

## IL TRATTAMENTO DI GRUPPO A BASSA INTENSITÀ

### Valutazione dell'efficacia nella percezione del giocatore d'azzardo patologico. Studio pilota per una miglior Clinical Practice

Burei E., Natale M., Simonaggio M., Angeli M., Ranieri R., Stivanello A., Cavallari G.

Dipartimento per le Dipendenze Aulss16 Padova

#### INTRODUZIONE

Il coinvolgimento nel gioco d'azzardo è un fenomeno in costante crescita con il proliferare di lotterie istantanee come le video lotterie, slot machine ecc. L'alta possibilità d'aggancio da parte dei giochi a ciclo rapido disponibili senza soluzione di continuità, le slot machine in particolare, hanno portato ad un incremento sostanziale del Disturbo da Gioco D'azzardo Patologico. Nonostante ormai siano disponibili e diffusi in modo omogeneo servizi specialistici dedicati, nella realtà italiana nei Dipartimenti per le Dipendenze, solo una piccola parte, si stima il 10%, vi accede di solito tardivamente e perlopiù nei momenti di crisi. Inoltre la percentuale di drop-out è molto elevata. Si ritiene che il trattamento di gruppo possa essere un intervento d'elezione per avviare e consolidare il cambiamento anche per il Disturbo da Gioco D'azzardo (Ladouceur, R., Sylvain, C., et al. 2003), (Murcia, Set al. 2006), (Myrseth, Het al. 2009). Il Dipartimento per le Dipendenze dell'Aulss 16 di Padova sta da tempo introducendo nella pratica clinica nuovi dispositivi terapeutici e riabilitativi che siano al tempo stesso maggiormente catturanti per i giocatori, compatibili coi bisogni di cura e le risorse disponibili.

#### OBIETTIVO

Gli obiettivi di questo studio pilota sono rivolti all'osservazione degli effetti prodotti dall'utilizzo di un nuovo format, la terapia di gruppo a bassa intensità (durata 6 mesi, con incontri ogni due settimane) e con il sostegno a distanza (mediante numero dedicato e interazione messaggistica), al fine di verificare e valutare i cambiamenti percepiti in una popolazione di giocatori patologici diagnosticati secondo i criteri del DSM V.

#### PARTECIPANTI

Il gruppo era composto da 18 persone di entrambi i sessi, con un'età compresa tra i 25 e i 65 anni, di diversa estrazione sociale tutte facenti parte del territorio di competenza dell'Aulss 16 di Padova che aveva-

no sviluppato una dipendenza patologica medio-grave, prevalentemente verso le slot machine, vlt, scommesse e gratta e vinci. Vi sono stati 2 abbandoni. Ai fini delle analisi statistiche, sono stati considerati solamente i 12 soggetti che ci hanno messo a disposizione entrambi i questionari (T1-T2).

#### STRUMENTI

È stato utilizzato lo strumento: "Gioco d'azzardo, guida pratica di intervento. Manuale per l'operatore"<sup>6</sup>, come background di riferimento nella conduzione degli incontri.

Il supporto a distanza tramite un numero dedicato e l'interazione mediante messaggistica. L'Interazione mediante SMS, mezzo di comunicazione alla portata di tutti, durante la settimana aveva la funzione di mantenere a distanza la continuità del sostegno ai giocatori durante il percorso terapeutico. La messa a disposizione di un numero verde dedicato, attivo tutti i giorni lavorativi, per permettere un'interazione continua a necessità dei singoli.

Per valutare l'andamento del gruppo, in relazione agli obiettivi sopra citati, è stato utilizzato un test di autovalutazione, creato ad hoc, il quale ripropone i 9 criteri suggeriti dal DSM V<sup>7</sup> per la diagnosi del gioco patologico. Trattasi di un questionario qualitativo a 9 item con scala likert a 5 punti (da 0-mai a 5-sempre). Il questionario valuta l'auto percezione del singolo e i punteggi vanno interpretati in modo decrescente: punteggi alti indicano una maggiore prepotenza della patologia, mentre i più bassi un maggiore benessere individuale.

#### METODO

Gli incontri duravano 90 minuti a cadenza quindicinale. L'intervento iniziava con una breve introduzione dell'argomento per poi dare spazio agli interventi e all'interazione con e tra i partecipanti.

Adeguato spazio avevano anche le informazioni volte a riconoscere e modificare i pensieri disfunzionali e le distorsioni cognitive durante ogni incontro. Questo metodo proposto, in una cornice interattiva di gruppo, in un clima empatico supportivo, era volto a stimolare l'assimilazione propria degli strumenti cognitivi, pratici, emotivi e sociali utili a fronteggiare al meglio le specificità della propria patologia. Il carattere non giudicante del gruppo permetteva una libera interazione e un'elaborazione senza vergogna delle esperienze vissute dai singoli. Nei giorni seguenti veniva elaborato ed inviato dai conduttori un SMS inerente alle tematiche affrontate nel gruppo con lo scopo di mantenere riflessivi e attivi i giocatori nel periodo di tempo che intercorreva tra un incontro e l'altro, evitando così anche il rischio di drop-out. Inoltre durante il percorso dei giocatori veniva individuata la figura dell'accompagnatore (generalmente un familiare) che fungeva da supporto emotivo e nella gestione del denaro.

#### RISULTATI

In primo luogo sono stati presi in esame le differenze nei punteggi totali ottenuti dai 12 partecipanti al T1 e al T2.

Figura 1 – Punteggi soggetti T1-T2

		DiffT1_T2			
		Frequenza	Percentuale	Percentuale valida	Percentuale cumulativa
Valido	-8,00	1	8,3	8,3	8,3
	-2,00	1	8,3	8,3	16,7
	,00	2	16,7	16,7	33,3
	1,00	1	8,3	8,3	41,7
	2,00	1	8,3	8,3	50,0
	4,00	1	8,3	8,3	58,3
	5,00	1	8,3	8,3	66,7
	7,00	1	8,3	8,3	75,0
	8,00	1	8,3	8,3	83,3
	10,00	1	8,3	8,3	91,7
	13,00	1	8,3	8,3	100,0
	Totale		12	100,0	100,0

La Figura 1 evidenzia che: otto soggetti mostrano un'evoluzione positiva, due componenti del gruppo hanno riportato un peggioramento (-8,00 e -2,00) e ulteriori due elementi non hanno riportato variazioni tra i due punteggi totali in T1 e T2. Il miglioramento anche se

riferito e percepito dai giocatori, non è risultato statisticamente significativo ( $t(gdl=11)=2,011$   $p=0,069$ ), come riportato negli approfondimenti effettuati sull'intero gruppo con campioni appaiati, tramite T-Test in Figura 2.

Figura 2 – T-Test per soggetto

		Test campioni accoppiati							
		Differenze accoppiate				t	gl	Sign. (a due code)	
		Media	Deviazione std.	Media errore standard	Intervallo di confidenza della differenza di 95%				
					Inferiore	Superiore			
Coppia 1	tot t1 - tot t2	3,333	5,742	1,658	-,315	6,982	2,011	11	,069

Il grafico Boxplot in Figura 3 raffigura la distribuzione del campione tramite indici di dispersione e di posizione. Nello specifico: la maggior parte dei punteggi si aggirano intorno allo zero e l'otto (rappresentati dal box-scatola).

La linea che attraversa la scatola indica la mediana, mentre i segmenti (ovvero i plot/baffi) rappresentano l'indice di dispersione che varia dai -8,00 a 13,00. Si può quindi sostenere che la maggior parte dei compo-

nenti nel gruppo ha riscontrato un miglioramento nei criteri divulgati dal DSM V<sup>7</sup> collocandosi perlopiù tra lo zero e l'otto, tra i punteggi positivi. Dato riportato anche in Figura 4 in cui vengono riportati i ranghi negativi che riassumono la quantità di soggetti (ranghi negativi: 8) che mostrano un decremento dei punteggi e un conseguente abbassamento nei livelli di patologia percepiti.

Figura 3 – Grafico Boxplot di Figura 1

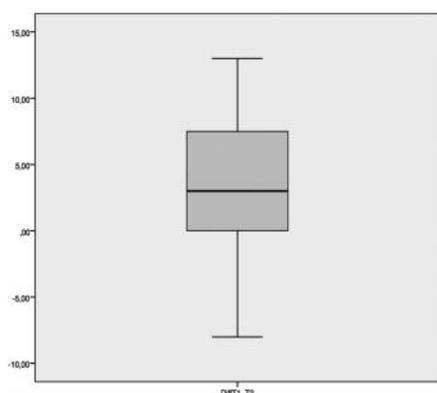


Figura 4 – Test dei ranghi con segno di Wilcoxon per singoli soggetti

		Ranghi		
		N	Rango della media	Somma dei ranghi
tot t2 - tot t1	Ranghi negativi	8 <sup>a</sup>	5,63	45,00
	Ranghi positivi	2 <sup>b</sup>	5,00	10,00
	Correlazioni	2 <sup>c</sup>		
	Totale	12		

a. tot t2 < tot t1

b. tot t2 > tot t1

c. tot t2 = tot t1

Successivamente sono stati presi in considerazione i risultati, nel pre e post trattamento, di ogni singolo item che fa riferimento ai singoli criteri del DSM V<sup>7</sup>. Tramite il Test dei ranghi di Wilcoxon (Figura 5) sono emersi risultati significativi per quanto concerne l'item 6 e l'item 7 (relativi all'inseguimento delle perdite e al raccontare bugie volte a nascondere il coinvolgimento al gioco). Come è possibile notare infatti, l'item 6 presenta 6 ranghi negativi (punteggi più bassi), 0 ranghi positivi (punteggi più alti) e 6 correlazioni (punteggi rimasti invariati). Questo risultato si traduce in: sei

miglioramenti, zero peggioramenti e sei punteggi invariati. Nell'item sette ci sono: 8 soggetti che migliorano, 1 che peggiora e 3 che mostrano un punteggio invariato. Entrambi gli item dunque risultano significativi (Figura 6) (item6=  $z = -2,232$   $p = .026$ ) (item7=  $z = -2,308$   $p = .021$ ).

I risultati descritti in Figura 5 e in Figura 6 descrivono come la rincorsa delle perdite e le menzogne sono due fattori, nonché criteri diagnostici, che subiscono un significativo ridimensionamento in seguito alla partecipazione al gruppo.

### RANGHI

Figura 5 – Test dei ranghi di Wilcoxon per singolo item

	N	Rango della media	Somma dei ranghi
T2 item 6 - T1 item 6 Ranghi			
Ranghinegativi	6	3.50	21.00
Ranghi positivi	0	.00	.00
Correlazioni	6		
T2 item 7 - T1 item 7			
Ranghi negativi	8	5.13	41.00
Ranghi positivi	1	4.00	4.00
Correlazioni	3		

Figura 6 – Test dei ranghi Wilcoxon per singoli item

Statistiche del test <sup>a</sup>									
	t2 item1 - t1 item1	t2 item2 - t1 item2	t2 item3 - t1 item3	t2 item4 - t1 item4	t2 item5 - t1 item5	t2 item6 - t1 item6	t2 item7 - t1 item7	t2 item8 - t1 item8	t2 item9 - t1 item9
Z	-1,508 <sup>b</sup>	-1,633 <sup>b</sup>	,000 <sup>c</sup>	-1,318 <sup>b</sup>	-,641 <sup>b</sup>	-2,232 <sup>b</sup>	-2,308 <sup>b</sup>	-1,289 <sup>c</sup>	-1,342 <sup>b</sup>
Sign. asint. (a due code)	,132	,102	1,000	,187	,521	,026	,021	,197	,180

### Discussione

I risultati emersi suggeriscono che la partecipazione ai gruppi si traduce in un sensibile miglioramento nell'auto percezione dei propri sintomi, quindi un miglioramento della qualità della vita, e in una minore intensità e frequenza dell'espressione sintomatologica per la maggior parte dei partecipanti (66,6% di soggetti con punteggi migliorati, 16,6% invariati e 16,6% hanno riportato peggioramenti), ma nonostante questi elementi positivi emersi, essi non ci permettono di dichiarare un'evoluzione statisticamente significativa in tutti i nove criteri presi in considerazione, ma solo per il criterio 6 e 7 del DSM V. Prendendo in considerazione le diverse funzionalità che vengono compromesse nel gioco d'azzardo patologico, ricavate dal DSM V<sup>7</sup>, vi sono però dei miglioramenti importanti per quanto riguarda le distorsioni cognitive (Item 6) su cui i giocatori hanno avuto ampia informazione e interazione nel corso del trattamento di gruppo. In particolare i partecipanti mostrano una razionalità più forte in grado di contrastare un importante circolo "vizioso" che li portava a continuare a giocare per cercare di recuperare i soldi persi. È ipotizzabile dunque che le informazioni date negli incontri permettano ai giocatori di capire che i soldi persi raramente, soprattutto per un giocatore patologico, sono recuperabili, neutralizzando un fattore di ricaduta. Inoltre vi è un signifi-

cativo miglioramento anche nel criterio che descrive le continue bugie e menzogne (Item 7) di cui fanno massicciamente uso questo tipo di pazienti. È possibile che tramite il gruppo, i soggetti si sentano liberi di esprimersi senza essere giudicati facilitando così la possibilità di chiedere e ricevere l'aiuto necessario a interrompere o quanto meno ridurre l'impulso per il gioco. La presenza di una figura che accompagna e aiuta il giocatore risulta essere di vitale importanza, non solo per aiutare il giocatore a gestire il denaro, ma anche per supportarlo in tutti gli aspetti quotidiani. Il gruppo aiuta, in questo senso, a parlare anche con i familiari e amici e coinvolgerli nel percorso terapeutico scelto. Gli incontri, secondo la nostra esperienza, hanno effettivamente ridotto i comportamenti di gambling, anche se non per tutti è stato possibile astenersi completamente, ma le ricadute sono rimaste perlopiù situazioni isolate e non dettate dall'inseguimento delle perdite, come effettivamente riporta anche il questionario. Inoltre grazie al particolare tipo di setting terapeutico e alle tecniche utilizzate in questo studio è stato possibile lavorare e mantenere viva la motivazione a proseguire il trattamento riducendo al minimo il drop out (11%) e incrementando così la ritenzione (89%), (Hodgins, 2005; Toneatto&Millar, 2004).

In futuro potrebbe essere utile per ulteriori studi uti-

lizzare strumenti di misura più dettagliati, avere un gruppo di controllo ed effettuare dei follow up a medio lungo termine per valutare il mantenimento dei risultati ottenuti.

### *Bibliografia*

1. Ladoucer R., Sylvain C., Boutin C., Lachance S., Doucet C., Leblond J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, Volume 41, Issue 5, Pages 587-596.
2. Murcia S., Alvarez-Moya E., Granero R., Aymami M., Gomez-pen M., Jaurieta N., Sans B., Rodriguez-Marti J., Vallejo J. (2006). Cognitive behavioral group treatment for pathological gambling: analysis of effectiveness and predictors of therapy outcome *Psychotherapy Research*, September 2007; 17(5): 544-552.
3. Myrseth H., Litlerè I., Støylen I.J., Pallesen S., (2009). A controlled study of the effect of cognitive-behavioural group therapy for pathological gamblers.
4. Hodgins, D. C. (2005). Implications of a brief intervention trial for problem gambling for future outcome research. *Journal of Gambling Studies*, 21, 13-19.
5. Toneatto T., Millar G. (2004). The assessment and treatment of problem gambling: Empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 501-503.
6. n.8, U.(s.d.) Gioco d'azzardo patologico. Manuale per l'operatore. Castelfranco Veneto (TV): Progetto Integrativo GAP-Net-2w-Rete di servizi per l'assistenza al gioco d'azzardo patologico -2nd wave. DGR n.1378 del 4 Agosto 2011; DGR n. 528 del 24 dicembre 2013).
7. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington, DC: Author.