United Kingdom: another example of the single distribution theory. *Addiction*, 95(6), 959-966.

Gustafson J. P. (1995). *The dilemmas of brief psychotherapy*. New York: Plenum.

Hodgins D. C., Wynne H., & Makarchuk K. (1999). Pathways to recovery from gambling problems: Follow-up from a general population survey. *Journal of Gambling Studies*, 15, (2), 93-104.

Hubble M. L., Duncan B. L. & Miller S. D. (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Kadden R. M. (2001). Behavioral and cognitive-behavioral treatments for alcoholism: Research opportunities. *Addictive Behaviors*, 26(4), 489-507.

Korn D. A., & Shaffer H. J. (1999). Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. *Journal of Gambling Studies*, 15(4), 289-365.

Ladouceur R., Bouchard C., Rheaume N., Jacques C., Ferland E., & Leblond J. (2000). Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults? *Journal of Gambling Studies*, 16(1), 1-24.

Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., & Doucet C. (2002). *Understanding and Treating the Pathological Gambler*. John Wiley & Sons.

Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Lachance S., Doucet C., & Leblond J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 587–596.

Lesieur, H. R. (1994). Epidemiological Surveys of Pathological Gambling: Critique and Suggestions for Modification. *Journal of Gambling Studies*. 10(4):385-397.

Lesieur H.R., Blume S.B. (1987). The south oaks gambling screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*, 144,1184-8.

Lesieur H., & Petry M. (2005). Antisocial personality disorder is associated with increased severity of gambling, medical, drug and psychiatric problems among treatment-seeking pathological gamblers. *Addiction*, Volume 100, Issue 8, pages 1183–1193.

Marlatt G. A., Donovan D. M., Kivlahan D. R. (1988). Addictive behaviors: Etiology and treatment. *Annual Review of Psychology*, 39, 223-252.

McNeilly D. P., & Burke W. J. (2000). Late life gambling: The attitudes and behaviors of older adults. *Journal of Gambling Studies*, 16(4), 393-415.

Miller W. R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(1), 6-18.

Milton S., Crino R., Hunt C., & Prosser E. (2002). The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 18(2), 207–229.

Moore T., & Marott J. (2006). *Oregon gambling treatment programs evaluation update 2005*. Salem, OR: Department of Human Services, Office of Mental Health and Addictions Services.

- National Institute on Drug Abuse (1999). Principles of drug addiction treatment: A research based guide (pp. 99–4180). *National Institute of Health Publication*.
- Newcomb & Michael D. (1994). Prevalence of alcohol and other drug use on the job: cause for concern or irrational hysteria? *The Journal of Drug Issues*, 24, 403-416.
- Ogden J. (1996). *Health Psychology: A textbook*. Open University Press. Buckingham – Philadelphia.
- Orford, J. (2001). Addiction as excessive appetite. *Addiction*, 96, 15-31.
- Orford, J. (2008). Asking the right questions in the right way: the need for a shift in research on psychological treatments for addiction. *Addiction*, 103(6), 875–885.
- Paula M., Oliveira M.T., Silva M. T. A., Da Silveira D. X. (2002). Validity Study of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) among distinct groups of Brazilian gamblers. *Rev Bras Psiquiatr*, 24(4):170-6.
- Persons J. (1989). *Cognitive Therapy in Practice: A Case Formulation Approach*. New York: W.W. Norton & Company.
- Petry N. (2003). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 29–38.
- Potenza M. N., Steinberg M. A., McLaughlin S. D., Wu R. Rounsaville, B. J. & O' Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500-1505.
- Potenza M. (2005). Advancing treatment strategies for pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 21, 91–98.
- Prajakta J., Ingle Z., Jeffrey, Marotta Z., Garnett, McMillan Z., Jennifer P., Wisdom (2008). Significant Others and Gambling Treatment Outcomes. *Journal of Gambling Studies*, 24:381–392.
- Ratell, C. F., Vallerand R. J., Mageau G. A., Rousseau F. L., & Provencher P. (2004). When passion leads to problematic outcomes: A look at gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20(2), 105-119.
- Raylu N., & Oei T.P.S. (2007). Factors that Predict Treatment Outcomes in a Community Treatment Agency for Problem Gamblers. *Int J Ment Health Addiction* 5, 165–176.
- Rollnick S., & Morgan M. (1995). Motivational interviewing: Increasing readiness for change. Στο A.M. Washton (επιμ.), *Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook* (σελ. 179-191). New York: Guilford Press.
- Rosenthal R. J. (1997). The psychodynamics of pathological gambling: A review of the literature. Στο D.L.Yalisove (επιμ.), *Essential papers on addiction* (σελ. 184-212). New York: New York University Press.

Shaffer H. L. (1997). The psychology of stage change. Στο J.H. Lowinson, P. Ruiz, R.B. Millman, & J.G. Langrod (επιμ.), *Substance abuse: A comprehensive textbook* (3^η έκδ., σελ.100-106). Baltimore MD: Williams & Wilkins.

Shaffer H. J., & Hall M. N. (2001). Updating and refining prevalence estimates of disordered gambling and behaviour in the United States and Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 92, 168–172.

Shaffer H. J., Hall M. N., & Vander Bilt J. (1997). *Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A meta-analysis*. Boston: Harvard Medical School, Division of Addictions.

Shaffer H. J., & Robbins M. (1995). Psychotherapy for addictive behaviour: A stagechange approach to meaning making. Στο A.M. Washston (επιμ.) *Psychotherapy and substance abuse: A practitioner's handbook* (σελ. 103-123). New York: Guilford Press.

Shaffer H. J., Forman D. P., Scanlan K.M., & Smith E. (2000), Awareness of gambling-related problems, policies and educational programs among high school and college administrators. *Journal of Gambling Studies*, 16(1), 93-101.

Smith S., Thomas S., & Jackson A. (2004). An exploration of the therapeutic relationship and counseling outcomes in a problem gambling counseling service. *Journal of Social Work Practice*, 18(1), 99–112.

Sobell M. B., Sobell L. C. (2000) Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *J Consult ClinPsychol*, 68:573-579.

Sproston K., Erens B., & Orford J. (2000). *Gambling Behaviour in Britain: Results from the British Gambling Prevalence Survey*, London: The National Centre for Social Research.

Steel Z., & Blaszczynski A. (1998). Impulsivity, personality disorders and pathological gambling severity. *Addiction*, 93, (6), 895-905.

Steel Z., & Blaszczynski A. (1998). Personality disorders among pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 14(1), 51-71.

Stinchfield R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27, 1–19.

Stinchfield R., & Owen P. (1998). Hazelden's Model of Treatment and its Outcome. *Addictive Behaviors*, 23, 669–683

Stinchfield R., & Winters K. C. (2001). Outcome of Minnesota's gambling treatment programs. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 17, 217–245.

Tang C.S., Anise M. S., W.Y.C Tang, Yan E.C.W. (2010). Reliability, Validity, and Cut Scores of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) for Chinese. *Journal of Gambling Studies*, 26(1): 145–158.

Tavares H., Zilberman M. L., Beites, F. J., & Gentil V. (2001). Gender differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies*, 17, (2), 151-159.

Toneatto T., & Ladouceur R. (2003). Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors* 42, 92-99.

Viets V. C. L., & Miller W. R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 17, 689-702.

Volberg R.A., & Steadman H.J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *Am J Psychiatry*, 5, 145:502

Wallisch L. S. (1995). *Gambling in Texas: 1995 Texas survey of adult and adolescent gambling behavior*. Austin: Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse.

Walker M. B. (1989). Some problems with the concept of "gambling addiction": should theories of addiction be generalized to include excessive gambling? *Journal of Gambling Behavior*, 5, 179-200.

Walker M. B., (1993). Treatment strategies for problem gambling: A review of effectiveness. In W. R. Eadington & J. A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior and problem gambling* (pp. 533-566). Reno, NV: William R. Eadington & Judy A. Cornelius.

Wardle H., Sproston K., Orford J., Erens B., Griffiths M., Constantine R., & Pigott S. (2007). British Gambling Prevalence Survey. National Centre for Social Research. *Gambling Commission, September 2007*.

Wenzlaff R. M., & Wegner D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 31, 39-91.

WHO, (1999). *Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year*, Geneva, 1981:11-40.

Winick C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *United Nations Bulletin on Narcotics*, 14:1-7.

Winters K. C., Stinchfield R. D., & Kim L. G., (1995). Monitoring adolescent gambling in Minnesota. *Journal of Gambling Studies*, 11(2), 165-183.

Zilberman M. L., & el-Guebaly N. (2003). Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *Pup Med, Can J Psychiatry* .48(1):22-7.

Πηγές από το Διαδίκτυο.

Ο Περί Στοιχημάτων Νόμος του 2012 (106(I)/2012). http://www.cylaw.org/nomoi/enop/non-ind/2012_1_106/full.html.

KENΘEA (2012). <http://www.kenthea.org.cy/blog>.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1 – ΕΠΙΣΤΟΛΕΣ ΕΓΚΡΥΣΗΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Αρ. φακ: 5.34.01.7.3Ε

Αρ. τηλ: 22605738
Email: igeorgiou@moh.gov.cy

Αρ. Πρωτοκόλλου: 0090/2013

30/05/2013

✓ Κα Θέκλα Πέτρου
Ασπρομούτταρα 24
2566
Λύμπια
Λευκωσία

Κυρία,

Θέμα: Αίτημα για την παραχώρηση άδειας διεξαγωγής έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημα σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο «Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας του θεραπευτικού προγράμματος απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια των Υπηρεσιών Ψυχική Υγείας» που υποβλήθηκε στην γραμματεία της επιτροπής με ημερομηνία 26/3/2013 και να σας πληροφορήσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει εγκρίνει το αίτημα σας.

Νοείτε ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των τμημάτων /υπηρεσιών για την διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Επισημαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν θα πρέπει να διαταράσσετε η ομαλή λειτουργία των τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση έκθεση συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο «Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών» στο οποίο αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασία σας.

Επίσης, με την ολοκλήρωση της έρευνας σας θα πρέπει να παραδώσετε στην γραμματεία της επιτροπής τα ακόλουθα:

- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605738 φαξ: 22772263 Ιστοσελίδα: <http://www.moh.gov.cy>



- γραπτή συγκατάθεση σας για την Διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας.
- περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας τα οποία θα αναρτούνται στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας

Με Εκτίμηση,

Ειρήνη Γεωργίου

(Ειρήνη Γεωργίου)
για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.: Διευθυντή ΙΥ&ΥΔΥ
Διευθυντή ΥΨΥ



Υπουργείο Υγείας 1448 Λευκωσία
Τηλ: 22605738 φασ:22772263 Ιστοσελίδα:<http://www.moh.gov.cy>



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.95
Αρ. Τηλ. : 22818303

20 Φεβρουαρίου 2013

Κυρία Θέκλα Πέτρου
Ασπρομούτταρα 24
2566 Λύμπια
Λευκωσία

Γνωστοποίηση σύστασης και λειτουργίας Αρχείου / Έναρξης Επεξεργασίας μεταπτυχιακής έρευνας της νοσηλευτικής λειτουργού κυρίας Θέκλας Πέτρου, φοιτητριάς στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου με θέμα «Αποτίμηση Αποτελεσματικότητας Προγράμματος Απεξάρτησης από Τυχερά Παιγνίδια».

Αναφέρομαι στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 19.2.2013, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις των περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμων του 2001 μέχρι 2012 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με τους Ν. 37(I)/2003 και Ν. 105(i)/2012, στο εξής «ο Νόμος»), και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠαπ



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2013.01.04

Αρ. Τηλ.: 22809038/039

Αρ. Φαξ: 22353878

06 Φεβρουαρίου 2013

Κυρία Θέκλα Πέτρου
Ασπρομούτταρα 24
2566 Λύμια
Λευκωσία

Αξιότιμη κυρία Πέτρου,

**Θέμα: «Αποτίμηση της αποτελεσματικότητας του θεραπευτικού προγράμματος
απεξάρτησης από τα τυχερά παιχνίδια των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας»**

Σε συνέχεια προηγούμενης μας αλληλογραφίας για το πιο πάνω θέμα, επιθυμώ να σας ευχαριστήσω για την επιστολή σας ημερομηνίας 27/02/2013 (μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου).

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, αντίγραφο ερευνητικού πρωτοκόλλου και ερωτηματολόγια), έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στην σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση

Δρ. Μιχάλης Βονιάτης
Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2. – ΕΝΤΥΠΟ ΠΡΩΤΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΖΟΓΟ

ΕΝΤΥΠΟ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

A. ΕΠΑΦΗ ΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

1. Ονοματεπώνυμο:
2. Ημερ. προσέλευσης Ημερ. Αίτησης για θεραπεία.....
3. Τύπος επαφής με το πρόγραμμα: α. Νέος πελάτης
β. Παλιός πελάτης ημερ. προηγούμενης επαφής
4. Πηγή παραπομπής:

ίδιος	φίλοι	οικογένεια	γιατρός	πρόγραμμα/υπηρεσία	άλλο

B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο	Ανδρας		Γυναίκα	
2. Ημερομηνία γέννησης				
3. Παρούσα Διεύθυνση				
4. Τηλέφωνο				

5. Υπηκοότητα: α. Κυπριακή β. Αλλοδαπός χώρας Ε.Ε. γ. Αλλοδαπός εκτός Ε.Ε.
6. Εκπαιδευτικό επίπεδο: α. Πρωτοβάθμιο β. Δευτεροβάθμιο γ. Τριτοβάθμιο

7. Εργασιακή κατάσταση	λεπτομέρειες
1. Σταθερή εργασία	
2. Περιστασιακή εργασία	
3. Οικονομικά μη ενεργός (συνταξιούχος, οικοκυρά, αναπηρία)	
4. Άνεργος	
5. Φοιτητής	
6. Στρατιώτης	
7. Άλλο	
8. Άγνωστο	

8. Συνθήκες διαβίωσης	λεπτομέρειες
1. Μόνος /η	
2. Με γονεϊκή οικογένεια	
3. Με σύζυγο/σύντροφο χωρίς παιδιά	
4. Με σύζυγο/σύντροφο με παιδιά	
5. Μόνος/η με παιδιά	
6. Με φίλους	
7. Άλλο	
8. Άγνωστο	

Γ. SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS)

1. Σημειώστε με ποία από τα ποία κάτω είδη τυχερών παιχνιδιών έχετε ασχοληθεί για κάθε ένα από αυτά σημειώστε (καθόλου, λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα, περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα)

Είδος παιχνιδιού		καθόλου	λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα
Χαρτοπαίγνια				
Ιπποδρομιακά και άλλα συναφή στοιχήματα (σκύλους ή άλλα ζώα)				
Ποδοσφαιρικά και άλλα αθλητικά στοιχήματα σε πρακτορείο				
Επίσκεψη σε καζίνο				
Μηχανές όπως φρουτάκια, πειρατές και άλλα				
Τόμπολες				
Παιχνίδια του οπάπ	Κίνο			
	τζόκερ, λόττο και άλλα			
Λαχεία				
Τυχερά παιχνίδια μέσω διαδικτύου:	Ηλεκτρονικό καζίνο			
	Ποδοσφαιρικά και άλλα αθλητικά στοιχήματα			
	Πόκερ και άλλα παιχνίδια με χαρτιά			
	Άλλο.....			
Χρηματιστήριο				
Παιχνίδια με ζάρια				
Παράνομα στοιχήματα				

2. Ποιο είναι το μεγαλύτερο ποσό που έχετε στοιχηματίσει σε τυχερά παιχνίδια κατά την διάρκεια μιας μέρας:

Μέχρι €100	Από €1000 - €5000
Από €100 - €500	Από €5000 - €10000
Από €500 - €1000	Από €10000 και άνω

3. Αντιμετώπισε κάποιος από τους γονείς σου πρόβλημα ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια

Ναι	Όχι
Ποιος:	

4. Υπήρξαν περιπτώσεις κατά την διάρκεια της ενασχόλησης σας με τα τυχερά παιχνίδια που επιστρέψατε την επομένη για να ανακτήσετε τα χαμένα;

Ποτέ	Κάποιες φορές	Τις περισσότερες φορές	πάντοτε

5. **Ισχυριστήκατε ποτέ ότι είχατε κερδίσει χρήματα από τα τυχερά παιχνίδια ενώ στην πραγματικότητα είχατε χάσει;**

Ποτέ	Κάποιες φορές	Τις περισσότερες φορές	πάντοτε

6. **Αισθανθήκατε ποτέ ότι είχατε πρόβλημα με τα τυχερά παιχνίδια;**

Όχι	Στο παρελθόν ναι αλλά όχι τώρα	Ναι

	ναι	όχι
7. Στοιχηματίσατε ποτέ περισσότερα από ότι είχατε πρόθεση να στοιχηματίσετε		
8. Σας έχουν επικρίνει ποτέ για την ενασχόληση σας με τα τυχερά παιχνίδια		
9. Έχετε νιώσει ποτέ ενοχές για τον τρόπο που στοιχηματίζετε ή για τις συνέπειες από αυτή σας την ενασχόληση		
10. Είχατε ποτέ νιώσει ότι θα θέλατε να σταματήσετε να παίζετε τυχερά παιχνίδια αλλά σκεφτόσασταν ότι δεν θα τα καταφέρνατε		
11. Έχετε ποτέ αποκρύψει κουπόνια, λαχεία, αποκόμματα ή όποια δήποτε άλλα σημάδια της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια από την σύζυγο σας, τα παιδιά σας ή άλλους σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή σας		
12. Είχατε ποτέ συζητήσεις με δικούς σας ανθρώπους που αφορούσαν τον τρόπο που διαχειρίζεστε τα λεφτά σας		
13. Οι συζητήσεις αυτές επικεντρώνονταν στα τυχερά παιχνίδια (αν απαντήσατε ναι στη 15)		
14. Δανειστήκατε ποτέ από κάποιον λεφτά χωρίς να του τα επιστρέψετε εξαιτίας του τζόγου;		
15. Σπαταλήσατε ποτέ εργασιακό χρόνο λόγο του τζόγου;		

16. **Εάν δανειστήκατε λεφτά για να τζογάρετε ή να ξεπληρώσετε χρέη που προέκυψαν από τον τζόγο από πού τα δανειστήκατε;**

	ναι	όχι
α. Από τον οικογενειακό προϋπολογισμό		
β. Από την/τον σύζυγο		
γ. Από άλλους συγγενείς		
δ. Από τράπεζες		
ε. Από χρεωστικές κάρτες		
ζ. Από τοκογλύφους		
η. Από τις οικονομίες σας		
θ. Από πώληση προσωπικής ή οικογενειακής περιουσίας		
ι. Από υπεραναλήψεις λογαριασμών ή και ακάλυπτες επιταγές		
κ. Από χρεωστικό λογαριασμό σε πρακτορείο στοιχημάτων		
λ. Από χρεωστικό λογαριασμό σε καζίνο		

Δ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΕΝΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΜΕ ΤΑ ΤΥΧΕΡΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ

1. Έκανες κάποια προσπάθεια να σταματήσεις ή να ελέγξεις την ενασχόληση σου με τα τυχερά παιχνίδια στο παρελθόν;
.....
2. Τι πιστεύεις ότι έχει αλλάξει στην ζωή σου εξαιτίας της ενασχόλησης σου με τα τυχερά παιχνίδια;
.....
3. Ποιά από τα πιο κάτω προβλήματα σου έχει προκαλέσει η ενασχόληση σου με τα τυχερά παιχνίδια;

		ναι	όχι
1.	Προβλήματα στην εργασία		
2.	Προβλήματα στην οικογένεια		
3.	Νομικά προβλήματα – δικαστικές υποθέσεις		
4.	Άγχος		
5.	Θυμό		
6.	Έντονο στρες		
7.	Κατάθλιψη		
8.	Αδράνεια / Αδιαφορία		
9.	Απόγνωση / Απελπισία		
10.	Σωματικά συμπτώματα (αύξηση αρ.πίεσης, γαστρεντερικές διαταραχές, πονοκεφάλους κ.λπ.)		

4. Είναι η οικογένεια σου πρόθυμη ή σε θέση να συμμετέχει στο πρόγραμμα;
Ναι Όχι
5. Υπάρχει κάποιο άτομο το οποίο θα μπορούσε να ήταν σύμμαχος σου στην θεραπευτική σου πορεία; αν ναι όνομα

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3 – ΕΝΤΥΠΟ ΕΠΑΝΑΛΗΠΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΑΠΕΞΑΡΤΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΖΟΓΟ

A. ΕΠΑΦΗ ΓΙΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ

5. Ονοματεπώνυμο:
6. Ημερ. προσέλευσης Ημερ. Αίτησης για θεραπεία.....
7. Τύπος επαφής με το πρόγραμμα: α. Νέος πελάτης
- β. Παλαιός πελάτης ημερ. προηγούμενης επαφής
8. Πηγή παραπομπής:

ίδιος	φίλοι	οικογένεια	γιατρός	πρόγραμμα/υπηρεσία	άλλο

B. ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

9. Φύλο	Ανδρας		Γυναίκα	
10. Ημερομηνία γέννησης				

11. Υπηκοότητα: α. Κυπριακή β. Αλλοδαπός χώρας Ε.Ε. γ. Αλλοδαπός εκτός Ε.Ε.

12. Εκπαιδευτικό επίπεδο: α. Πρωτοβάθμιο β. Δευτεροβάθμιο γ. Τριτοβάθμιο

13. Εργασιακή κατάσταση

9. Σταθερή εργασία	
10. Περιστασιακή εργασία	
11. Οικονομικά μη ενεργός (συνταξιούχος, οικοκυρά, αναπηρία)	
12. Άνεργος	
13. Φοιτητής	
14. Στρατιώτης	
15. Άλλο	
16. Άγνωστο	

14. Συνθήκες διαβίωσης

9. Μόνος /η	
10. Με γονεϊκή οικογένεια	
11. Με σύζυγο/σύντροφο χωρίς παιδιά	
12. Με σύζυγο/σύντροφο με παιδιά	
13. Μόνος/η με παιδιά	
14. Με φίλους	
15. Άλλο	
16. Άγνωστο	

Γ. SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS)

7. Σημειώστε με ποία από τα ποία κάτω είδη τυχερών παιχνιδιών έχετε ασχοληθεί για κάθε ένα από αυτά σημειώστε (καθόλου, λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα, περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα)

Είδος παιχνιδιού		καθόλου	λιγότερο από μια φορά την εβδομάδα	περισσότερο από μια φορά την εβδομάδα
Χαρτοπαίγνια				
Ιπποδρομιακά και άλλα συναφή στοιχήματα (σκύλους ή άλλα ζώα)				
Ποδοσφαιρικά και άλλα αθλητικά στοιχήματα σε πρακτορείο				
Επίσκεψη σε καζίνο				
Μηχανές όπως φρουτάκια, πειρατές και άλλα				
Τόμπολες				
Παιχνίδια του οπάπ	Κίνο			
	τζόκερ, λόττο και άλλα			
Λαχεία				
Τυχερά παιχνίδια μέσω διαδικτύου:	Ηλεκτρονικό καζίνο			
	Ποδοσφαιρικά και άλλα αθλητικά στοιχήματα			
	Πόκερ και άλλα παιχνίδια με χαρτιά			
	Άλλο.....			
Χρηματιστήριο				
Παιχνίδια με ζάρια				
Παράνομα στοιχήματα				

8. Ποιο είναι το μεγαλύτερο ποσό που έχετε στοιχηματίσει σε τυχερά παιχνίδια κατά την διάρκεια μιας μέρας:

Μέχρι €100	Από €1000 - €5000
Από €100 - €500	Από €5000 - €10000
Από €500 - €1000	Από €10000 και άνω

9. Αντιμετώπισε κάποιος από τους γονείς σου πρόβλημα ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια

Ναι	Όχι
Ποιος:	

10. Υπήρξαν περιπτώσεις κατά την διάρκεια της ενασχόλησης σας με τα τυχερά παιχνίδια που επιστρέψατε την επομένη για να ανακτήσετε τα χαμένα;

Ποτέ	Κάποιες φορές	Τις περισσότερες φορές	πάντοτε

11. Ισχυριστήκατε ποτέ ότι είχατε κερδίσει χρήματα από τα τυχερά παιχνίδια ενώ στην πραγματικότητα είχατε χάσει;

Ποτέ	Κάποιες φορές	Τις περισσότερες φορές	πάντοτε

12. Αισθανθήκατε ποτέ ότι είχατε πρόβλημα με τα τυχερά παιχνίδια;

Όχι	Στο παρελθόν ναι αλλά όχι τώρα	Ναι

	ναι	όχι
7. Στοιχηματίσατε ποτέ περισσότερα από ότι είχατε πρόθεση να στοιχηματίσετε		
8. Σας έχουν επικρίνει ποτέ για την ενασχόληση σας με τα τυχερά παιχνίδια		
9. Έχετε νιώσει ποτέ ενοχές για τον τρόπο που στοιχηματίζετε ή για τις συνέπειες από αυτή σας την ενασχόληση		
10. Είχατε ποτέ νιώσει ότι θα θέλατε να σταματήσετε να παίζετε τυχερά παιχνίδια αλλά σκεφτόσασταν ότι δεν θα τα καταφέρνατε		
11. Έχετε ποτέ αποκρύψει κουπόνια, λαχεία, αποκόμματα ή όποια δήποτε άλλα σημάδια της ενασχόλησης με τα τυχερά παιχνίδια από την σύζυγο σας, τα παιδιά σας ή άλλους σημαντικούς ανθρώπους στη ζωή σας		
12. Είχατε ποτέ συζητήσεις με δικούς σας ανθρώπους που αφορούσαν τον τρόπο που διαχειρίζεστε τα λεφτά σας		
13. Οι συζητήσεις αυτές επικεντρώνονταν στα τυχερά παιχνίδια (αν απαντήσατε ναι στη 15)		
14. Δανειστήκατε ποτέ από κάποιον λεφτά χωρίς να του τα επιστρέψετε εξαιτίας του τζόγου;		
15. Σπαταλήσατε ποτέ εργασιακό χρόνο λόγο του τζόγου;		

16. Εάν δανειστήκατε λεφτά για να τζογάρετε ή να ξεπληρώσετε χρέη που προέκυψαν από τον τζόγο από πού τα δανειστήκατε;

	ναι	όχι
α. Από τον οικογενειακό προϋπολογισμό		
β. Από την/τον σύζυγο		
γ. Από άλλους συγγενείς		
δ. Από τράπεζες		
ε. Από χρεωστικές κάρτες		
ζ. Από τοκογλύφους		
η. Από τις οικονομίες σας		
θ. Από πώληση προσωπικής ή οικογενειακής περιουσίας		
ι. Από υπεραναλήψεις λογαριασμών ή και ακάλυπτες επιταγές		
κ. Από χρεωστικό λογαριασμό σε πρακτορείο στοιχημάτων		
λ. Από χρεωστικό λογαριασμό σε καζίνο		

Δ. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΟΡΕΙΑΣ

6. Ημερομηνία έναρξης θεραπείας

7. Είχες υποτροπή της εξαρτητικής σου συμπεριφοράς κατά την διάρκεια της θεραπείας σου.

Ναι Όχι.....

Αν ναι, σε ποια χρονική περίοδο: 3 μήνες, 6 μήνες, ένα χρόνο, δύο χρόνια.

8. Ποιά από τα πιο κάτω προβλήματα συνεχίζουν να υπάρχουν στη ζωή σου λόγω της ενασχόληση σου με τα τυχερά παιχνίδια μετά την θεραπευτική παρέμβαση;

		ναι	όχι
1.	Προβλήματα στην εργασία		
2.	Προβλήματα στην οικογένεια		
3.	Νομικά προβλήματα – δικαστικές υποθέσεις		
4.	Άγχος		
5.	Θυμό		
6.	Έντονο στρες		
7.	Κατάθλιψη		
8.	Αδράνεια / Αδιαφορία		
9.	Απόγνωση / Απελπισία		
10.	Σωματικά συμπτώματα (αύξηση αρ.πίεσης, γαστρεντερικές διαταραχές, πονοκεφάλους κ.λπ.)		

9. Συμμετέχει η οικογένεια στο πρόγραμμα; ναι όχι

10. Έχεις σύμμαχο στο πρόγραμμα; ναι όχι

11. Πόσο αξιολογείς ότι άλλαξε η κατάσταση σου μετά την θεραπευτική παρέμβαση (από το 1-10);