

# RICERCA SUGLI OUTCOMES DI ORTHOS: PROGRAMMA RESIDENZIALE DI PSICOTERAPIA INTENSIVA PER GIOCATORI D'AZZARDO

Zerbetto R., Schimmenti A., Poli D., Caretti V., pubblicato sullo *Italian Journal on Addiction* Vol. 2 Numero 3-4, 2012. Di partimento Politiche Antidroga e Presidenza del Consiglio dei Ministri

## 1. PREMESSA

Il presente contributo riporta i risultati emersi da una ricerca sugli *outcomes* dei primi cinque anni di sperimentazione del trattamento in ambito residenziale del Programma Orthos per giocatori d'azzardo patologico.

Un programma innovativo è stato applicato ai giocatori d'azzardo patologico ma sta estendendosi, con opportuni adattamenti, anche ai "nuovi dipendenti" (da internet, cibo, sesso, buying compulsivo etc.) e presenta le seguenti caratteristiche:

- 1.1 Essere di durata più breve e comunque tale da rendersi compatibile con la permanenza di un inserimento nel tessuto sociale, lavorativo e familiare del soggetto;
- 1.2 Avere una alta specificità di intervento sulla patologia specifica;
- 1.3 Dotarsi di programmi a prevalente orientamento psicoterapico, più che medico, e articolati in modelli intensivi e fortemente strutturati al fine di poter incidere in profondità, pur in un arco di tempo limitato, sul comportamento disadattivo e sui nuclei problematici della personalità del soggetto;
- 1.4 Prevedere una fase diagnostica accurata di *intake* in collegamento con i servizi sul territorio;
- 1.5 Prevedere una fase di accompagnamento e consolidamento del lavoro psicoterapeutico collegato alla fase residenziale che sia sufficientemente strutturata e tale da non vanificare i risultati ottenuti (Zerbetto, 2010).

Il Progetto è stato approvato dalla Regione Toscana come progetto sperimentale con Delibera N. 918/2004. e rifinanziato, a seguito della valutazione favorevole sugli esiti della sperimentazione ad opera della Commissione nominata dalla Regione Toscana, dal 2008 fino al 2011 con il completamento del quinto anno che viene previsto come termine ultimo per i progetti innovativi. Un prosieguo del Programma presuppone la sua messa a norma, requisito che prevede l'inserimento del gioco d'azzardo patologico tra i *Livelli essenziali di assistenza* (LEA) nonché un adeguamento del "Piano Integrato Sociale 20011-2014" per quanto concerne il capitolo su: "Interventi riferiti alla popolazione con dipendenze e con forte marginalità sociale".

Il Progetto viene presentato sul sito: [www.orthos.biz](http://www.orthos.biz) e pubblicato sul sito della [Italian Scientific Community on Addiction](#).

## 2. Filosofia

Il nome del progetto, *Orthos*, nasce da un appellativo attribuito a Dioniso nella cultura greca classica. Orthos è "colui che sta in piedi" che non è reclinato (da cui cliente) o abbandonato passivamente (da cui paziente) a se stesso e non dipende quindi da altri nel *reggersi sulle proprie gambe*. Il riferimento, per quanto implicito, a Dioniso indica inoltre la scelta filosofica di fondo, all'origine del presente Progetto, di non demonizzare di per sé una inclinazione al piacere quanto l'importanza di contestualizzare all'interno di una costellazione di valori e non di disvalori tale legittima aspirazione dell'essere umano (Zerbetto, 2004).

Nella prospettiva filosofica come nella metodologia applicativa ci siamo quindi orientati alla promozione dei seguenti principi:

- 2.1 nella salvaguardia di criteri generali di indirizzo, la terapia si esprime in modo "personalizzato" e tale da tener conto delle specifiche caratteristiche di ciascun Utente
- 2.2 la astinenza totale viene generalmente raccomandata come regola che si giustifica per la vulnerabilità di fondo alle ricadute che comunque permane in un soggetto che è incorso in forme gravi di gioco compulsivo. Al di là della valutazione sui rischi collegati al gioco d'azzardo, vale l'importanza di dedicare sforzi mirati al recupero di alternative che consentano di colmare quelle lacune che il GAP tende a compensare
- 2.3 la totale astinenza dal gioco viene richiesta per una prima fase del programma successivo alla cura (minimo da tre mesi a un anno) salvo prendere in considerazione, successivamente, forme di gioco "controllato" che, per definizione, non significa solo "auto-controllato" ma monitorato con l'intervento di un familiare o persona vicina che mantenga un monitoraggio vigile sull'andamento del gioco controllato stesso
- 2.4 l'intervento di Orthos si definisce, tendenzialmente, con finalità curative di tipo "causali" e non "sintomatiche". Abbiamo infatti verificato per consolidata esperienza come la ricaduta nel GAP rappresenta l'espressione di un disagio o di una perdita di controllo generalmente collegata a periodi di difficoltà, ad una struttura personologica, ad uno stile di vita o ad una costellazione valoriale che rappresentano il vero obiettivo dell'intervento terapeutico al di là del sintomo del quale, comunque, è necessario farsi carico in una prima fase dell'intervento terapeutico.
- 2.5 Il Programma si ispira ad un modello di intervento che integra aspetti di carattere antropologico (universalità della spinta umana al gioco nelle sue diverse forme), psicodinamico (carattere orale e conflitto tra dimensione

pulsionale e superegoica), relazione (struttura familiare di provenienza e di appartenenza), cognitivista (pensiero magico e condizionamenti operanti) integrati in una cornice di lavoro gestaltico sulle emozioni, il lavoro sul corpo, il ri-orientamento della spinta ad-gressiva, il recupero della dimensione immaginale e del contatto Io/Mondo. La metodologia implica la integrazione di psicoterapia di gruppo, auto narrazione, lavoro bioenergetico sulla corazza caratteriale, attività di arte-terapia, drammatizzazione e pratiche di auto-ascolto.

2.6 tinatari sono soggetti di ambo i sessi e di maggiore età che risultano sostanzialmente inseriti nel tessuto socio-economico e che ancora dispongono di una rete minima di legami familiari. Il Progetto si rivolge a soggetti con personalità non fortemente compromesse da elementi caratterologici disturbati ed una forma di dipendenza non gravemente invalidante. La eventuale rilevanza dei carichi penali viene valutata caso per caso. L'impostazione fortemente orientata alla responsabilizzazione dei residenti non consente l'accettazione di soggetti affetti da patologie di tipo grave, sia sul versante delle dipendenze multiple che dei disturbi di personalità. Tale programma è destinato in particolare ai "giocatori patologici non patologici e ai "giocatori emotivamente disturbati" secondo la classificazione di Blaszczynski (2000).

### **3. LA VALUTAZIONE DEGLI OUTCOMES**

#### **3.1 Quale standardizzazione sui risultati**

Da una disanima sulle ricerche recenti relative agli *outcomes* da trattamenti per giocatori d'azzardo (Zerbetto, 2008 a. e b.), tema che richiederebbe uno spazio ben più ampio di quello a disposizione, si possono fare alcune ulteriori annotazioni:

- 3.1.1 Da una analisi di 32 articoli sul tema, emerge come generalmente non ci sono *standards* generalmente omogenei nella valutazione dei risultati. Tale grave lacuna rende impossibili very studi di "cross validation" (Walker M; Toneatto T; Potenza MN; Petry N; Ladouceur R; Hodgins DC et al. 2006
- 3.1.2 Da una ricerca condotta su 37 programmi di trattamento con valutazioni di *self-report* o eseguite da operatori risulta del pari la scarsa comparabilità tra le ricerche stesse. In ogni caso emerge una significativa differenza a favore dei soggetti trattati, sia nel breve che nel lungo periodo, rispetto a quelli che non ricevono alcuna forma di terapia psicologica (Palleesen S; Mitsem M; Kvale G; Johnsen BH; Molde H., 2005)

#### **3.2 DA UNA RICERCA PRELIMINARE SUGLI OUTCOMES A SEGUITO DEL PRIMO ANNO DI SPERIMENTAZIONE**

Con il marzo 2008 si è concluso il primo anno dall'inizio della sperimentazione del Programma che è stato valutato da una Commissione regionale costituita da 4 operatori esperti sul tema del GAP. Dal documento prodotto dalla Commissione, a seguito la valutazione dei primi 4 moduli, si riportano in sintesi alcuni dati più significativi (i dati più descrittivi sono stati pubblicati nel mio contributo su: *Orthos:progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo* su: *Gioco d'azzardo* (Zerbetto, 2008 a). Dalla raccolta dei dati è risultato che:

Il 51.5% degli utenti proveniva dalla Regione Toscana, mentre il 48.5% da altre parti di Italia. Il 63.3% dell'utenza è stata inviata dai SerT, mentre altri utenti hanno appreso dell'esistenza del programma da Internet o da organi di stampa. Il 97% ha concluso il programma residenziale dimostrando una buona *retention rate* ed una buona *compliance* nei confronti del programma.

- 3.2.1 Di questi ultimi utenti, ad una stima condotta a fine 2007, il 59% ha mantenuto un'astensione totale dal gioco mentre il 34% un'astensione parziale e il 6% ha avuto una o più ricadute più gravi. Tali stime, con il passare dei mesi, hanno avuto un modesto peggioramento percentuale. E' pur vero che alcuni utenti che erano andati incontro a ricadute, si sono successivamente ripresi e manifestano una soddisfacente "tenuta" nei confronti delle ricadute. Una valutazione che tenga conto di un arco di tempo necessariamente più ampio è tuttora in corso.
- 3.2.2 Il 54.5% degli utenti che hanno completato il programma sono stati inviati ai SerT per essere sostenuti nel programma di mantenimento. Nelle sedi di Siena, Milano e Roma vengono condotti incontri periodici di sostegno per gli utenti che hanno completato il programma. In taluni casi si è avviato o confermato un inserimento in gruppi per Giocatori anonimi o di Auto-mutuo-aiuto
- 3.2.3 Si è confermata l'importanza del coinvolgimento della famiglia per una migliore riuscita del trattamento, spesso in collegamento con i servizi territoriali o liberi professionisti.

#### **3.3 LA RICERCA SU TRATTI DI PERSONALITA'**

Con l'intento di evidenziare le risultanze di una indagine sulle componenti psicomodinamiche osservabili nei casi studiati al fine di mettere meglio a fuoco la specificità dell'intervento terapeutico, riportiamo di seguito la sintesi del contributo pubblicato su *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico* (Zerbetto e Coll. 2011 a) nel quale, al campione di soggetti GAP di cui alla precedente ricerca, è stata somministrata una batteria di test, comprendente i seguenti reattivi *self-report*:

- 3.3.1 SOGS (South Oaks Gambling Screen: Lesieur e Blume, 1987; adatt. italiano di Guerreschi e Gander), questionario composto da 20 items, per lo screening della presenza e della severità del GAP;
- 3.3.2 BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale-11, Patton et al., 1995; adatt. italiano di Fossati et al.), questionario composto da 30 items su scala Likert a quattro punti, per la misurazione dell'impulsività (Caretti e coll, 2007);
- 3.3.3 DES-II (Dissociative Experiences Scale – Revised: Bernstein Carlson e Putnam, 1993; adatt. italiano di Schimmenti), questionario composto da 28 items, per la misurazione delle esperienze dissociative (Caretti e coll, 2007, Lumley 1995);
- 3.3.4 TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale – 20 items: Bagby, Taylor, Parker, 1994, adatt. italiano di Bressi et al.), questionario composto da 20 items, per la misurazione dell'alessitimia e della disregolazione affettiva (Caretti e coll, 2007).

Le statistiche descrittive relative alla patologia specifica evidenziano un risultato al SOGS una grave condizione patologica di questi soggetti con un punteggio medio di 14 (Lesieur e Blume 1991). Anche l'impulsività è molto elevata, se si considera che il punteggio medio nella popolazione italiana è di  $64,11 \pm 10,08$  (Blaszczynski e coll. 1991). Ancora, i punteggi alla DES-II, sebbene non raggiungano il *cut-off* di 30 suggerito dagli autori per lo *screening* della presenza di disturbi dissociativi, sono più elevati di quelli ottenuti dalla popolazione normale, mentre rispetto alla TAS-20 i soggetti di questo gruppo si classificano come “borderline per l'alessitimia”, ottenendo un punteggio medio compreso tra 51 e 60, con ben 11 soggetti (34,4%) che risultano alessitimici (Ragby e coll, 1994, Bernstein e coll. 1993, Carlson e Putman, 1988, Kofoed e coll, 1997).

L'impulsività, a sua volta correla a livello di trend ( $r=0,34$ ;  $p<0,06$ ) con l'alessitimia, segnalando come “*il tratto impulsivo sia probabilmente connesso ad inadeguati meccanismi di elaborazione intrapsichica e comunicazione intersoggettiva delle emozioni, nonché di un loro insufficiente utilizzo come guida per il comportamento* (op. cit.)” (vedi anche Taylor, 1997).

Rispetto alla dissociazione, essa mostra le maggiori correlazioni con l'alessitimia ( $r=0,53$ ;  $p<0,01$ ), ed in particolare è proprio il primo fattore della TAS-20, DIF (difficoltà nell'identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni somatiche) a mostrare i valori più elevati di associazione nelle esperienze dissociative misurate dalla DES-II ( $r=0,55$ ;  $p<0,01$ ). Questo elemento è già stato rilevato in letteratura rispetto ad altre forme di dipendenza patologica (Caretti, Craparo, Schimmenti, 2006; Caretti et al., 2007) e mostra nuovamente che nella TAS-20 è il primo fattore l'indicatore del grado di disregolazione affettiva maggiormente convergente con altre misure della psicopatologia nelle *addictions*. Esistono numerosi modi di intendere la dissociazione (Caretti, Schimmenti, 2007): essa può essere intesa nel senso di “*sistema o unità mentale non integrata alla coscienza, di alterazione della coscienza che comporta una disconnessione dal Sé o dalla realtà esterna*” (è questo il caso dei disturbi dissociativi descritti nei manuali di diagnosi psichiatrica), e di *meccanismo di difesa*. Ad un approfondimento sulla covariazione della dissociazione e dell'alessitimia, è emerso un significativo effetto di interazione tra le due variabili rispetto ai punteggi SOGS ( $F=3,42$ ,  $gdl=3$ ,  $p<0,05$ ;  $\eta^2=0,268$ ). In particolare, la condizione di alessitimia incrementava di molto le medie marginali stimate al SOGS in rapporto alla presenza o meno di dissociazione strutturale (17,4 versus 12,5).

In sintesi, dunque, quando è presente l'alessitimia, cioè un elevato grado di disregolazione affettiva caratterizzato da forti difficoltà nell'identificare e comunicare le proprie emozioni ed un pensiero prevalentemente operatorio, orientato all'esterno, allora è proprio la presenza di una elevata sintomatologia dissociativa che spiega la severità del gambling compulsivo mentre, quando si è in assenza di condizioni alessitimiche, la sintomatologia dissociativa sembra assumere un ruolo di secondo piano.

“Questo dato ci informa, comunque, che sia la dissociazione (in particolare quella patologica e strutturale) che l'alessitimia sono variabili importanti per comprendere i meccanismi della dipendenza dal gioco d'azzardo (op. cit.)”.

### 3.4 RICERCA SUGLI OUTCOMES DEL PROGRAMMA “ORTHOS” NEI PRIMI CINQUE ANNI DI SPERIMENTAZIONE

Al fine di sottoporre a verifica empirica l'efficacia del programma trattamentale intensivo ORTHOS, è stato effettuato uno studio volto a indagare gli effetti clinici del trattamento ad almeno un anno di distanza dal suo termine e, per l'esattezza, per circa il 50% della popolazione studiata a distanza di un anno, e per pari quota percentuale per due, tre, quattro sino a cinque anni per gli Utenti che hanno frequentato per primi il Programma.

La ricerca, promossa da R. Zerbetto è stata coordinata da Adriano Schimmenti con la supervisione di Vincenzo Caretti. Tutti gli operatori professionali - Giuseppe De Felice, Claudio Dal Piaz, Giovanna Puntellini, Eduardo Santillan, Elena Lunardi e Marie Ange Guisolan - hanno collaborato alla raccolta dei dati dagli Utenti a loro assegnati con il coordinamento e la formazione di Daniela Poli.

#### 3.4.1 Metodo

I partecipanti al programma ORTHOS sono stati intervistati in fase di accesso al trattamento (T0) per la valutazione del loro funzionamento psichico globale secondo DSM tramite la scala di Valutazione Globale del Funzionamento (VGF; *Global Assessment of Functioning*, APA, 2000). In quel contesto, sono stati raccolti anche i dati relativi alle variabili sociodemografiche, alla storia clinica pregressa, ed è stato loro somministrato il South Oaks Gambling Screen (SOGS; Leisure e Blum, 1987) per la valutazione dei sintomi di gioco d'azzardo patologico (GAP). I soggetti sono quindi stati contattati per effettuare un'intervista, telefonica o vis-à-vis, della durata di circa due ore, ad almeno un anno di distanza dalla fine del trattamento (M=1,7 anni; DS=0,3), in cui è stata nuovamente effettuata la valutazione del funzionamento globale e dei sintomi GAP attuali (T1). Le valutazioni VGF sono state effettuate in doppio cieco da due clinici esperti e supervisionate dal responsabile della ricerca (RZ); è stata utilizzata la media di tali valutazioni VGF per le successive analisi statistiche dei dati. Tutti i soggetti hanno fornito il consenso informato per il trattamento anonimo dei dati ai fini di ricerca.

### 3.4.2 Soggetti

Lo studio ha coinvolto inizialmente 164 soggetti che avevano partecipato al programma trattamentale ORTHOS e lo avevano completato da almeno un anno. I soggetti presentavano un'età media al momento della rilevazione in T0 (inizio del trattamento) di 45,9 anni (DS=11,8; range: 23-75), erano in prevalenza uomini (N=148; 90,2%). I soggetti erano in prevalenza coniugati (N=79; 48,2%) o celibi/nubili (N=47; 28,7%), con livello di istruzione prevalentemente di licenza media (N=70; 42,7%) o media superiore (N=80; 48,8%). La maggior parte di loro proveniva dalla regione Toscana (N=89; 54,3%), ma nella distribuzione erano presenti quasi tutte le regioni italiane. Essi presentavano una comorbidità clinica accertata nel 34,1% dei casi (N=56), in prevalenza depressione (N=39; 69,6%). I soggetti avevano un debito medio di € 42.166,13 con DS 182.379,73 con individui che arrivavano a circa due milioni di euro di debito. Di questi soggetti, 140 (83,3%) hanno partecipato alla rilevazione in T1.

### 3.4.3 Strumenti

I soggetti sono stati valutati in T0 e T1 attraverso i seguenti strumenti:

a) South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur e Blume, 1987), questionario self-report di screening volto a indagare la presenza e la severità del GAP. Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, il SOGS permette di evidenziare la probabile presenza di problemi di gioco, fornendo informazioni su molteplici aspetti: tipo di gioco privilegiato, frequenza delle attività di gioco, difficoltà a giocare in modo controllato, mezzi usati per procurarsi il denaro

per giocare, menzogne circa le attività di gioco, giocare più della somma prevista inizialmente, e così via;

b) Valutazione Globale del Funzionamento (VGF, APA, 2000), scala da 0 a 100 di tipo *clinician-report* che rappresenta il V asse del DSM-IV-TR, qui codificata secondo i criteri del MGAF-R (Hall, 2000), che valuta il funzionamento globale dell'individuo rispetto alle aree psicologiche, sociali e lavorative. La VGF è considerata in letteratura come uno degli strumenti di sintesi più efficaci per pianificare il trattamento e misurare il suo impatto, per predire l'esito delle psicoterapie e per seguire i progressi clinici degli individui in termini globali, utilizzando una misura singola.

Di seguito sono riportate, a scopo esemplificativo, le caratteristiche cliniche relative ai valori alla VGF riscontrati nei soggetti nelle fasce maggiormente interessate dai punteggi riscontrati all'inizio del trattamento (T0) e al momento della valutazione (T1) :

- Da 90 a 81: Sintomi assenti o minimi (es.: ansia lieve prima di un esame), buon funzionamento in tutte le aree, interessato e coinvolto in un ampio spettro di attività, socialmente efficiente, in genere soddisfatto della vita, nessun problema o preoccupazione oltre a quelli della vita quotidiana (es.: discussioni occasionali coi membri della famiglia).
- Da 80 a 71: Se sono presenti sintomi, essi rappresentano reazioni transitorie e attendibili a stimoli psicosociali stressanti (es.: difficoltà a concentrarsi dopo una discussione familiare); lievissima alterazione del funzionamento sociale occupazionale o scolastico (es.: rimanere temporaneamente indietro nello studio).
- Da 70 a 61: Alcuni sintomi lievi (es.: umore depresso e insonnia lieve). Oppure alcune difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: alcune assenze ingiustificate da scuola, o furti in casa), ma in genere funziona abbastanza bene, e ha alcune relazioni interpersonali significative.
- Da 60 a 51: Sintomi moderati (es.: affettività appiattita e linguaggio circostanziato, occasionali attacchi di panico). Oppure moderate difficoltà nel funzionamento sociale, lavorativo e scolastico (es.: pochi amici, conflitti con i compagni di lavoro).
- Da 50 a 41: Sintomi gravi (es.: idee di suicidio, rituali ossessivi gravi, frequenti furti nei negozi). Oppure qualsiasi grave alterazione nel funzionamento sociale, lavorativo o scolastico (es.: nessun amico, incapace di conservare un lavoro).

### 3.4.4 Risultati

L'elaborazione dei dati relativi ai 140 casi che hanno partecipato alla rilevazione T1 mostra un effetto positivo significativo, di elevata ampiezza, del programma di trattamento ORTHOS sulla riduzione dei sintomi GAP e sulla salute mentale generale dei soggetti trattati, a un anno di distanza o più dalla fine del trattamento.

Come sintetizzato dalla Tabella 1, infatti, in questi soggetti si è osservata una riduzione media di 9,04 punti al SOGS ( $r=0,58$ ,  $p<0,0001$ ), con un elevato livello di significatività rispetto alla riduzione dei sintomi di GAP. Nei 140 soggetti si è osservato anche un incremento ampio e significativo del funzionamento globale. L'incremento medio alla VGF è di 18,34 punti, indicando quindi un miglioramento della salute mentale generale e del funzionamento globale degli individui trattati di quasi il 20% ( $r=0,23$ ,  $p<0,01$ ).

Tabella 1. Sintomi di Gioco d'Azzardo Patologico (SOGS) e Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) all'ingresso (T0) e a un anno o più (T1) dal trattamento ORTHOS (N=140).

	Media T0 (DS)	Media T1 (DS)	t <sub>(139)</sub>	p	d	effect size
SOGS	13,15 (3,23)	4,11 (3,68)	- 24,78	<0,0001	4,20	0,90
VGF	55,06 (8,84)	73,41(10,76)	23,72	<0,0001	4,02	0,89

Nota: SOGS = South Oaks Gambling Screen; VGF = Valutazione Globale del Funzionamento

In sintesi, questi risultati confermano l'efficacia del trattamento ORTHOS rispetto alla riduzione dei sintomi di GAP, con oltre l'85% del campione in cui i sintomi manifestati non assumono più rilevanza clinica (punteggi al SOGS inferiori a 5).

Inoltre, nei 140 soggetti esaminati la partecipazione al programma ORTHOS risulta associata ad un importante miglioramento della salute mentale complessiva anche ad un anno di distanza o più dalla fine del trattamento, con un numero di casi peggiorati inferiore all'1% e un numero di casi migliorati globalmente superiore al 95%.

I dati di ricerca, pur considerando le limitazioni relative all'impossibilità di verificare possibili altri fattori successivi al trattamento, indicano con chiarezza che il programma intensivo di trattamento ORTHOS è efficace, avendo a distanza di un anno o più come effetti principali una riduzione molto importante dei sintomi del gioco d'azzardo patologico (qui misurati attraverso i punteggi al SOGS) e un miglioramento nel funzionamento globale (VGF) dei soggetti trattati. Inoltre, se si considera che *effect size* superiori a 0,80 vengono considerati nella ricerca medica e psicologica come effetti di grande rilevanza clinica (Cohen, 1988), i quali di per sé giustificano pienamente l'utilizzo di un particolare trattamento, gli *effect size* riscontrati in questo lavoro di 0,90 per il decremento SOGS e di 0,89 per l'incremento VGF indicano l'utilità del modello trattamentale ORTHOS per la cura del GAP e per il miglioramento della salute psichica complessiva nei soggetti trattati.

Tali dati, ulteriormente sintetizzati attraverso i Grafici 1a e 1b, che mostrano i livelli complessivi di miglioramento all'interno del campione, risultano di particolare rilievo in un'ottica di intervento clinico di tipo biopsicosociale orientato allo sviluppo della salute psichica complessiva.

Grafico 1a. Frequenze relative alla riduzione dei punteggi SOGS successivo al trattamento ORTHOS (T1; N=140).

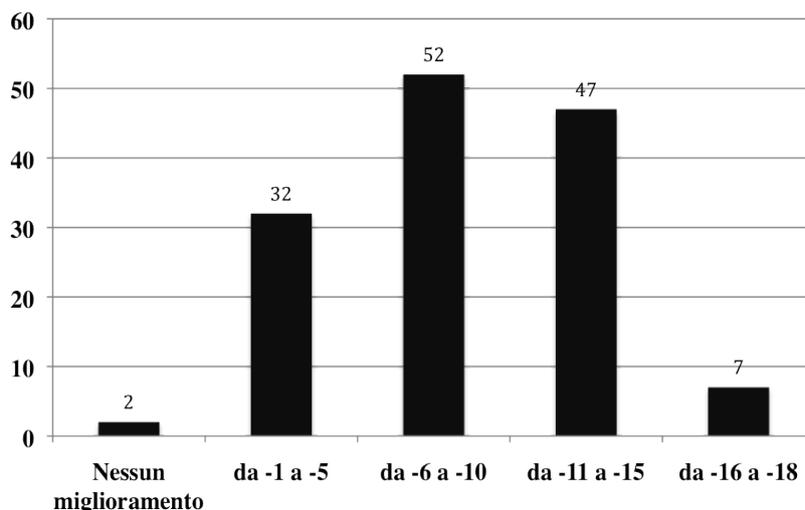
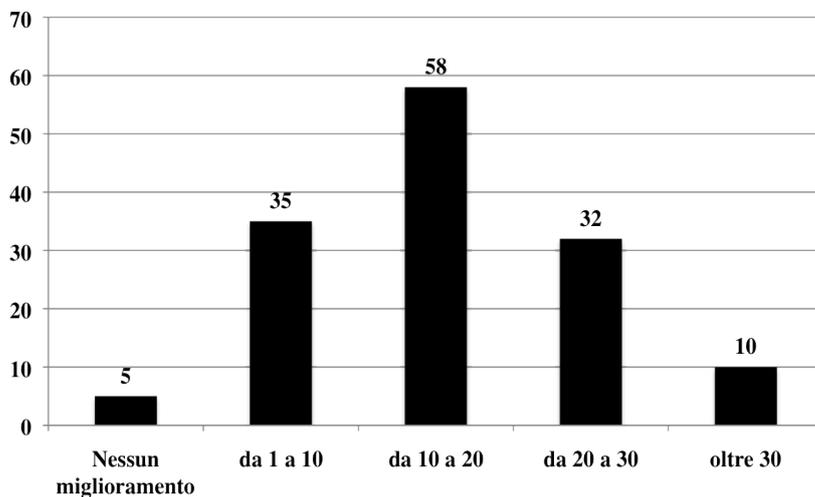


Grafico 1b. Frequenze relative all'incremento dei punteggi VGF successivo al trattamento ORTHOS (T1; N=140).



Infatti, se è vero che l'efficacia trattamentale di un modello terapeutico di intervento su peculiari sindromi cliniche si misura attraverso specifici indici indipendenti che misurano tali sindromi (come il SOGS per la misurazione del GAP), è altrettanto vero che i modelli di intervento, in particolare quelli di tipo intensivo, devono mirare a farsi promotori di un miglioramento complessivo della qualità della vita dell'individuo trattato, al fine di promuovere condizioni virtuose di riadattamento sociorelazionale, affettivo e lavorativo, e dunque di evitare potenziali ricadute o l'eventuale insorgenza di altre sindromi che si collocavano su un piano subclinico.

In tal senso, il miglioramento medio complessivo sulla scala VGF di oltre 18 punti nei soggetti trattati, che risulta sul piano statistico di ampia portata, testimonia ancora di più l'importanza del metodo ORTHOS non solo per la cura del GAP ma anche per un più adeguato funzionamento sociale, lavorativo e relazionale degli individui.

### 3.5 DISCUSSIONE DEI RISULTATI E CONCLUSIONI

Come è noto, non è facile avviare e mantenere una efficace relazione terapeutica con soggetti appartenenti all'ambito delle dipendenze e, forse in particolare, con giocatori problematici che evidenziano una struttura di personalità spesso disturbata ma comunque fortemente "egosintonica", con scarsa disponibilità a mettersi in discussione, a chiedere aiuto nei momenti difficili o a mantenere un contatto anche nei periodi nei quali "le cose vanno bene". Tra i casi che non è stato possibile contattare ci sono situazioni, infatti, è possibile ipotizzare ricadute con conseguente atteggiamento a sottrarsi ad un confronto percepito come frustrante, oppure situazioni di remissione del GAP ma nelle quali il soggetto adotta un atteggiamento di rimozione circa il suo passato di giocatore e ne evita ogni possibile rievocazione.

Al di là di queste premesse, a conclusione delle ricerche riportate possono trarsi le seguenti considerazioni:

#### 4. Sulla ricerca in generale in ambito specifico

- 4.1 Si ritiene urgente poter definire, possibilmente a livello internazionale, gli standard per la rilevazione dei dati utili a valutare gli outcomes dei programmi di trattamento in modo da poterne confrontare efficacemente le variabili che maggiormente incidono sulla loro efficacia.
- 4.2 I trattamenti in ambito residenziale, in particolare, sono molto rari allo stato attuale dal momento che le comunità terapeutiche tradizionali per le tossicodipendenze non si rivelano adeguate al trattamento dei giocatori d'azzardo mentre pressochè inesistenti risultano essere programmi di trattamento (specie se supportati dal servizio sanitario nazionale) per le dipendenze comportamentali

#### 5. Sulla presente ricerca in senso stretto

Preso atto dei risultati interessanti sia sul versante sintomatico che delle condizioni generali di vita dei giocatori compulsivi trattati, restano da approfondire alcuni quesiti quali:

- 5.1 come scaglionare in tempi definiti (tre mesi, un anno, tre e cinque anni ..) le valutazioni per renderle confrontabili, ma tenendo realisticamente conto delle difficoltà nel mantenere il contatto con gli Utenti nonché i costi e l'addestramento professionale degli operatori-intervistatori nel rilevare i dati utili. Su tale aspetto è allo studio un "superindice" (simile a quello di borsa e che riflette la sommatoria dei titoli interessato ad una certa data) che consenta di evidenziare l'andamento globale della popolazione degli Utenti seguiti a prescindere dal tempo trascorso dall'inizio del trattamento ma che dia comunque un'idea complessiva relativa al miglioramento o meno della patologia sia sotto l'aspetto sintomatico che delle condizioni generali del soggetto
- 5.2 come appurare la veridicità delle informazioni fornite dagli Utenti tenendo conto del tendenziale orientamento a nascondere i dati problematici così tipica del giocatore compulsivo?

5.3 come valutare le variabili a cui ricondurre il miglioramento delle condizioni degli utenti (elaborazione delle esperienze traumatiche, la mentalizzazione delle emozioni, la regolazione dell'impulsività correlata alla regolazione dell'ansia e della rabbia, l'aumento della consapevolezza psicocorporea e dell'autostima, etc.) allo scopo di rendere il programma terapeutico più mirato ed efficace tenendo conto del periodo di tempo relativamente breve a disposizione per poter incidere su una patologia così resistente ed inveterata, spesso, in decenni di perpetuazione del comportamento compulsivo?

## 6. Sul contesto più generale nel quale inquadrare i trattamenti residenziali e la loro valutazione

Vanno verisimilmente fatte le seguenti considerazioni (Zerbetto, 2011):

- 6.1 la copertura finanziaria di tali interventi è resa difficoltosa in mancanza di strumenti legislativi, come l'inserimento del gioco d'azzardo patologico nei Livelli essenziale di assistenza (LEA). ai costi inerenti la fase in regime di residenzialità vanno considerati in aggiunta quelli degli incontri di verifica, quelli mensili, gli interventi di sostegno per telefono al fine di sostenere le situazioni più difficili e prevenire, per quanto possibile, le ricadute
- 6.2 l'iniziativa si configura come intervento intensivo in ambito residenziale di durata breve (tre settimane) con tre incontri di verifica nel corso dell'anno che segue l'intervento residenziale intensivo. seguiti da incontri di verifica nel corso dell'anno successivo. Il programma è quindi mirato a casi "problematici" ma non affetti da gravi patologie psichiatriche tenuto conto del periodo limitato di intervento intensivo e delle caratteristiche non medicalizzate dell'intervento stesso
- 6.3 riteniamo inoltre utile discutere l'opportunità di una compartecipazione degli utenti ai costi del programma e soprattutto del periodo di prosieguo che, spesso, si estende ad un periodo di tempo più lungo dell'anno previsto per l'intervento intensivo. Se un sostegno finanziario si rende infatti indispensabile, specie in casi di disastrose condizioni finanziarie, una totale gratuità perpetua una situazione di dipendenza che rischia di mortificare la responsabilizzazione dell'utente a farsi carico della propria salute e del processo di progressiva autonomizzazione
- 6.4 il Progetto Orthos si inserisce in modo anticipativo e coerente nelle linee previste dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010 dove, al punto 7.12. "La prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze" si prevede come: "Il fenomeno delle dipendenze da sostanze illegali e legali (alcool, fumo, farmaci) e delle nuove forme di dipendenza patologica non correlata all'uso di sostanze, per la sua vastità e problematicità, per la natura di "patologia cronica e recidivante", nonché per la rapidità e mutevolezza delle forme di approccio e assunzione che investono strati sempre più rilevanti della popolazione, abbisogna di uno sforzo di intervento capace di adeguarsi ed articolarsi in forme e misure anche diverse tra loro, di essere presente sull'intero territorio regionale, di garantire continuità agli interventi, di esprimere capacità di innovazione senza abbandonare le prassi e i metodi di intervento già collaudati". In attesa di legi-quadro che regolino il settore del gioco d'azzardo merita riportare come la "Bozza di intesa sulla ludopatia" pubblicata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 4.8.2011 all'art 5 sulle "Linee di recupero" pubblicata fa riferimento alla "attivazione di programmi di trattamento personalizzati, di gruppo e di auto-aiuto, secondo protocolli basati sulle evidenze scientifiche, da realizzarsi in sede ambulatoriale e, ove appropriato, residenziale". Fondamentale è quindi che tali forme innovative di intervento vengano esplicitamente previste in normative di carattere regionale o nazionale che ne favoriscano l'avvio se, come pare, si dimostrano utili ad affrontare nuove forme di patologia che non trovano adeguate riposte in forme tradizionali di intervento.

## Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (1994): *"Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Fourth Edition, Text Revision"*. Washington, DC., Ed. It. (2001), Masson, Milano.

Bagby, R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (1994): *"The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. 1. Item selection and cross-validation of the factor structure"*. J Psychosom Res 1994; 38:23-32.

Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979): *Cognitive therapy of depression*, Guilford Press, New York (tr.it.: *Terapia cognitiva della depressione*, Boringhieri, Torino, 1987)

Bernstein Carlson, E., & Putnam, F. W. (1993): *"An update on the Dissociative Experiences Scale"*. *Dissociation*, 6(1), 16-27.

- Bergler, E. (1957): *"The Psychology of Gambling"*. Hill and Wang Inc., New York.
- Blaszczynski, A. (2000): *"Pathways to pathological gamblers: identifying typologies, e-gambling"*. The Electronic Journal of Gambling Issues.
- Blaszczynski, A., McConaghy N., Frankova A. (1991): *"A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment"*. British Journal of Addictions, 86, 11, 1485-9.
- Caretti, V., Franzoni, E., Craparo, G., Pellegrini, G., Schimmenti, A., (2007), *"Disregolazione affettiva e dissociazione come predittori dei vissuti traumatici nei DCA"*. *Infanzia e Adolescenza: Psicodinamica e Psicopatologia*, 1/2007: pp. 3-16. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Carlson, E., & Putnam, F.W. (1988): *"Further validation of the Dissociative Experiences Scale"*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, 1988.
- Cohen, J. (1988). *"Statistical power analysis for the behavioral sciences"* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- De Castro V; Fuentes D; Tavares H. *"The gambling follow-up scale: Development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment"*. Canadian Journal of Psychiatry 50(2): 81-86, 2005. (18 refs.)
- Gonzalez-Ibanez, A., Pastor, C., Mercadé P.V., Aymami N. (1990): *"Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico"*. Libro de ponencias Socidrogalcohol; XVIII Jornadas Nacionales, Barcelona.
- Gonzalez-Ibanez, A., Saldana, C., Jiménez-Murcia, S., Vallejo, J. (1995): *"Psychological and behavioural features of pathological fruit machine gamblers"*. Papers presented at the First European Conference on Gambling and Policy Issues, Cambridge University, Cambridge.
- Gonzalez-Ibanez, A.: (2001): *"Esperienze di valutazione sui trattamenti"*. In: Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001): *"Il gioco e l'azzardo"*. Franco Angeli, Milano.
- Hollander E; Pallanti S; Allen A; Sood E; Rossi NB. *"Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders?"* American Journal of Psychiatry 162(1): 137-145, 2005. (39 refs.)
- Kofoed, L., Morgan, T., Buchkoski, J., Carr, R. (1997): *"Dissociative experiences scale and MMPI-2 scores in videopoker gamblers, other gamblers, and alcoholic controls"*. Journal of Nervous and Mental Disease, 185, pp. 58-60.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Doucet, C. (2003): *"Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling"*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Ladouceur R, Walzer M, 1996, *A Cognitive Perspective on Gambling*, in *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*, a cura di P.Salkovskis, John Wiley and Sons, Chicester, pp. 89-120.
- Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1991b): *"The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new Instruments for the Identification of Pathological Gamblers"*. Am J Psychiatry, 1987, 144, pp. 1184-1188.
- Lumley, M.A., Roby, K.J. (1995): *"Alexithymia and pathological gambling"*. Psychoterap. Psychosom., 63 (3-4):201-6.
- McCormick, R.A., Ramirez, L.F. (1988): *"Pathological Gambling. Reprint from Modern Perspectives in Psychosocial Pathology"*. Edited by John G. Howells, Brunner/Mazel Inc., New York.
- Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ., Clin Psychol Rev. 2007 Dec;27(8):944-58. *"Psychological treatment dropout among pathological gamblers"*. Epub 2007 Mar 2
- Milesi, A., Clerici, M. (2001): *"Gioco d'azzardo, comorbidità e struttura di personalità"*. In: Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001): *"Il gioco e l'azzardo"*. Franco Angeli, Milano.

Pallesen S; Mitsem M; Kvale G; Johnsen BH; Molde H. “*Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis*”. (review). *Addiction* 100(10): 1412-1422, 2005. (60 refs.)

Patton JM, Stanford MS, and Barratt ES (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.

Petry, N.M., Steinberg, K.L. (2005): “*Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers*”. *Psychol. Addict. Behav.*, June; 19 (2): 226-9.

Schimmenti A. (2012). Unveiling the hidden self: developmental trauma and pathological shame. *Psychodynamic Practice*, 18(2) 181-194.

Schimmenti A., Caretti V. (2010). Psychic retreats or psychic pits? Unbearable states of mind and technological addiction. *Psychoanalytic Psychology*, 27(2): 115-132.

Pace U., Cacioppo M., Schimmenti A. (2012). The moderating role of father’s care on the onset of binge eating symptoms among female late adolescents with insecure attachment. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2): 282-292.

Slutske WS; Caspi A; Moffitt TE; Poulton R. “*Personality and problem gambling: A prospective study of a birth cohort of young adults*”. *Archives of General Psychiatry* 62(7): 769-775, 2005. (51 refs.)

Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997): “*Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*”. Cambridge, Cambridge University Press.

Walker M; Toneatto T; Potenza MN; Petry N; Ladouceur R; Hodgins DC et al. “*A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: The Banff, Alberta Consensus*”. *Addiction* 101(4): 504-511, 2008. (32 refs.)

Zerbetto R, “*Il gioco nel mito e il mito del gioco*”, in Croce M. e Zerbetto R., a cura di (2002), *Il gioco & l’azzardo*, FrancoAngeli, Milano.

Zerbetto R. (2002) “*L’uomo e le droghe: un passato da conoscere per un futuro da anticipare*”, Lettura magistrale al I Convegno Nazionale di ERIT-Italia, su Dipendenze. Nuovi scenari e sfide al cambiamento, edito a cura del Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, Azienda USL di Ravenna, Argomenti, Vol. 1, 13 – 2004

Zerbetto, R. (2004) “*Sul dio epidemico ed il suo ritorno*”, relazione presentata al Convegno su Il contagio e i suoi simboli promosso dalla Associazione Simbolo, conoscenza e società a Siena nell’ottobre 2000, Edizioni ETS

Zerbetto R. (2008 a) “*Prima valutazione del Programma residenziale intensivo “Orthos” per giocatori d’azzardo patologici*”, in D. Capitanucci, M. Croce, M. Reynaud e R. Zerbetto, a cura di, *Il gioco d’azzardo in Italia. I dati e la ricerca*, supplemento al n. 8-9/2009 di Animazione Sociale

Zerbetto R. (2008 b), Contributo su “*A Three weeks intensive residential program for gamblers in Italy*” all’interno della European Association for the Study of Gambling (EASG) Conference *Putting all the pieces together, 7th European Conference on Gambling Studies and Policy Issues*, 1 - 4 July 2008, Nova Gorica, Slovenia” pubblicato sul sito [www.easg.eu](http://www.easg.eu)

Zerbetto R. (2008 c) “*Orthos: progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d’azzardo*” su: *Gioco d’azzardo. Alla ricerca di possibili integrazioni tra servizio pubblico, privato sociale e territorio* a cura della regione Toscana, Centrostampa Arezzo.

Zerbetto R., Croce M., Picone F. (2010 a) “*La ricerca empirica nel gioco d’azzardo patologico*”, in V. Caretti e D. La Barbera, a cura di, *Addiction: Aspetti biologici e di ricerca*, Raffaello Cortina, Milano

Zerbetto R., (2010 b) “*Quale epistemologia di riferimento per un intervento di psicoterapia con giocatori d’azzardo patologici? L’esperienza di Progetto Orthos*”, in Francesca Picone, a cura di, *La terapia del giocatore patologico*, Carocci, Firenze

Zerbetto R., (2011) *Editoriale* al Numero unico del Bollettino per le Farmacodipendenze del Ministero della Salute su:

*“Dipendenze comportamentali / Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi a cura di G. Manna e P. Jarre*

Zerbetto R. (2011), *Il pensiero magico nel giocatore patologico*, Atti del congresso su “Gioco d’Azzardo: il pensiero che dà i numeri” promosso da ALEA Associazione per lo studio del gioco d’azzardo e dei comportamenti a rischio in corso di pubblicazione.

#### **ABSTRACT**

#### **RICERCA SUGLI OUTCOMES DI ORTHOS: PROGRAMMA RESIDENZIALE DI PSICOTERAPIA INTENSIVA PER GIOCATORI D’AZZARDO**

**Riccardo Zerbetto, Adriano Schimmenti, Daniela Poli, Vincenzo Caretti**

Nel campo dei trattamenti per il gioco d’azzardo patologico (GAP) vengono generalmente offerti interventi di psicoterapia e counseling a livello ambulatoriale. La comunità terapeutiche di lungo periodo e le istituzioni psichiatriche non si presentano come risorse terapeutiche adeguate, specie per utenti per i quali è opportuno mantenere un collegamento con la famiglia, l’ambiente sociale e lavorativo. Da queste considerazioni si è sviluppato il Programma di psicoterapia intensiva in ambito residenziale di tre settimane denominato ORTHOS, per iniziativa dello psichiatra e psicoterapeuta Riccardo Zerbetto con il sostegno della regione Toscana. Nei cinque anni di attività all’interno di ORTHOS sono stati svolti 20 Moduli intensivi presso la sede del programma residenziale, in provincia di Siena. La ricerca sugli esiti è stata condotta su 140 casi che hanno partecipato al programma. Sui partecipanti è stata effettuata una rilevazione in T0 per la valutazione del comportamento sintomatico collegato al GAP, attraverso il South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur e Blume, 1987), e delle condizioni psicoadattive generali, attraverso la Valutazione Globale del Funzionamento (VGF, APA, 2000). I soggetti sono stati ricontatti ad almeno un anno (T1) dal termine del trattamento, ed è stato nuovamente effettuato un assessment attraverso SOGS e VGF. Le differenze tra T0 e T1 evidenziano una riduzione significativa dei sintomi GAP (effect size=0,90) e un miglioramento delle condizioni psicologiche generali (effect size=0,89). Il programma ORTHOS risulta dunque un programma trattamentale efficace, utilizzabile con soggetti sofferenti di GAP.

**Parole chiave:** Gioco d’azzardo, ludopatia, trattamento residenziale, psicoterapia, esiti trattamentali

#### **RICERCA SUGLI OUTCOMES DI ORTHOS: PROGRAMMA RESIDENZIALE DI PSICOTERAPIA INTENSIVA PER GIOCATORI D’AZZARDO**

#### **OUTCOMES FROM ORTHOS PROGRAM: AN INTENSIVE PSYCHOTHERAPY TREATMENT FOR PROBLEMATIC GAMBLERS**

**Riccardo Zerbetto, Adriano Schimmenti, Daniela Poli, Vincenzo Caretti**

In the field of treatment for pathological gambling (PG) only ambulatory psychotherapy or counseling is generally offered. Long term therapeutic communities and psychiatric institutions usually do not offer adequate therapeutic opportunity, especially for clients who need to keep the contact with their work, family and social milieu. From these consideration a three weeks intensive residential treatment called ORTHOS, sponsored by the Regione Toscana, has been developed under the initiative of Riccardo Zerbetto, psychiatrist and psychotherapist. Twenty treatment programs has been completed during 5 years in a residential facility close to Siena. Research on outcomes was conducted on 140 cases who completed the ORTHOS treatment. In T0, participants were assessed on PG symptoms via the South Oaks Gambling Screen through (SOGS, Lesieur and Blume, 1987); also the psychic global functioning was assessed through the Global Assessment of Functioning (GAF, APA, 2000). Participants were reassessed with the same measures at least one year after they completed the ORTHOS treatment (T1). The results of this study showed a significant reduction of PG symptoms (effect size = .90) and a general improvement of global functioning (effect size = 0.89) in T1. Therefore, the ORTHOS treatment program resulted effective for patients suffering from PG symptoms. Info: [www.orthos.biz](http://www.orthos.biz).

**Keyword:** pathological gambling, residential treatment, psychotherapy, outcomes