

RELAZIONE FINALE

Titolo scientifico: “Ambulatorio ospedaliero per il trattamento delle nuove dipendenze”

Titolo divulgativo “Approccio innovativo per la terapia del gioco d’azzardo patologico”

Questo progetto ha arruolato 9 soggetti (8 maschi e 1 femmina), di età compresa tra i 22 e i 78 anni ($47,1 \pm 17,2$) con disturbo da gioco d’azzardo patologico (GAP) che seguiti ambulatorialmente dal 1 Giugno al 30 Settembre 2018.

L’accesso all’ambulatorio poteva avvenire in diversi modi: spontaneamente tramite sito internet dell’ambulatorio (www.and-bologna.it) o l’invio da parte di medici di medicina generale (12.5%)/specialisti/psichiatri (25%) o familiari (25%).

Tutti i partecipanti hanno avuto accesso a 3 sedute individuali di assessment. 2 hanno usufruito rispettivamente di soli 1 e 2 sedute e non hanno terminato la valutazione per motivi lavorativi.

I dati di seguito riportati si riferiscono a 8 pazienti di 9, poiché uno dei due che non ha terminato l’assessment non ha compilato l’anagrafica e la testistica.

Del campione selezionato il 25% aveva la licenza media inferiore, il 62.5% la licenza media superiore e il 12.5% la laurea. La maggior parte dei partecipanti era celibe/nubile (50%), il 25% era coniugato, il 12.5% convivente e il 12.5% separato/divorziato. Al momento della valutazione 1 partecipante era pensionato (12.5%), due erano disoccupati (25%) e cinque lavoravano (62.5%). Dall’assessment del campione è emerso che i partecipanti soddisfavano da 4 a 7 criteri ($M = 5.75 \pm 1$) per la diagnosi di GAP al DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 Edition); gli anni di malattia per ciascun partecipante variavano da 4 a 14 (8.25 ± 3.8) e il 50% dei soggetti riferiva periodi di astensione dal gioco.

Il numero di giocate al mese variava da 4 a 60 (16.25 ± 19.6) e la spesa mensile da 200€ a 4000€ (1762.5 ± 1621.2).

Le tipologie di gioco utilizzate erano diverse e poco meno della metà dei partecipanti utilizzava più tipologie di gioco contemporaneamente.

Tutti i partecipanti presentavano delle problematiche concomitanti correlate al GAP (problemi lavorativi, finanziari, familiari, etc.) e comorbidità psichiatriche

(25% disturbi d'ansia; 25% disturbi depressivi; 25% disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti; 37.5% disturbi di personalità).

6 degli 8 partecipanti presentavano, un altro tipo di dipendenza (16.6% disturbo di alimentazione incontrollata; 33.3% uso problematico di alcool; 33.3% dipendenza da caffeina; 100% disturbo da uso di tabacco).

La metà del campione seguiva anche una farmacoterapia prescritta dal medico psichiatra, ma era mai stato trattato con farmaci dopaminergici.

5 degli 8 partecipanti si erano già sottoposti precedentemente ad interventi psicologici, psichiatrici o aveva seguito gruppi di auto mutuo aiuto, ma senza aver riscontrato una remissione della dipendenza. Al colloquio clinico non è stata rilevata né riferita ideazione suicidaria in nessuno dei partecipanti.

Procedura

Il progetto è stato effettuato presso l'Unità Operativa di Semeiotica Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna.

Ogni partecipante, all'arruolamento, veniva sottoposto ad una valutazione clinica di 3 colloqui individuali da 60 minuti, per valutare la psicopatologia e l'idoneità all'intervento clinico e per aumentare la motivazione al trattamento.

La fase di assessment prevedeva anche la somministrazione dei seguenti test:

- South Oaks Gambling Screen per valutare problemi legati al gioco d'azzardo.
- Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996; edizione italiana a cura di Ghisi et al., 2006): per misurare la presenza e la gravità della depressione.
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y; Spielberger, 1964; edizione italiana a cura di Pedrabissi et al., 1989): per valutare l'ansia di stato e di tratto.
- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; Gratz e Roemer, 2004; edizione italiana a cura di Sighinolfi et al., 2010): per valutare la regolazione delle emozioni nella popolazione adulta.
- Barrat Impulsiveness Scale (BIS; Patton et al., 1995; edizione italiana a cura di Fossati et al., 2001): per valutare l'impulsività.

- Toronto Alexithymia Scale - 20 (TAS-20; Taylor et al., 1992; Bagby et al., 1994; edizione italiana a cura di Bressi et al., 1996): per valutare l'alestitimia.

Durante l'ultima seduta di assessment ogni partecipante ha ricevuto la restituzione di tutti i test svolti precedentemente e la proposta di partecipare all'intervento clinico di Skills Training DBT + case management.

L'intervento clinico era costituito da:

- Incontri di gruppo di Skills Training DBT (protocollo di DBT Skills Training per adulti di Soler) della durata di 2 ore una volta a settimana per un totale di 12 incontri.
- Colloqui individuali (1 ora) a cadenza bisettimanale di case management e di generalizzazione delle abilità apprese nello Skills Training di gruppo.

La valutazione e l'intervento clinico sono stati erogati nell'arco di 4 mesi.

Al termine dell'intervento (T1) sono stati risomministrati tutti i questionari tranne il South Oaks Gambling Screen (SOGS), per verificare i miglioramenti post-intervento ed è stato somministrato il General Satisfaction Questionnaire (GSQ-20; Huxley et al., 1991), per valutare il grado di soddisfazione soggettiva nei confronti dell'intervento clinico.

A 3 mesi dal (T1) è stato effettuato un follow-up attraverso contatto telefonico per valutare il mantenimento dei risultati ottenuti, lo stato di astensione dei partecipanti e la presenza di eventuali progressi o recidive del disturbo.

Descrizione dell'intervento di Skills Training DBT di gruppo

L'intervento di DBT è stato condotto da un leader (retribuito) e un co-leader (volontario), entrambi psicologi specializzandi in psicoterapia cognitiva formati in DBT ed iscritti alla Società Italiana DBT.

Le sedute di Skills Training sono state strutturate sulla base del protocollo di Soler (Soler et al., 2009).

Le abilità insegnate nei 12 incontri fanno parte delle 4 macroaree di abilità dello Skills Training DBT: abilità nucleari di mindfulness, abilità di tolleranza della sofferenza, abilità di regolazione emotiva e abilità di efficacia interpersonale.

Gli obiettivi generali dello skills-training sono l'interruzione di comportamenti distruttivi per il trattamento, l'acquisizione, il rafforzamento e la

generalizzazione delle abilità, e la riduzione dei comportamenti interferenti con la terapia.

Analisi statistiche

Sebbene in questo studio non sia stata utilizzata una condizione di controllo, la preliminare efficacia della DBT è stata esaminata utilizzando il t-test di Student per campioni appaiati, in modo tale da testare il cambiamento avvenuto da prima a dopo il trattamento nei seguenti questionari: BDI-II, DERS, BIS, STAI-Y e TAS. I risultati sono stati espressi come $media \pm deviazione\ standard$.

Risultati

I 7 partecipanti inseriti nell'intervento clinico hanno preso parte ad una media di 5.6 (min: 1; max: 9) incontri di Skills Training DBT di gruppo settimanali cadauno e di 5 (min: 4; max: 7) incontri individuali di case management bisettimanali cadauno, ed il 71.4% ha completato il trattamento.

Durante il trattamento, per motivi di lavoro, vi sono stati 2 casi di drop-out ed 1 ulteriore partecipante che ha dovuto portare a termine l'intervento svolgendo lo Skills Training in setting individuale durante i colloqui di case management.

Riassumendo: dei 7 pazienti hanno iniziato l'intervento clinico, 4 pazienti hanno completato l'intervento di Skills Training di gruppo + case management e 1 paziente quello Skills Training individuale + case management.

Al termine del trattamento 3 partecipanti su 5 erano astinenti dal gioco d'azzardo ed i due non astinenti avevano ridotto notevolmente la frequenza del comportamento di gioco (entrambi 1 volta a settimana contro le 6 e 7,5 alla baseline) e la quantità di denaro impiegata (rispettivamente 10 e 50 euro contro 600 e 1600 euro alla baseline).

Al follow-up di 3 mesi (F1) un ulteriore partecipante aveva raggiunto l'astinenza, per un totale di 4 partecipanti astinenti su 5.

Dallo scoring al T1 del GSQ-20 dei 5 partecipanti che hanno concluso l'intervento è emerso un elevatissimo livello di soddisfazione generale dell'intero intervento con un punteggio medio di 73 ± 7.6 su un massimo di 80

punti acquisibili al test ed un punteggio medio di 9 (min 8, max 10) alla valutazione finale del GSQ-20 su scala likert da 1 a 10 rispetto al livello complessivo di soddisfazione.

Al T0 (pre-intervento) le medie dei punteggi dei questionari dei pazienti che hanno completato la fase di assessment (n = 8) erano le seguenti: Beck Depression Inventory (BDI-II; 23.9 ± 14.9), Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS; 100.5 ± 18.1), Barrat Impulsiveness Scale (BIS; 74.3 ± 5.1), State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y1; 44.3 ± 10.7) e (STAI-Y2; 46.9 ± 7.9), Toronto Alexithymia Scale - 20 (TAS; 56.9 ± 12.3), South Oaks Gambling Screen (SOGS; M = 9.1 ± 1.9).

Di seguito i risultati di coloro che hanno concluso l'intero intervento clinico (n = 5) dei test al pre-intervento (T0) vs post-intervento (T1):

- Beck Depression Inventory (BDI 25.4 ± 15.9 vs 8.2 ± 3.6),
- Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS 100.2 ± 22.7 vs 73.6 ± 20.7),
- Barratt Impulsiveness Scale (BIS; 74.8 ± 6.4 vs 63 ± 4.8),
- State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y1; 39.4 ± 2.2 vs 42.8 ± 3.6) e (STAI-Y2; 45.4 ± 6.2 vs 44.6 ± 6.3),
- Toronto Alexithymia Scale - 20 (TAS; 62 ± 8.3 vs 47 ± 7.2).

Le medie dei punteggi dei singoli questionari prima e dopo l'intervento clinico sono riportate nella *tabella 1*.

Il t-test di Student per campioni appaiati utilizzati per confrontare i punteggi dei questionari pre e post-intervento mostrano un miglioramento molto rilevante e statisticamente significativo dei sintomi depressivi misurati dal BDI-II ($t_{(4)} = 2.500$, $p = 0.033$, $< .05$) e nella regolazione emotiva misurata attraverso la DERS ($t_{(4)} = 8.471$, $p = 0.0005$, $< .01$).

Anche per quanto riguarda la BIS è stato possibile osservare una notevole riduzione dell'impulsività statisticamente significativa ($t_{(4)} = 6.185$, $p = 0.002$, $< .01$).

La stessa cosa è avvenuta per l'alessitimia misurata dalla TAS ($t_{(4)} = 4.144$, $p = 0.007$, $< .01$).

Come riportato *figure 1,2,3,4,5* l'ansia di stato, misurata attraverso la STAI-Y1, si è verificato un lieve aumento ($t_{(4)} = -1.527$, $p = 0.899$) al T1, mentre l'ansia di tratto, misurata dallo STAI-Y2, è rimasta invariata dal pre al post-trattamento ($t_{(4)} = 0.825$, $p = 0.456$).

Discussione

Questo studio dimostra che il programma adottato è in grado di ridurre il GAP, sia per quanto riguarda i miglioramenti ottenuti nei costrutti clinici misurati dai test psicodiagnostici, sia per quanto riguarda l'astinenza dal gioco o la sua importante riduzione, nonostante ridotto numero di incontri a cui i partecipanti hanno preso parte giustificata almeno parzialmente dal fatto che il progetto è stato condotto durante i mesi estivi, in cui i pazienti avevano necessità di assentarsi per le ferie. Inoltre, i 2 partecipanti disoccupati hanno dovuto interrompere il percorso per iniziare un nuovo lavoro: questo dato può essere considerato anche un indice clinico positivo del rapido miglioramento funzionale.

Inoltre è interessante notare la riduzione della depressione documentata dal BDI-II in tutti i soggetti. Ciò potrebbe essere conseguenza del fatto che i partecipanti abbiano implementato, nel corso e dopo il trattamento, la propria autoefficacia, mastery e reso interno il locus of control nel regolare il comportamento di dipendenza. Tale dato è compatibile con quello di studi precedenti in letteratura che mostrano una buona efficacia della DBT anche sul tono dell'umore (Lynch et al., 2007.).

Riduzioni altrettanto evidenti si sono rilevate anche per l'impulsività alla BIS ed alestitimia alla TAS – 20, portando sotto la soglia clinica significativa l'impulsività in più della metà dei partecipanti e l'alestitimia in tutti.

La disregolazione emotiva è risultata anch'essa estremamente ridotta in tutti i partecipanti anche se non ancora sotto la soglia definita per l'attenzione clinica.

Per quanto concerne il lieve aumento dell'ansia di stato nei partecipanti, misurata con lo STAI-Y1, si può ipotizzare che esso sia avvenuto a causa della difficoltà nell'applicare abilità nuove al posto del rapido e noto comportamento di dipendenza ed al naturale aumento dell'esposizione a situazioni stressanti, che richiedono capacità di regolazione emotiva e tolleranza delle emozioni disturbanti, al fine di testare le abilità apprese.

Per quanto riguarda l'ansia di tratto, misurata con lo STAI-Y2, probabilmente non sono stati rilevati cambiamenti sostanziosi in quanto essa è un costrutto più stabile e caratteristico del temperamento, per cui è difficile che si modifichi in soli 3 mesi.

Anche il tasso di drop-out è risultato contenuto (28.6%), se paragonato a quello presentato negli studi di M.M. Linehan in cui era pari al 36% (Linehan et al., 1999).

Infine, si sottolinea è l'altissimo livello di soddisfazione dei partecipanti rispetto al servizio ed all'intervento clinico ricevuto, misurato attraverso il GSQ-20.

Dunque, come ipotizzato in partenza, un intervento DBT, seppur breve, sembra avere un impatto notevole sulla dipendenza da gioco d'azzardo, probabilmente in virtù del fatto che va a modificare tutti quegli elementi di impulsività, disregolazione emotiva e difficoltà nel riconoscere e verbalizzare le emozioni (alesitimia) che portano l'individuo ad utilizzare la dipendenza per gestire i propri stati emotivi con conseguenti livelli elevati d'ansia e deflessione del tono dell'umore. Il buon livello di astinenza raggiunto dal campione nel post-trattamento e aumentato o mantenuto nei 3 mesi successivi come verificato dal follow-up telefonico, potrebbe essere dunque collegato ad un miglioramento nella regolazione emotiva e all'acquisizione di nuove abilità che potrebbero aver permesso ai partecipanti di cessare l'attuazione di comportamenti disfunzionali a favore di altri più efficaci. Questa interpretazione è coerente con il modello DBT che vede la disregolazione emotiva come mediatrice dei comportamenti disadattivi messi in atto da pazienti con dipendenza da sostanza o comportamentale di fronte a eventi stressanti di vita (Linehan et al., 1993; McMain et al., 2001).

Nonostante i buoni risultati ottenuti, a causa delle ridotte dimensioni del campione, sono necessari studi ulteriori, con un maggior numero di partecipanti e follow-up più lunghi, per poter confermare i risultati di efficacia del protocollo DBT sul gioco d'azzardo.

Confronto punteggi test T0 e T1	Baseline punteggi medi (D.S.)	Post-trattamento punteggi medi (D.S.)	Cut-off clinico test	Differenze punteggi medi pre e post-trattamento	t	P
BDI-II	25.4 (15.9)	8.2 (3.6)	> 13 lieve depressione	- 17.2	2.500	0.033*
DERS	100.2 (22.7)	73.6 (20.7)	> 61 moderata difficoltà regolazione emotiva	- 26.6	8.471	0.0005**
BIS	74.8 (6.4)	63 (4.8)	> 64 impulsività clinic. sign.	- 11.8	6.185	0.002**
STAI-Y1	39.4 (2.2)	42.8 (3.6)	> 40 ansia di stato clinic. sign.	+ 3.4	-1.527	0.899
STAI-Y2	45.4 (6.2)	44.6 (6.3)	> 40 ansia di tratto clinic. sign.	- 0.8	0.825	0.456
TAS	62 (8.3)	47 (7.2)	> 60 moderata difficoltà	- 15	4.144	0.007**

* p< 0,05 ** p<0,01

Tabella 1. Confronto tra i risultati ottenuti ai test prima e dopo l'intervento clinico di 3 mesi.

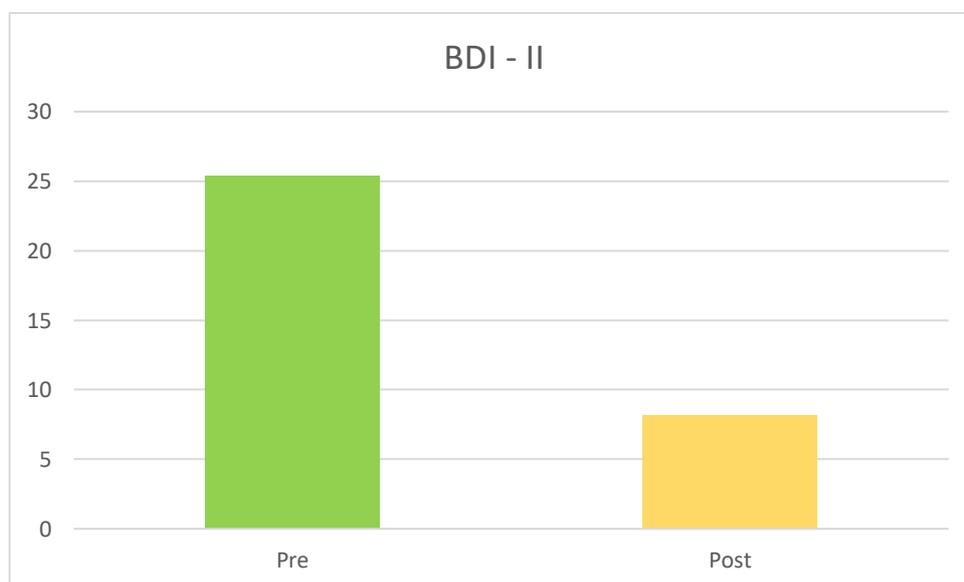


Figura 1. Scoring BDI-II pre e post trattamento.

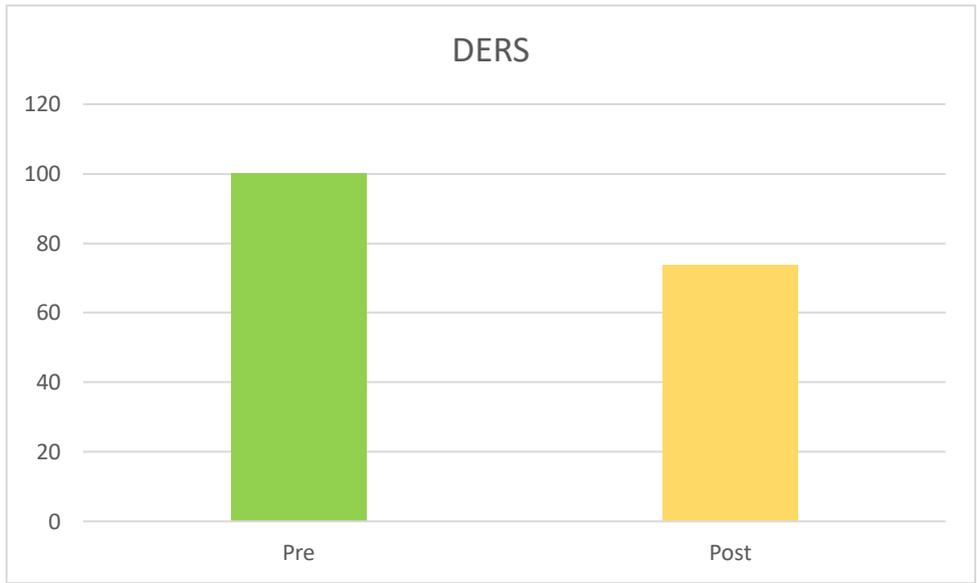


Figura 2. Scoring DERS pre e post trattamento

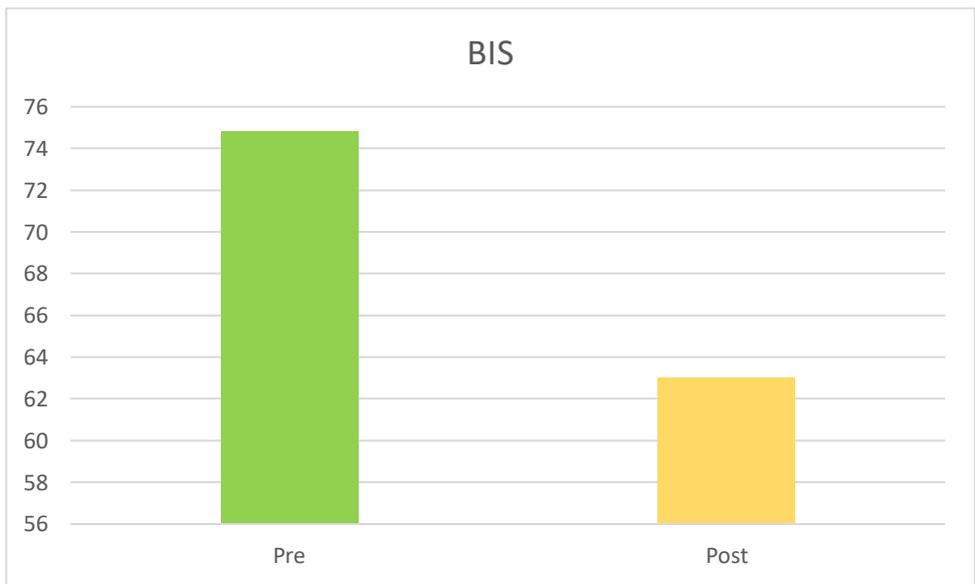


Figura 3. Scoring BIS pre e post trattamento.

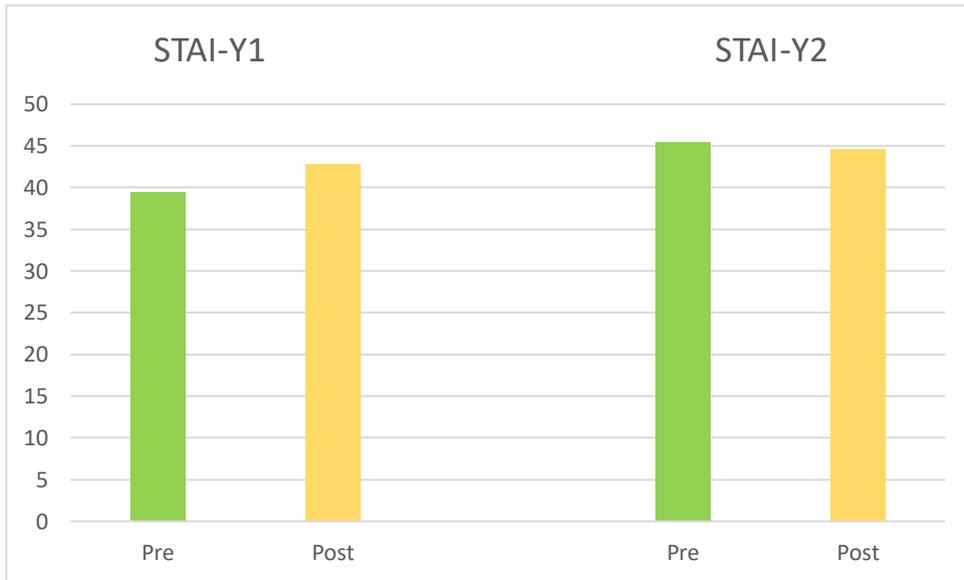


Figura 4. Scoring STAI-Y1 e STAI-Y2 pre e post trattamento.

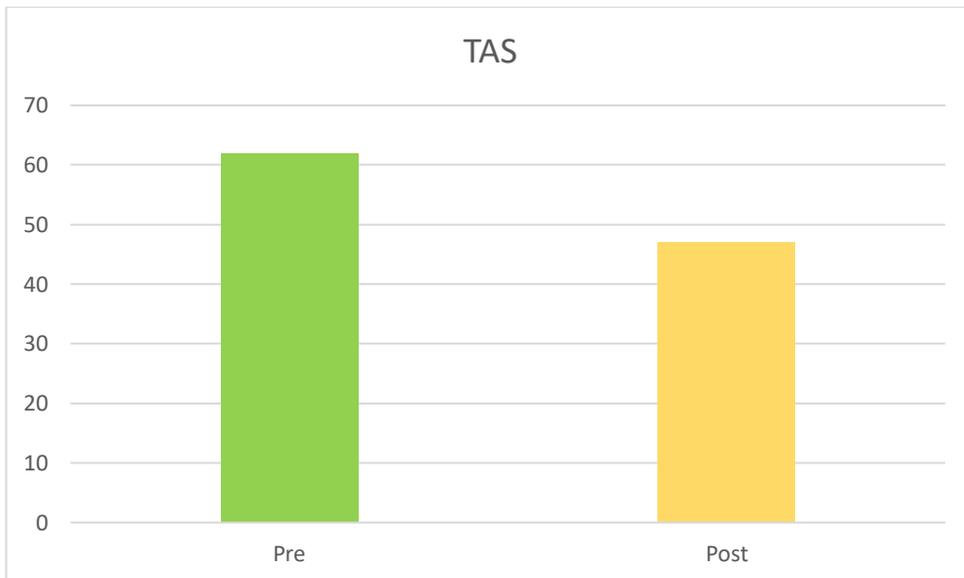


Figura 5. Scoring TAS pre e post trattamento.