IX Congresso Nazionale SITD
Dalla Prevenzione alla Riabilitazione: un percorso razionale dettato dalle Evidenze Scientifiche

23-25 Novembre 2017 ROMA

Indicatori ed evidenze cliniche per la diagnosi di Disturbo da Gioco D'azzardo e formulazione di un piano di trattamento

Giuseppe Iraci Sareri Gruppo Incontro Pistoia giuseppe.iraci@incontro.coop

Agenda

- Assessment e valutazione diagnostica multidisciplinare
- Aree d'indagine
- Inquadramento nosografico
- Ipotesi eziopatogenetiche del DGA
- Strumenti: GPQ e ABQ
- Piano di trattamento

Assessment e valutazione diagnostica multidisciplinare

L'assessment fornisce una base per lo sviluppo dell'**alleanza** con il paziente, per la **comprensione del problema del gioco d'azzardo** e della persona stessa, un tracciato per la **pianificazione del trattamento** e un punto di riferimento per il **monitoraggio dello stesso** e per il **follow-up**. L'assessment è un concetto ampio che comprende lo **screening**, la **valutazione** e le **attività diagnostiche**.

Assessment e valutazione diagnostica multidisciplinare- Aree d'indagine

- **L'Anamnesi generale**
- **rilevazione** di eventuali altre condotte di addiction simultanee o pregresse al GAP
- **ricostruzione** della storia del comportamento, delle esperienze e delle condotte di gioco d'azzardo
- **analisi** dei fattori di vulnerabilità e di resilienza
- **verifica** dell'impatto del gioco d'azzardo sul funzionamento individuale, interpersonale e sociale
- **analisi** del comportamento attuale di gioco e relativo indice di gravità, con l'ausilio di specifici strumenti di screening e di valutazione

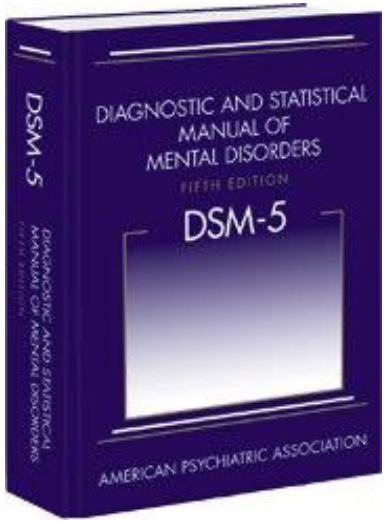
Assessment e valutazione diagnostica multidisciplinare- Aree d'indagine

- **valutazione** del funzionamento del sistema familiare e delle risorse di rete
- **rilevazione** della presenza di eventuali eventi traumatici e di comportamenti violenti
- **analisi** delle abilità socio-lavorative e della situazione economica, debitoria e legale
- **diagnosi (medico psicologica)** di Disturbo da Gioco d'Azzardo
- **rilevazione e analisi** delle più frequenti distorsioni cognitive:
  1. l'attribuzione di causalità
  2. la stima della probabilità
  3. il ricordo degli eventi

Assessment e valutazione diagnostica multidisciplinare- Aree d'indagine

- **la valutazione** di eventuale presenza di comorbidità. Esistono prove scientifiche molto solide secondo le quali il DGA è associato con un rischio elevato per altri disturbi che comprendono:
- Altre dipendenze da sostanze legali ed illegali
- Altri disturbi del controllo degli impulsi
- Depressione
- Ansia
- Violenza familiare
- Suicidio

INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO



Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è un disturbo problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi **... sconvolge attività familiari, personali e/o professionali.**

IMPORTANTI CAMBIAMENTI NEL DSM-5

CLASSIFICAZIONE

- Il DSM-5 riconosce al DGA lo stato di DIPENDENZA
- Spostamento del gioco d'azzardo patologico nel capitolo delle dipendenze
- Si parla ora di "GAMBLING DISORDER"

DENOMINAZIONE

Gioco d'Azzardo Patologico

DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

CRITERI DIAGNOSTICI

Il DSM-5 considera gli atti illegali all'interno del criterio della MENZOGNA

- Affinché la diagnosi sia valida i criteri diagnostici devono essere evidenziabili nel soggetto entro un periodo di 12 mesi
- I criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo si sono ridotti da 5 a 4

Il DSM-5 introduce alcune specificazioni diagnostiche:

1. Il DECORSO viene definito come episodico o persistente a seconda dell'andamento temporale del quadro clinico.

2. La GRAVITA' clinica viene definita dal Manuale sulla base del numero di criteri diagnostici presenti:

   - Lieve = 4 o 5 criteri
   - Moderata = 6 o 7 criteri
   - Grave = 8 o 9 criteri.

3. L'ESITO:

   - ✔ Remissione Precoce
   - ✔ Remissione Prolungata

È irrequieto/a o irritabile se tenta di ridurre o di smettere di giocare d'azzardo

Ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo

Spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per esempio indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a)

Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare ("rincorrere" le proprie perdite)

Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevare situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo

Ha bisogno di giocare quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata

Ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e carriera a causa del gioco d'azzardo

Mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo

È spesso preoccupato dal gioco d'azzardo (ha pensieri persistenti che gli fanno rivivere esperienze di gioco d'azzardo e pianificare la prossima avventura...

Evidenze cliniche

- La fenomenologia evidenzia le principali caratteristiche dell'addiction: l'intenso e persistente desiderio di giocare d'azzardo e l'impossibilità di resistervi (craving), l'insorgenza di una serie di sintomi quali irrequietezza, ansia, disforia, disturbi del sonno, ecc. quando si è impossibilitati a giocare (astinenza), infine la necessità di giocare somme di denaro sempre più ingenti e con maggiore frequenza per riprodurre il medesimo vissuto di euforia e gratificazione (tolleranza)

Evidenze cliniche - Craving

- Le persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo possono mettere a repentaglio la propria occupazione, indebitarsi per grosse cifre, mentire o infrangere la legge per ottenere denaro o evitare il pagamento dei debiti. La persona descrive una necessità impellente di giocare, che è difficile da controllare, insieme con una costante polarizzazione su idee e immagini relative all'atto di giocare e alle circostanze che si associano all'atto stesso. Queste manifestazioni spesso si intensificano nei momenti in cui la vita è stressante.

Evidenze cliniche

- Esiste una stretta relazione sul piano neurobiologico tra le dipendenze comportamentali e quelle da sostanze. In riferimento agli aspetti psico-relazionali e sociali, si evidenzia come i sistemi familiari nelle diverse dipendenze possono presentare dinamiche simili, caratterizzate dal mantenere e/o amplificare l'equilibrio disfunzionale familiare (Bellio, Croce 2014).
- Contemporaneamente vanno considerati anche gli aspetti specifici del GAP quali: distorsioni cognitive, perdita progressiva della capacità di gestire il denaro, problemi legali, perdita del lavoro e/o dei legami affettivi significativi.

Ipotesi eziopatogenetiche del DGA

- Non esiste un modello unico in grado di spiegare pienamente la natura complessa ed eterogenea del comportamento della persona affetta da Disturbo da Gioco d'Azzardo.
- Consolidata tendenza a considerare il DGA come il risultato di una complessa interazione tra fattori psicologici, cognitivi, biologici ed ambientali.

Ipotesi eziopatogenetiche del DGA

- **Modello PSICODINAMICO**: il comportamento compulsivo legato al gioco d'azzardo è legato al desiderio inconscio di perdere e ad irrisolti conflitti edipici. Fenichel, 1945). Il gioco sarebbe assimilibabile ad un atto masturbatorio (Freud, 1928; Bergler 1957; Rosenthal 1986)

- **Modello BEHAVIORISTA**: il comportamento di gioco è il risultato di più meccanismi di condizionamento:

  - Condizionamento operante: lo stato di eccitazione legato alle aspettative di vincita costituisce un potente rinforzo positivo (Zuckerman 1983; Petry, 2001; Andersen e Brown, 1984) In molti casi tale comportamento rappresenta un potente rinforzo negativo dovuto agli effetti di riduzione dell'ansia o di stati emotivi negativi (gioco come via di fuga dai problemi)
  - Condizionamento classico: l'associazione reiterata tra gioco e determinati stimoli (luoghi, persone, giorni della settimana, stati d'animo) è in grado di far sì che la sola esposizione a tali stimoli sia sufficiente a produrre intensi stati di craving in grado di esitare il più delle volte nel comportamento di gioco: depressione, solitudine, noia, rabbia, luoghi, persone o oggetti collegati al gioco (Sharpe e terrier, 1993)

Ipotesi eziopatogenetiche del DGA

Modello COGNITIVO: presenza di convinzioni erronee (distorsioni cognitive) sul gioco d'azzardo. Idea di poter controllare il caso o di possedere particolari abilità di gioco oppure di attribuire la vincita o la perdita a fattori vari o a credenze superstiziose (Toneatto, 2002; Gaboury e ladouceur, 1989; Ladouceur et al.1991,.....)

Modello COGNITIVO-COMPORTAMENTALE: integrazione delle ipotesi del ruolo svolto dai fattori cognitivi con l'azione dei meccanismi del condizionamento classico, responsabile dell'avvio del comportamento di gioco e delle ricadute, con quelli del condizionamento operante, responsabile dello sviluppo e del mantenimento del comportamento problematico (Ladouceur e walker, 1996;....Blaszczynski e Nower 2007; Ladouceur et al., 2002)

Modello SISTEMICO-RELAZIONALE: il disturbo da gioco d'azzardo è assimilato alle altre forme di dipendenza. L'attenzione si sposta dal singolo soggetto portatore di sintomi, alle relazioni all'interno del sistema familiare, all'incompiuto processo di individuazione del figlio adolescente dalla famiglia di origine (Minuchin, 1967; Haley, 1980)

Ipotesi eziopatogenetiche del DGA

Modello NEUROBIOLOGICO: diversi studi (Goldstein, 2002; Ebert, 2002, Potenza 2014....) hanno dimostrato come il DGA sia correlato ad alterazioni dei sistemi dopaminergico, serotoninergico, noradrenergico e oppioidergico.
La tendenza dei ricercatori e dei clinici è quella di considerare il DGA come il risultato di una complessa interazione tra fattori psicologici, cognitivi, biologici ed ambientali.

Modello BIO-PSICO-SOCIALE di Sharpe (Sharpe, 2002): modello che integra vulnerabilità bio-psicologica, esperienza di gioco, attivazione e percezioni cognitive per spiegare come si sviluppa il gioco, proponendo uno schema stimolo del desiderio di gioco per spiegare perché comportamenti collegati al gioco d'azzardo patologico si mantengono nel tempo.

Altri modelli: modello sindromico della dipendenza di Shaffer, modello di Mark Griffith..

Modello di Blaszczynski, Nower (2002)

1° sottogruppo Comportamento Condizionato

- No malesseri precedenti;
- schemi cognitivi distorti
- No concomitanza abuso altre sostanze
- Ansia e depressione non sono la causa del gioco
- Alta compliance al trattamento

2° sottogruppo Vulnerabilità emotiva

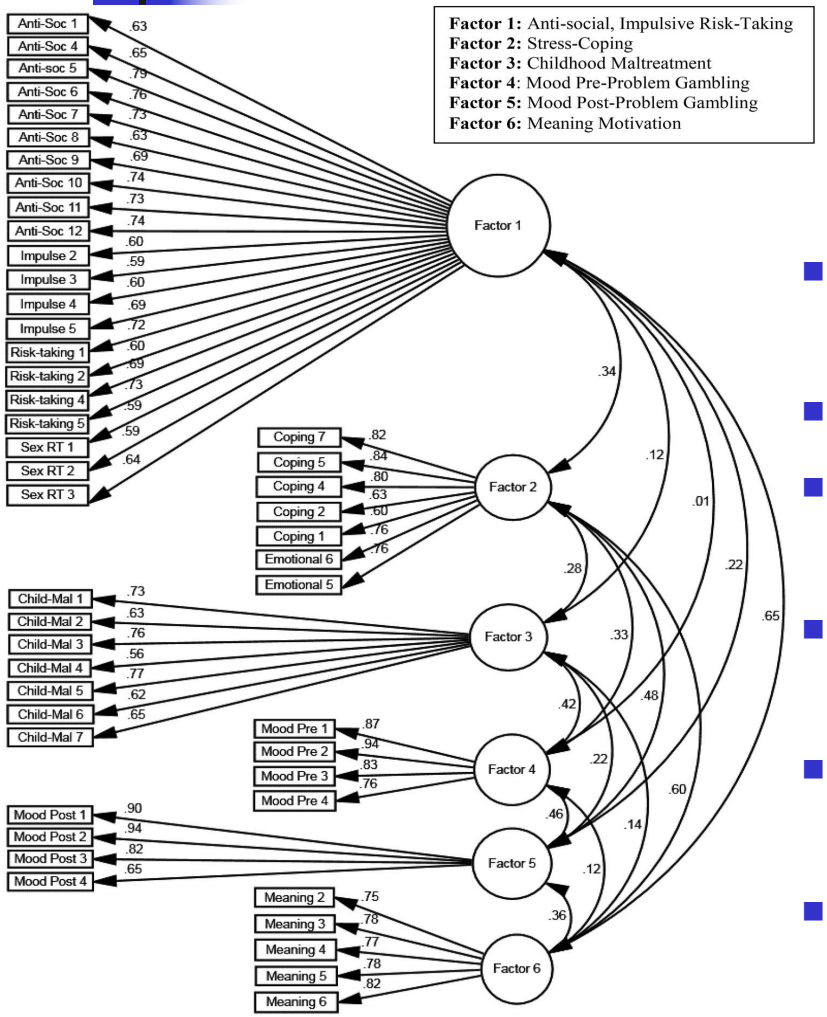
- Vulnerabilità psichica – disturbi primari affettivi – sofferenza e traumi emotivi
- Possibile storia di abuso
- Scarso sviluppo delle abilità sociali e del problem solving
- GIOCO: strumento per dissociarsi o regolare stati emotivi

Modello di Blaszczynski, Nower (2002)

3° sottogruppo Impulsività

- **Vulnerabilità biologica verso l'impulsività**
- **Deficit attentivi – tratti antisociali**
- **Frequente comorbilità con disturbi da deficit di attenzione**
- **Disturbo da uso di sostanze / altri disturbi psichici**
- **GIOCO: bisogno di raggiungere uno stato di fuga attraverso l'effetto della dissociazione**

Strumenti – GPQ e ABQ
Perché usare scale standardizzate?
Rilevare rapidamente elementi importanti per la definizione del programma terapeutico

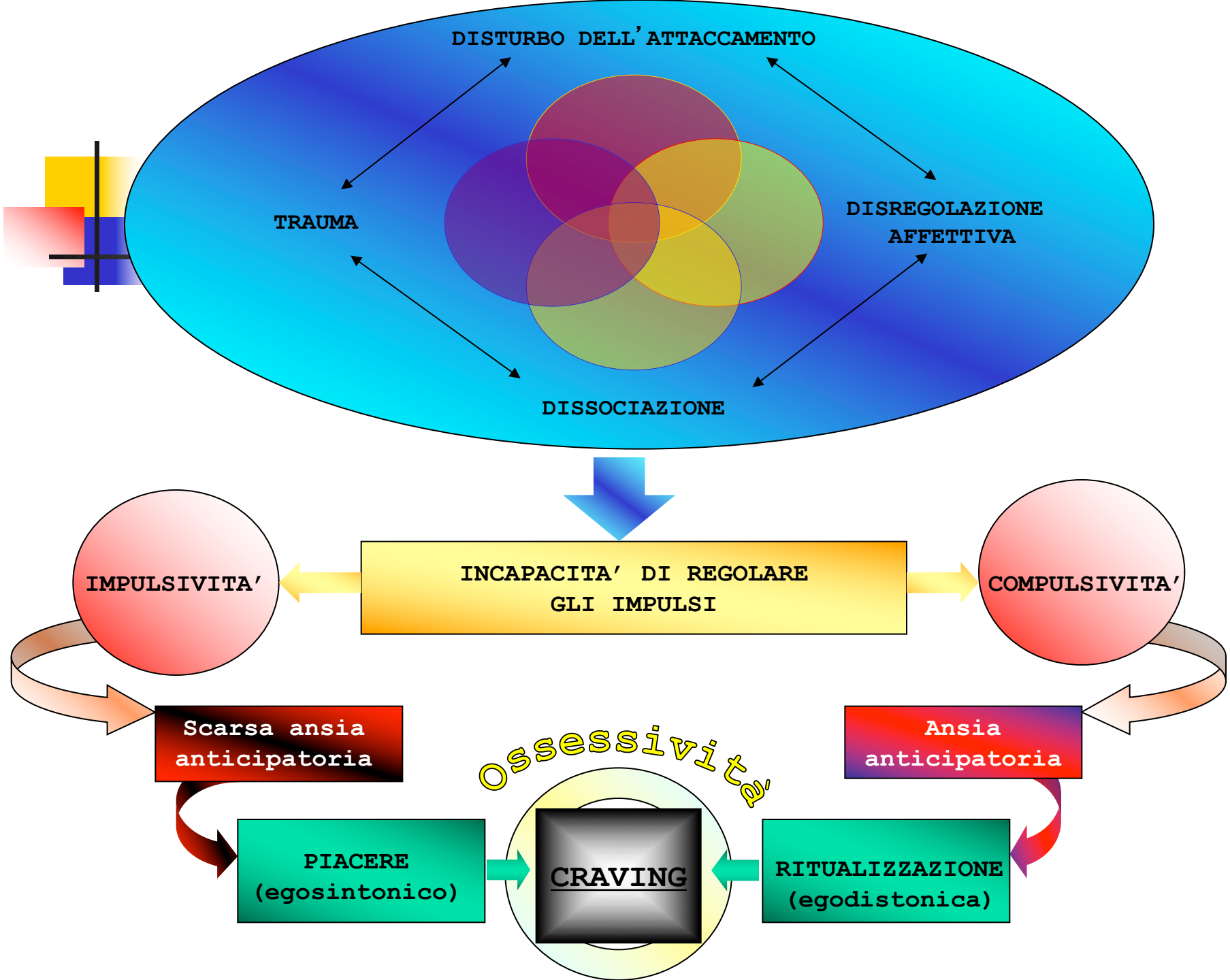


GPQ - *Gambling Pathways Questionnaire*, Blaszynski e Nower

- Analizza i più forti fattori predisponenti per il Gioco d'Azzardo:
- **Disregolazione emotiva;**
- **Ansia e Depressione prima e dopo l'inizio del disturbo**;
- **comportamento antisociale**, **impulsività, assunzione di rischio**;
- **adattabilità allo stress e motivazione al comportamento di gioco**;
- **traumi infantili**

Psicodinamica delle dipendenze (Caretti ed al.) Disregolazione psicobiologica

- **Carenze nelle relazioni d'attaccamento** ed **esperienze traumatiche infantili** conducono ad una **incapacità di regolare gli stati affettivi** e ad un ricorso a difese del repertorio dissociativo
  Una forma di **dissociazione** è l'utilizzo di sostanze o comportamenti additivi
  Si crea una **vulnerabilità psicobiologica** allo sviluppo di addiction come modo di gestire gli stati interni intollerabili e non rappresentabili, sia per rifugiarsi nel piacere, che per attenuare il dolore che finisce per condurre ad una polarizzazione del pensiero sul ricorso alla sostanza o al comportamento (**craving**)


DISTURBO DELL'ATTACCAMENTO
TRAUMA
DISREGOLAZIONE AFFETTIVA
DISSOCIAZIONE
IMPULSIVITA'
INCAPACITA' DI REGOLARE GLI IMPULSI
COMPULSIVITA'
Scarsa ansia anticipatoria
Ansia anticipatoria
Ossessività
PIACERE (egosintonico)
CRAVING
RITUALIZZAZIONE (egodistonica)

Self report per la formulazione della diagnosi di disturbo additivo secondo le indicazioni fornite dal DSM-5. Permette di elaborare sia una diagnosi categoriale che dimensionale per l'assessment delle diverse forme di addiction, suddiviso in due parti:

STRUTTURA ABQ ADDICTION

Scheda anagrafica (Età, sesso, titolo di studio, pregresse diagnosi di addiction)

Scheda di rilevazione, tipologia e frequenza di addiction

Severity index (sostanze, alcol, gioco d'azzardo, Internet):

- **Sezione 1:** uso di sostanze, alcol, gioco d'azzardo, Internet. Risposta dicotomica: **Si o No**
- **Sezione 2:** spettro ossessivo-impulsivo-compulsivo delle addiction. Risposta likert a 5 punti che va da 0 = Mai a 4 = Sempre

Struttura ABQ 7DAS
Le sette dimensioni

Area 1: ***Ansia da separazione***, valutazione dell'incapacità del soggetto a saper gestire in maniera adeguata le relazioni di attaccamento con le figure significative (familiari, amici, partner, ecc.).

Area 2: ***Disregolazione affettiva,*** valutazione dell'incapacità del soggetto a saper individuare, differenziare e comunicare le proprie emozioni.

Area 3: Dissociazione somatoforme e psicologica, valutazione della presenza di un senso di incoerenza personale che porta il soggetto a manifestare sentimenti di estraneità verso sé, il proprio corpo e gli altri.

Area 4: ***Esperienze traumatiche infantili,*** valutazione della presenza di memorie traumatiche relative a esperienze di trascuratezza e di disconoscimento emotivo vissute in età precoce.

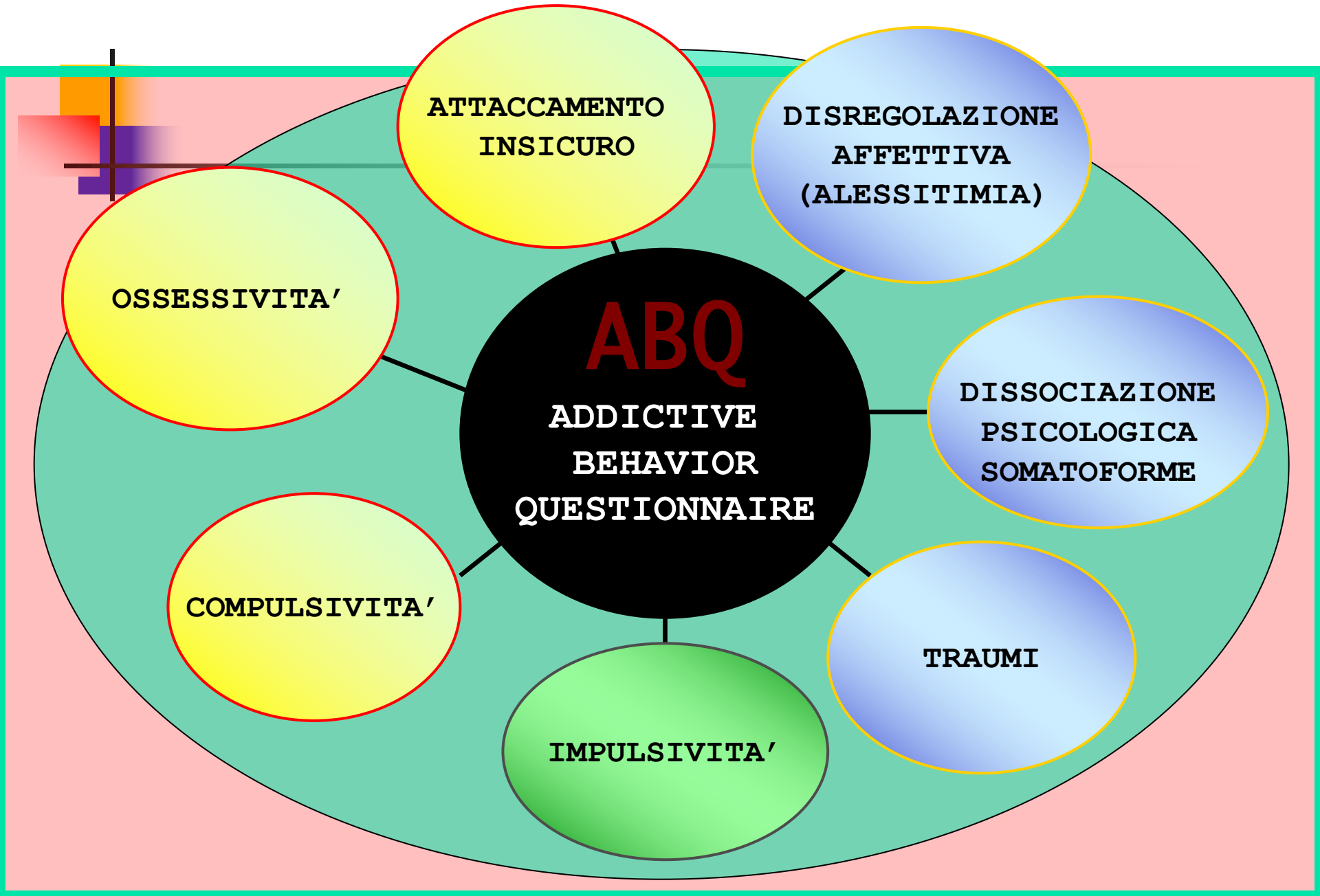
Le sette dimensioni

Area 5: ***Discontrollo degli impulsi,*** valutazione dell'incapacità di resistere ad un impulso, desiderio impellente o a comportamenti, anche pericolosi o violenti.

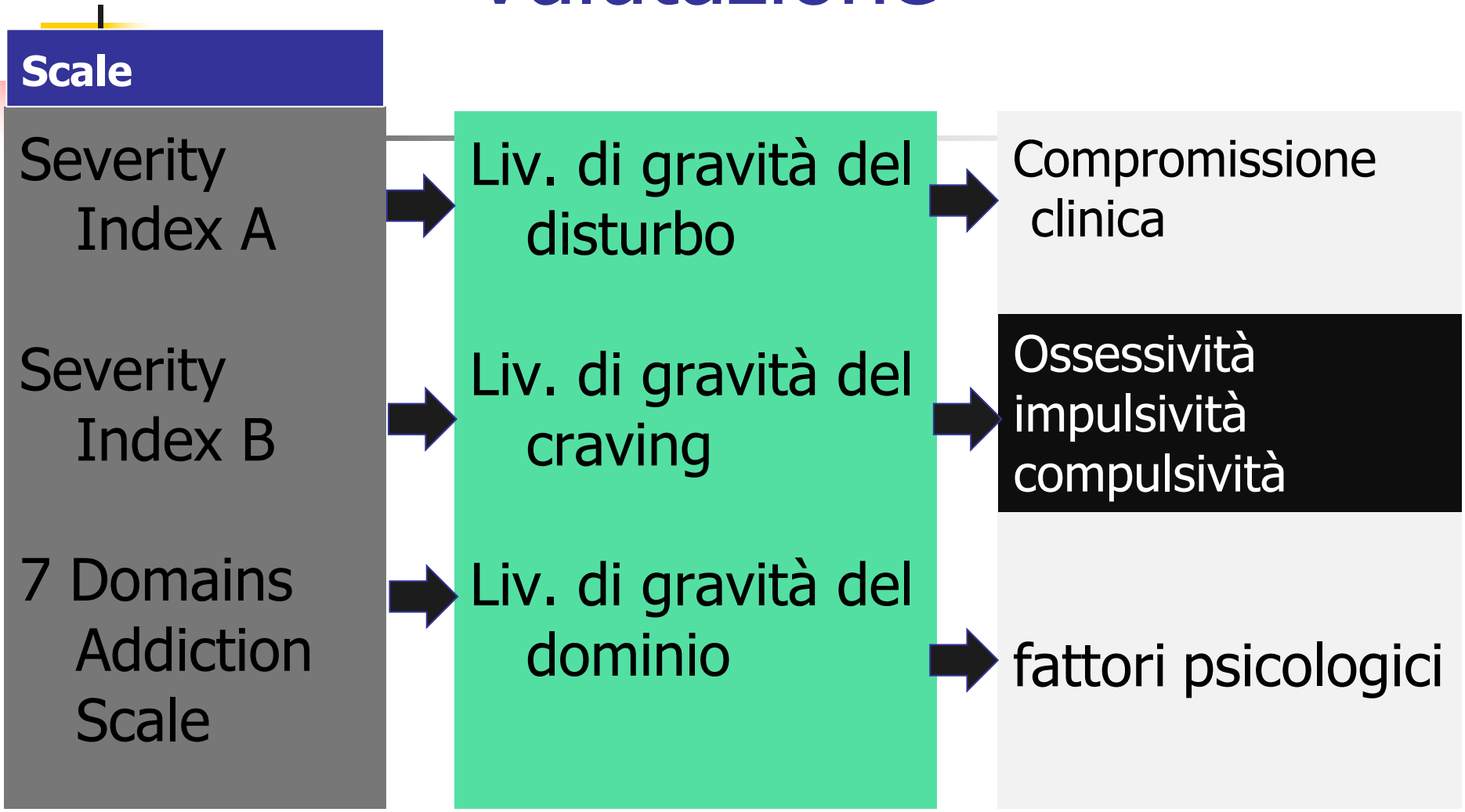
Area 6: ***Comportamenti compulsivi e ritualizzazione,*** valutazione della tendenza del soggetto a mettere in atto compulsivamente comportamenti ripetitivi, anche pericolosi. I rituali sembrano essere funzionali per la gestione di stati di disagio.

Area 7: ***Pensieri ossessivi,*** valutazione di una eccessiva attenzione al giudizio degli altri sui propri comportamenti; confusione e agitazione quando deve prendere una decisione; pensieri ricorrenti e persistenti di cui non riesce a liberarsi.

7 DIMENSIONI CLINICHE INDAGATE CON L'ABQ

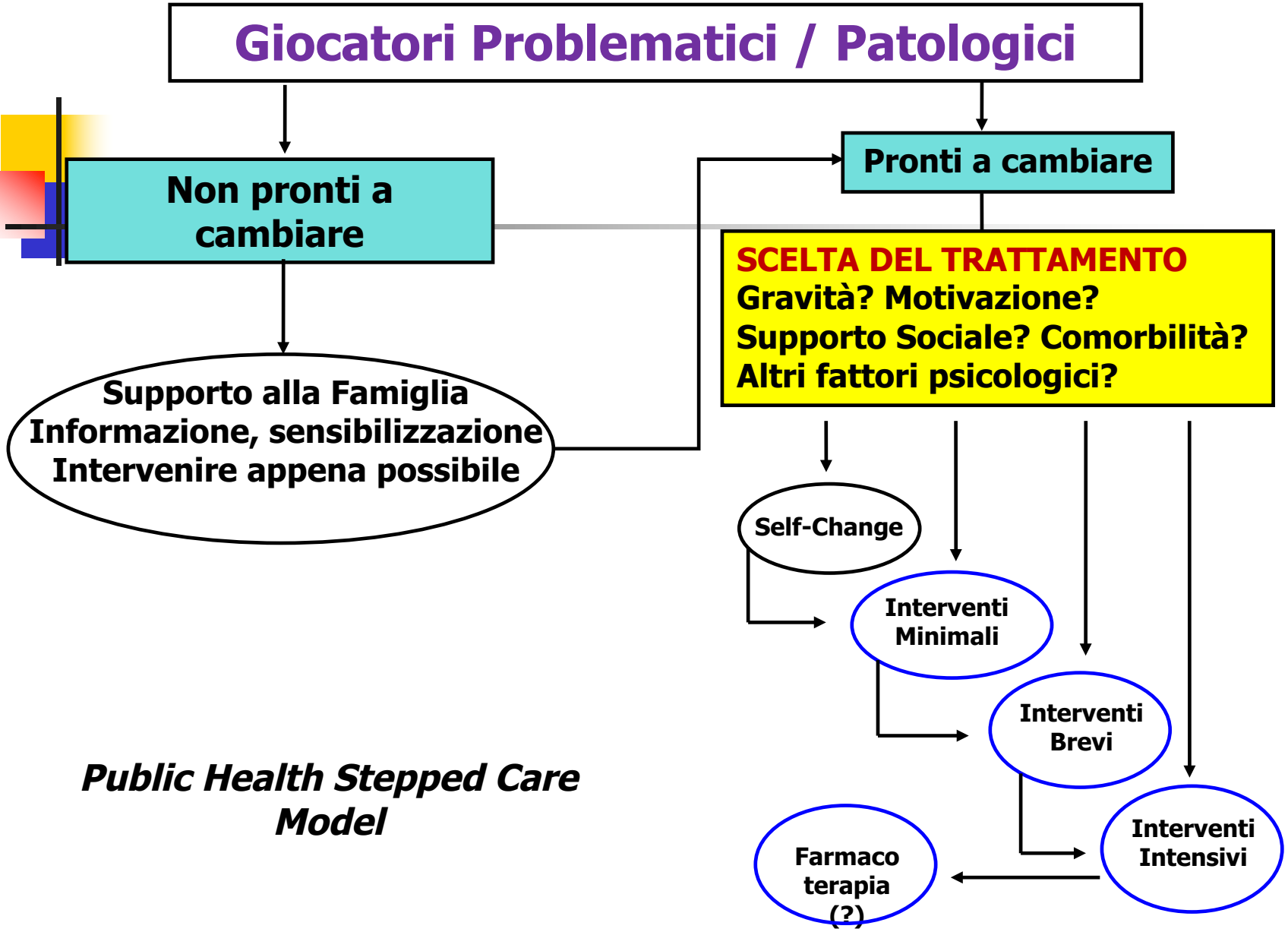


Valutazione



Piano di trattamento

1. Interventi che facilitano la collaborazione tra paziente e terapeuta
2. Interventi che aiutano il paziente a riconoscere i modelli del presente e del passato e le relazioni tra di esse
3. Interventi che bloccano i modelli disfunzionali
4. Interventi che rafforzano la volontà del paziente di lasciar perdere desideri e paure distruttivi. Promuovere la volontà di cambiare
5. Interventi che aiutano il paziente ad imparare nuovi modelli più adattivi. Apprendere nuovi modi di fare (Benjamin 1999)



Public Health Stepped Care Model

Hodgins, 2004 - modificato

Caso clinico Sig.ra L.

L. è una donna di 50 anni, nubile, esordio della condotta di gioco d'azzardo all'età di 36 anni, ha effettuato due trattamenti ambulatoriali con inserimento in un gruppo a orientamento cognitivo-comportamentale, concluso due programmi residenziali brevi, ma successivamente ha ripreso la condotta del GAP. Attualmente inserita in comunità terapeutica per GAP in un programma di Media-lunga durata (Drive del Gruppo Incontro).

L. è una persona molto intelligente, con un eloquio fluido e coerente, consapevole dei traumi subìti nell'infanzia e nell'adolescenza, di cui parla con piglio risoluto e critico, senza manifestare sofferenza evidente. Sono evidenti risorse psicologiche e di adattamento, oltre a creatività e buona manualità che l'hanno aiutata a superare i numerosi ostacoli che si è trovata davanti nel corso del suo sviluppo. E' presente però eccessiva tendenza all'ottimismo, al coinvolgimento, all'irritabilità nelle situazioni in cui percepisce limiti all'attività che ha deciso di intraprendere. Tende al soddisfacimento delle proprie pulsioni istintuali e si mostra scarsamente capace di prevedere le conseguenze dei propri atti. Rifiuta l'autorità e sono presenti valenze ostili che si manifestano con atteggiamenti polemici e una modalità verbale irruenta e talvolta aggressiva.

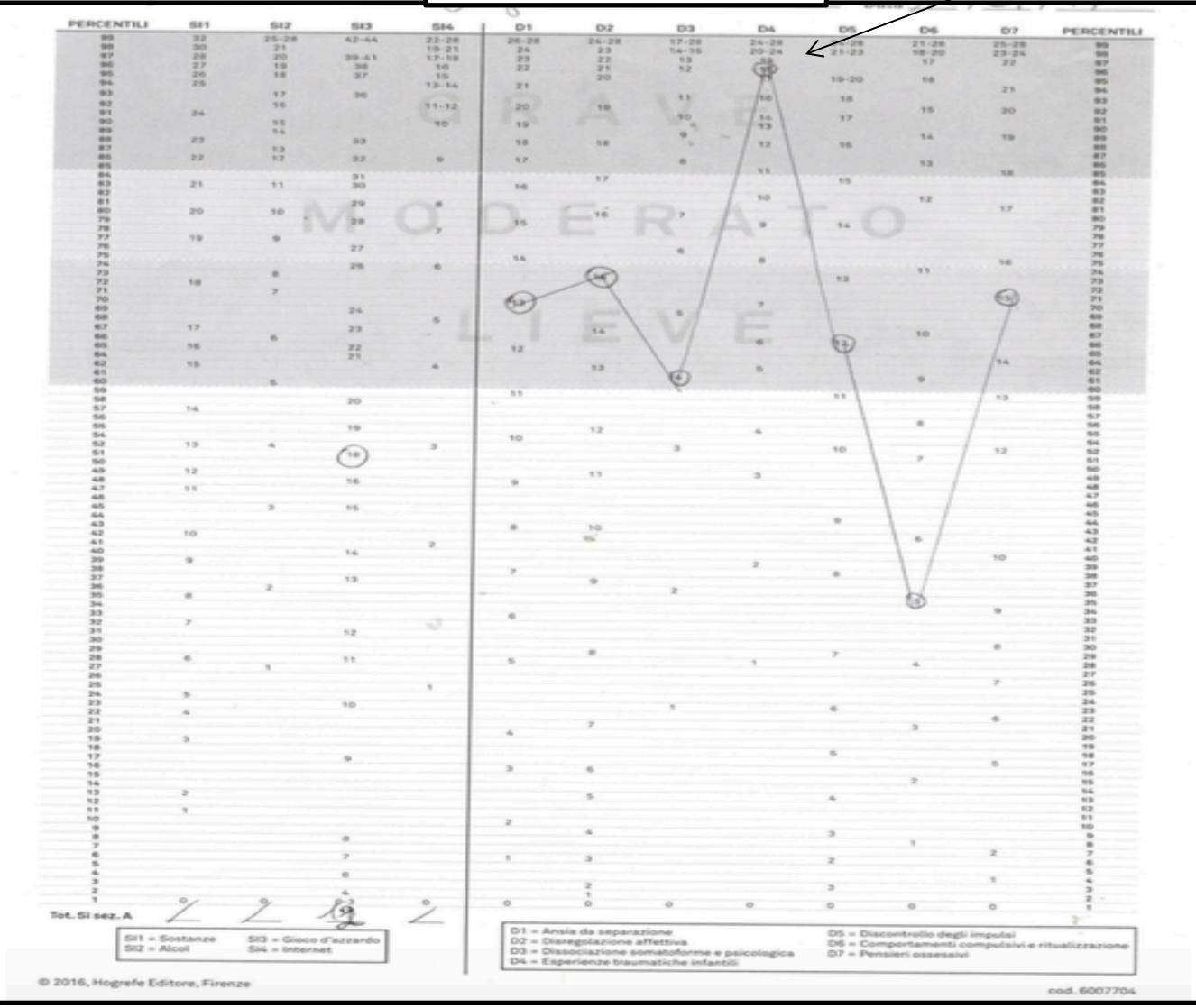
Interpretazione delle risposte all'ABQ

- SI 3 (GAP) sez. A punteggio totale di 12, al di sopra dell'85° percentile, sez. B punteggio 18 corrispondente al 51° percentile
- Dimensione 1 (*Ansia da separazione*) punteggio totale di 13 corrispondente al 70° percentile
- Dimensione 2 (*Disregolazione affettiva)* punteggio 15 corrispondente al 73° percentile
- Dimensione 3 (*Dissociazione somatoforme e psicologica)*, punteggio totale di 4 corrispondente al 61° percentile.
- Dimensione 4 *(Esperienze traumatiche infantili*) punteggio 18 corrispondente al 96° percentile.

Interpretazione risposte all' ABQ

- Dimensione 5 (*Discontrollo degli impulsi)* punteggio 12 corrispondente al 66° percentile
- Dimensione 6 (*Comportamenti compulsivi e ritualizzazione)* punteggio 5 corrispondente al 35° percentile
- Dimensione 7 (*Pensieri ossessivi)* punteggio 15 corrispondente al 71° percentile.

Profilo ABQ Sig.ra L.



ISSN 2039-2117 (online)
ISSN 2039-9340 (print)

Mediterranean Journal of Social Sciences
MCSER Publishing, Rome-Italy

Vol 6 No 4 S3
August 2015

Personality and Clinical Dimensions of Pathological Gamblers. A Pilot Study

Giuseppe Craparo[1*]

Alessio Gori[2]

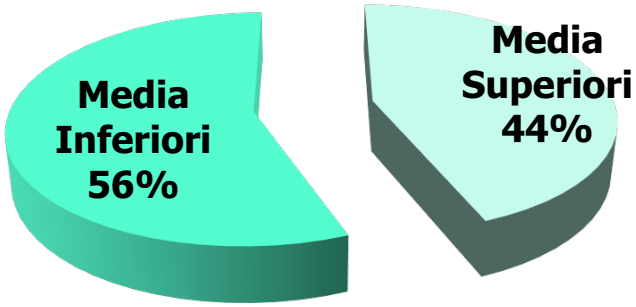
Giuseppe Iraci Sareri[3]

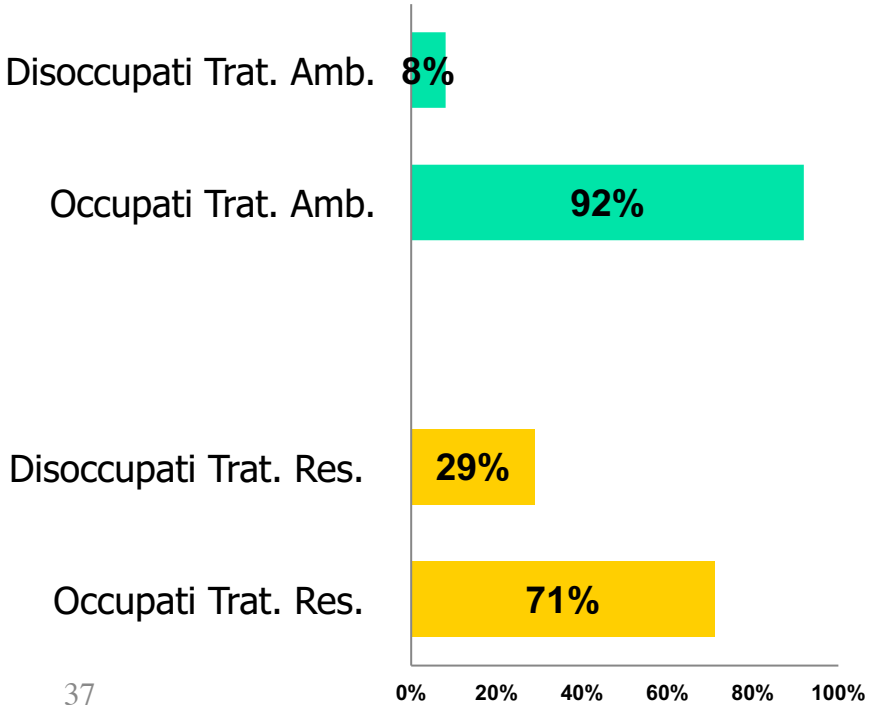
Ugo Pace[1]

[1] *Faculty of Human and Social Sciences, Kore University of Enna, Italy*
[2] *Department of Psychology, University of Florence, Italy*
[3] *Incontro Cooperative, Pistoia, Italy*
**Corresponding Author Email Address: giuseppe.craparo@unikore.it*

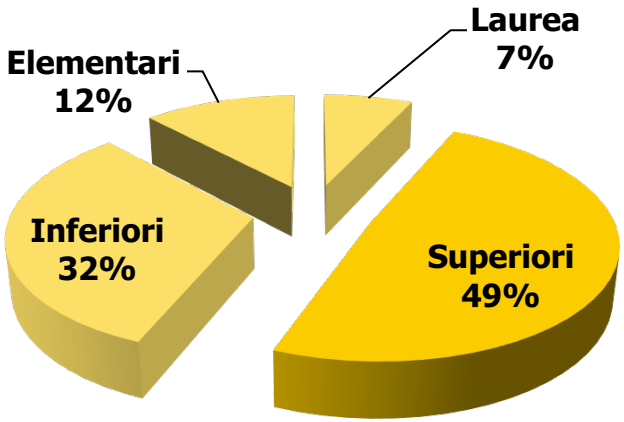
Campione tot. 51
Tratt. Res. GAP 28 – Media Età 47,3
Tratt. Amb. GAP 21- Media Età 42

Scolarità GAP Tratt. Amb.

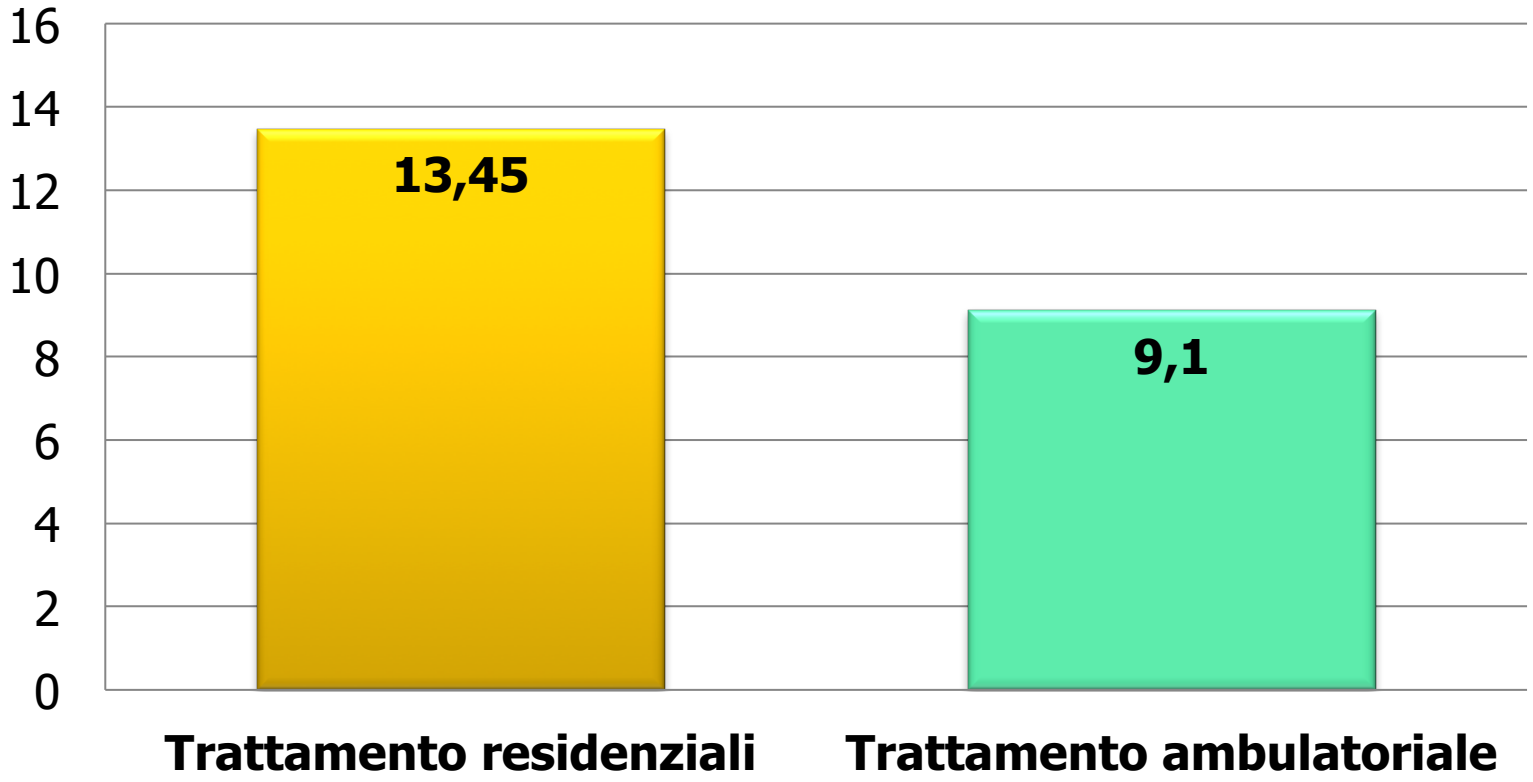




Scolarità GAP Tratt. Res.

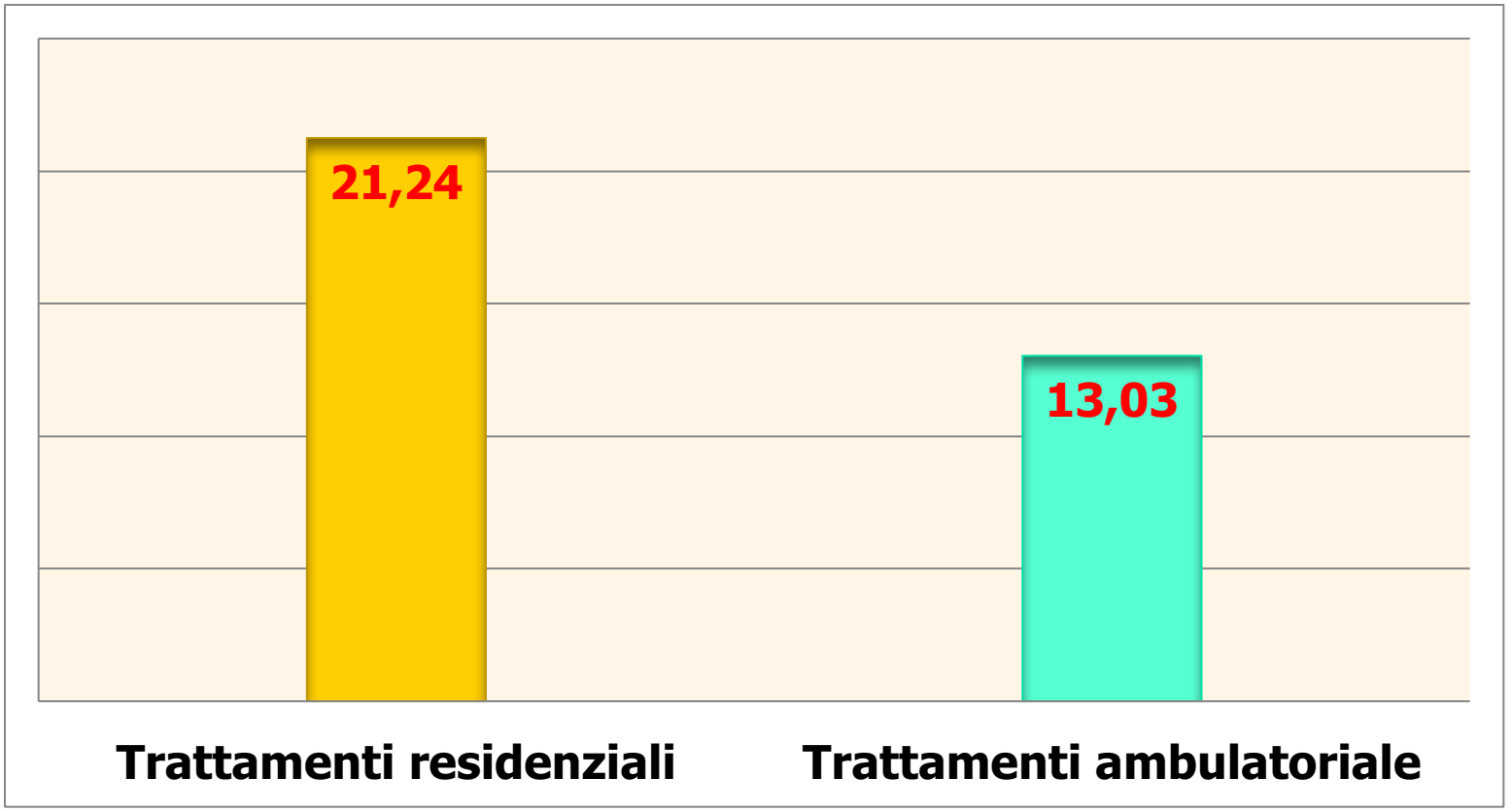


Confronto valori South Oaks Gambling Screen (SOGS) di Lesieur e Blume, (1987)



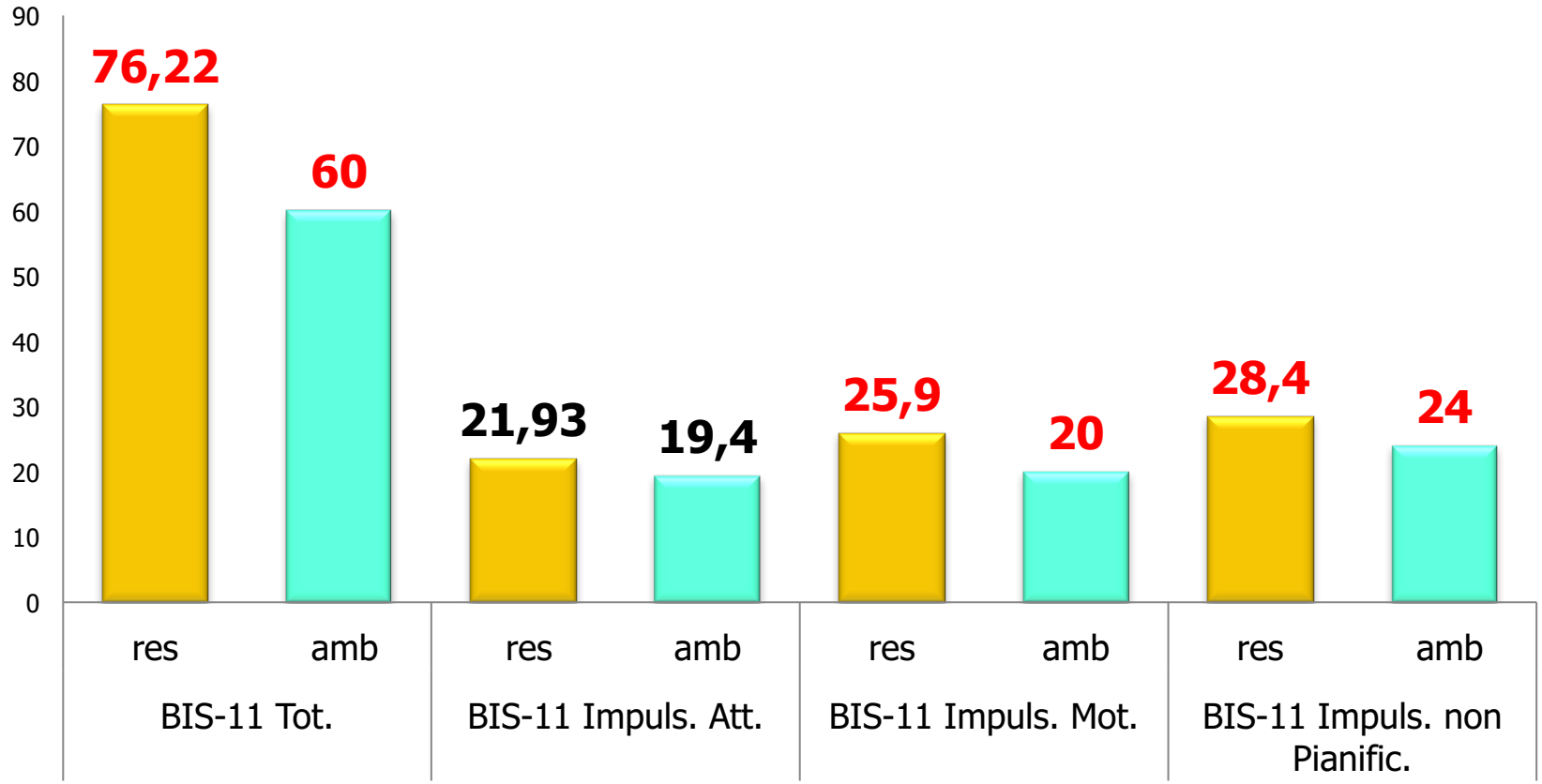
Confronto valori D.E.S.

Dissociative Experience Scale . Carlson e Putnam (1993)



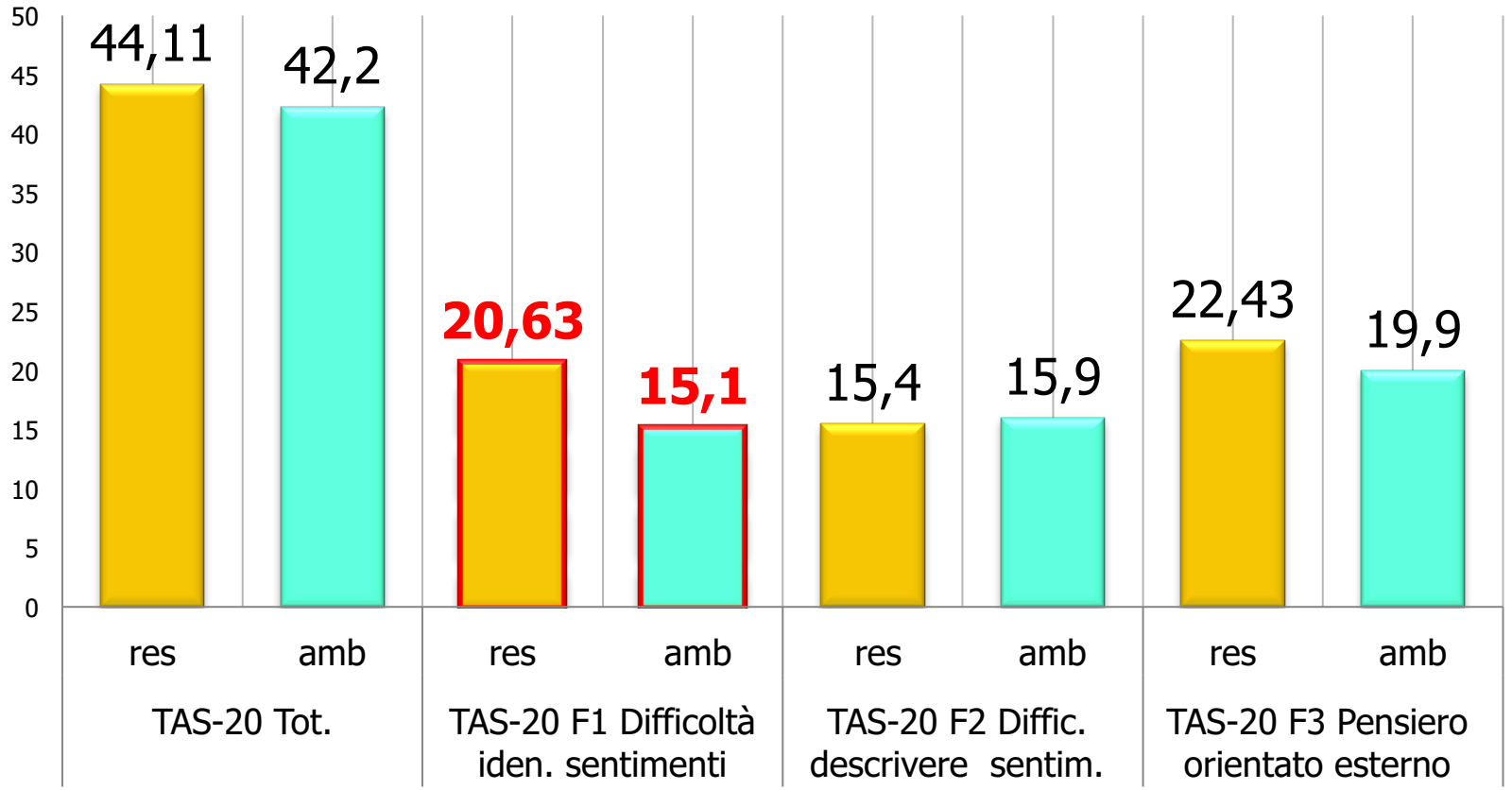
Confronto valori Impulsività

B.I.S.-11 Barratt Impulsiveness Scale-11 di Patton et al; (1995

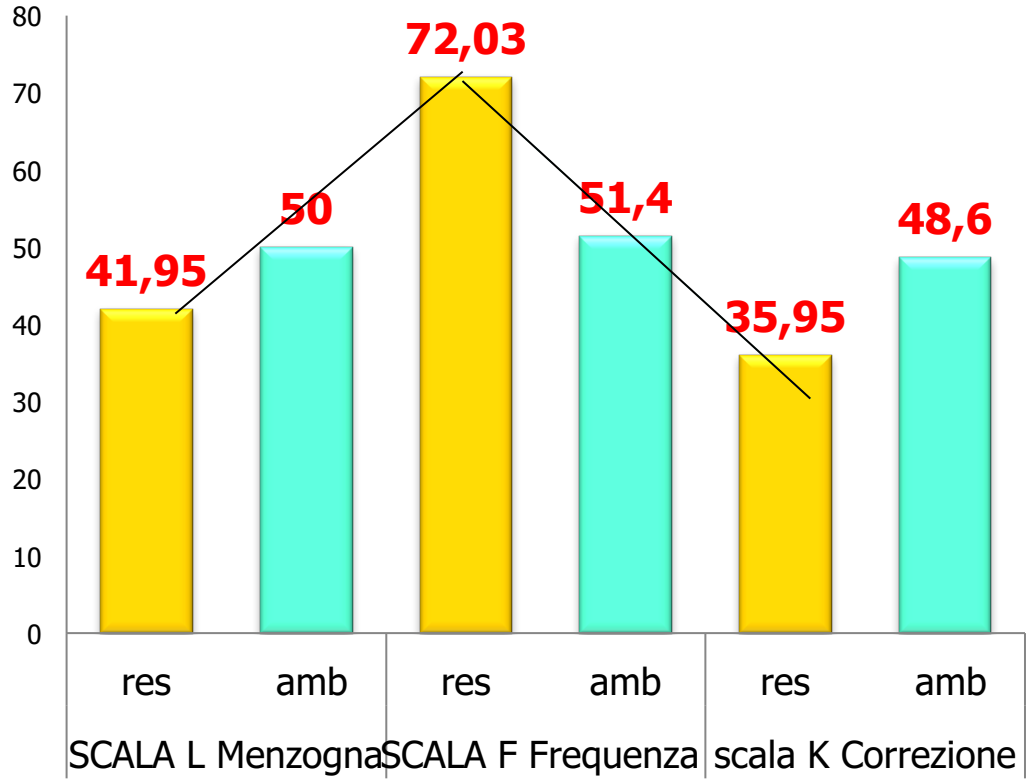


Confronto valori Alessitimia

Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) di Bagby, Taylor, Parker, (1994),

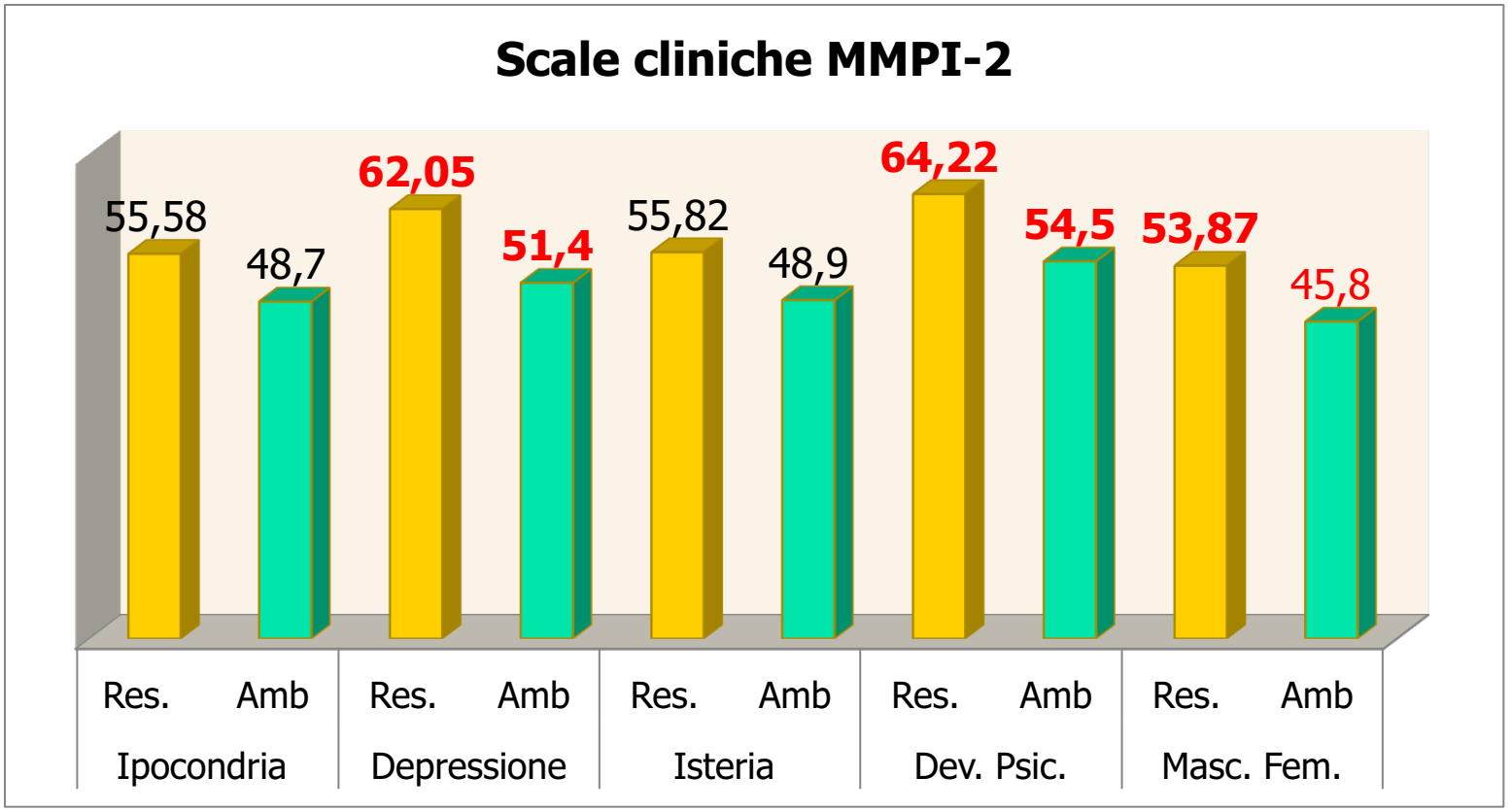


MMPI 2 Scale di Validità

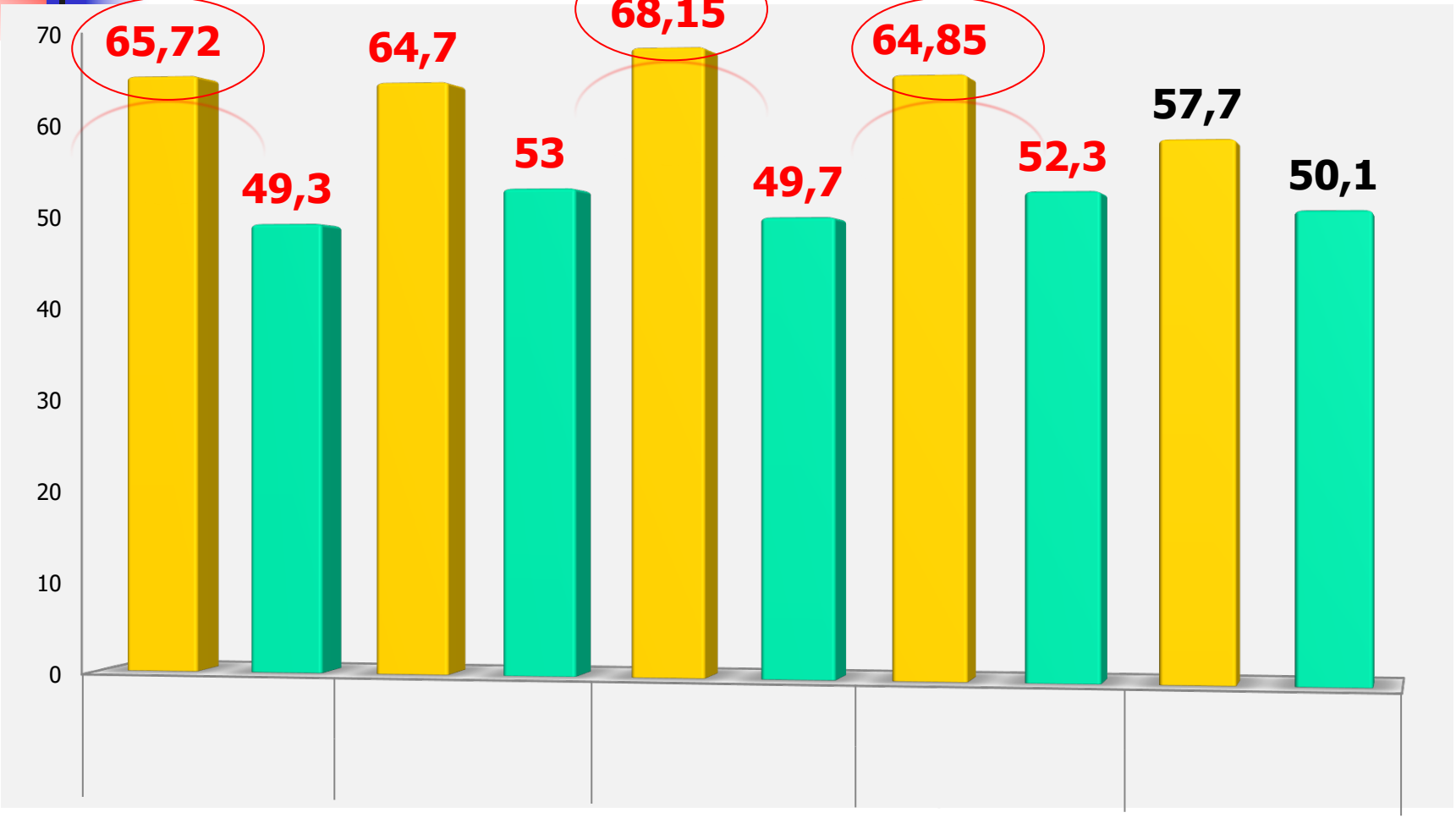


Il gruppo dei giocatori in trattamento residenziale sembra avere una maggiore consapevolezza dei propri problemi rispetto all'altro gruppo. La scale L è più bassa indicando una minor tendenza a mentire e la scala F indica un maggior numero di sintomi dichiarati

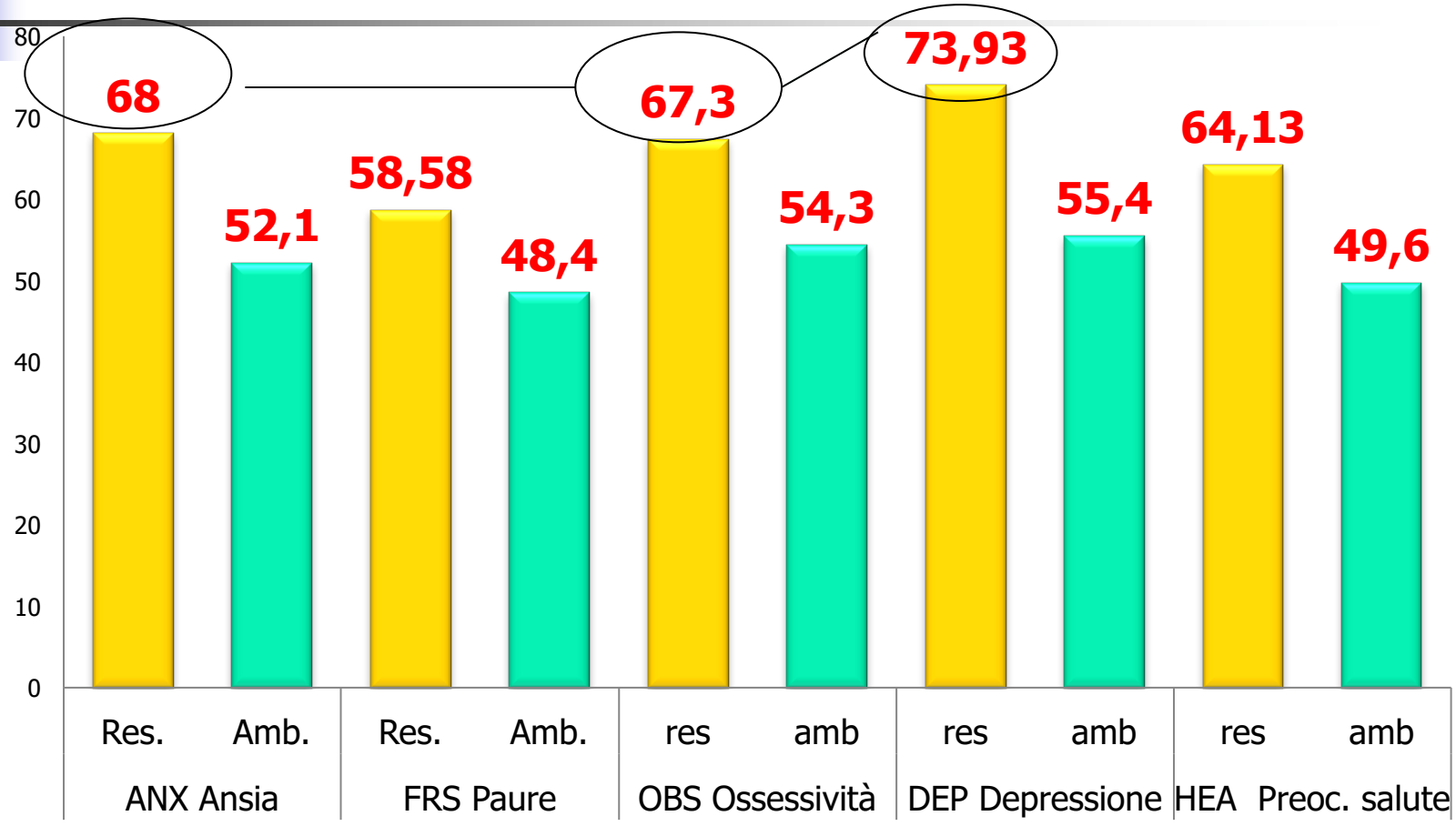
MMPI-2 Confronto Scale Cliniche



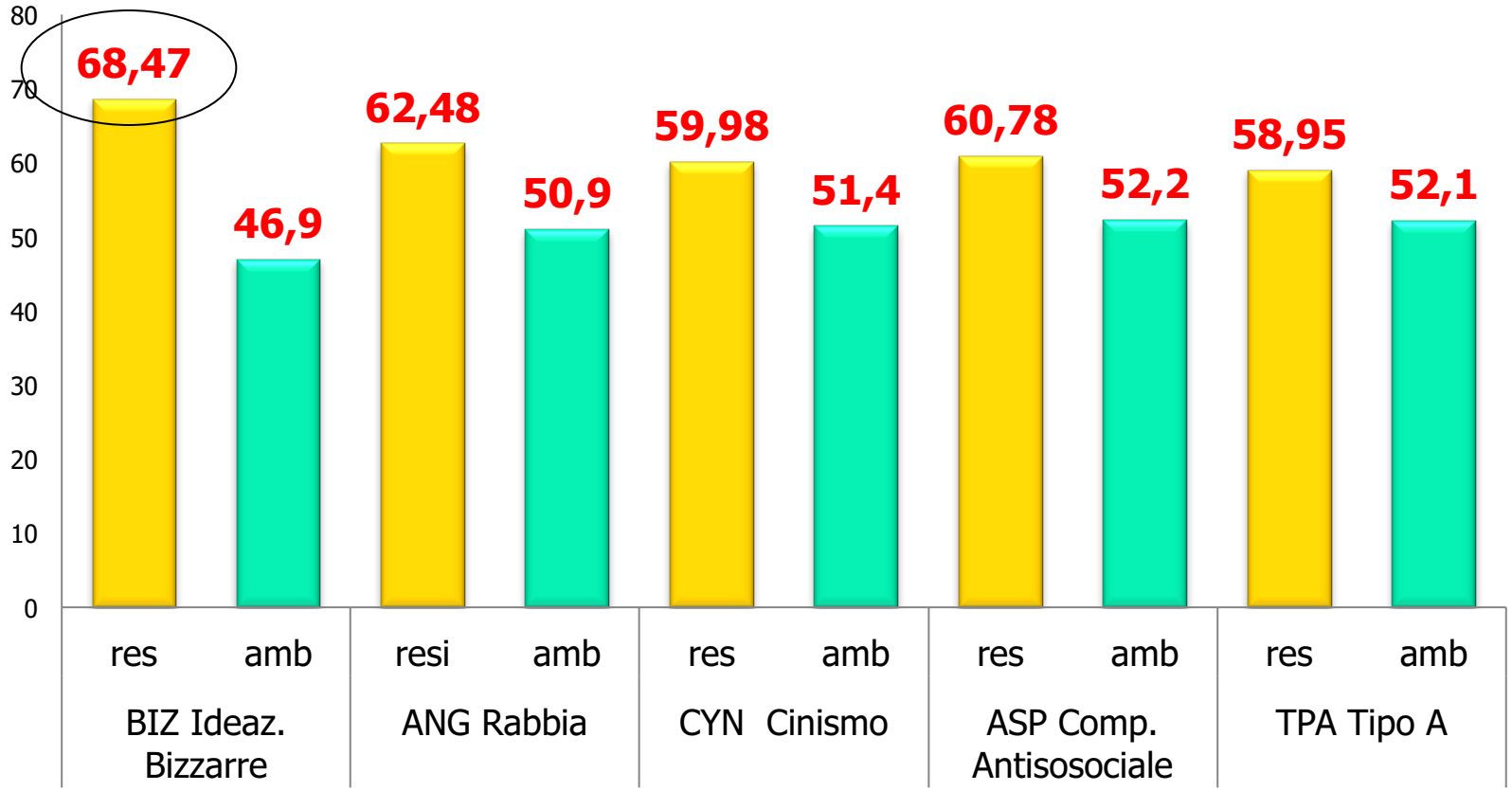
MMPI-2 Scale Cliniche



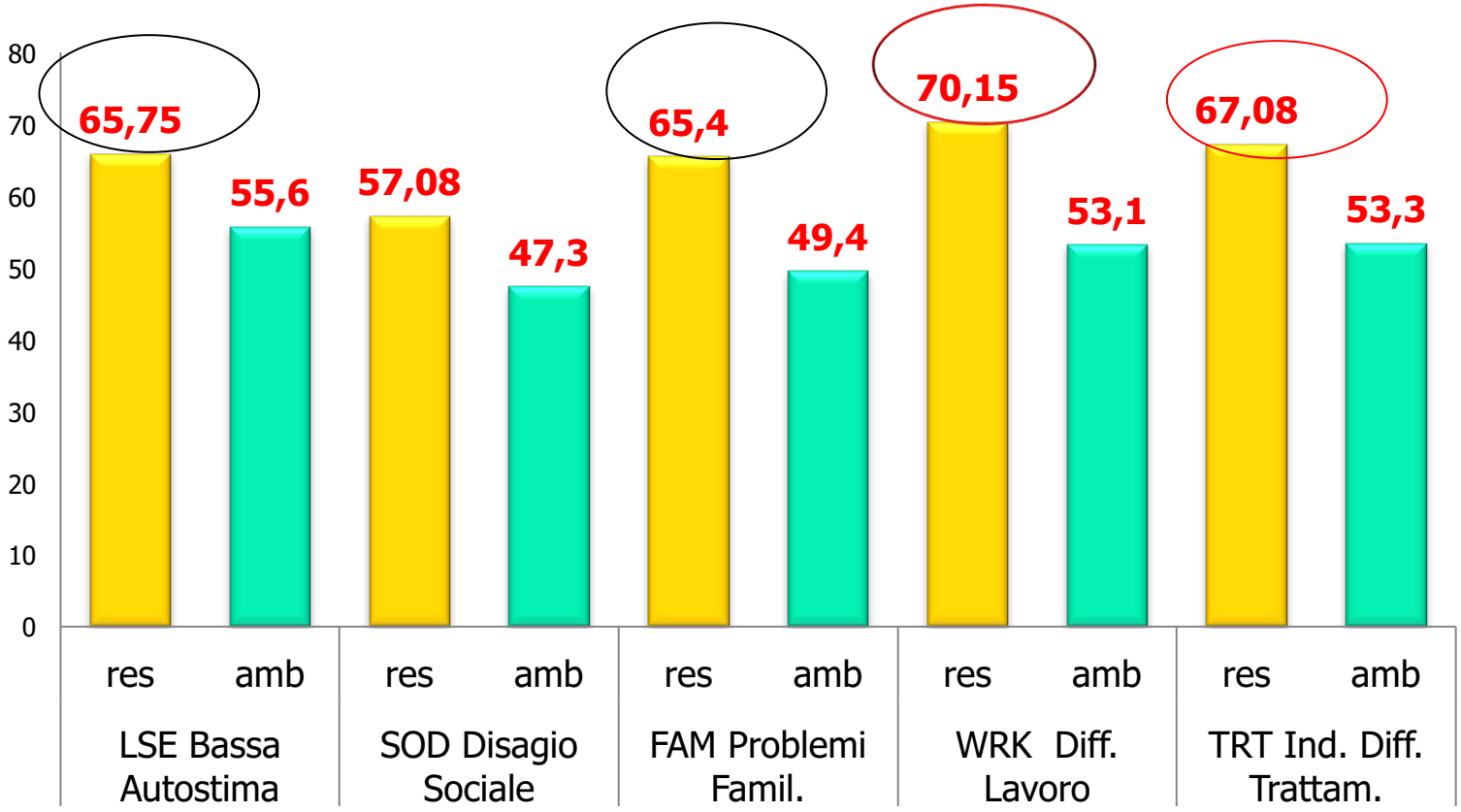
MMPI-2 Scale di Contenuto



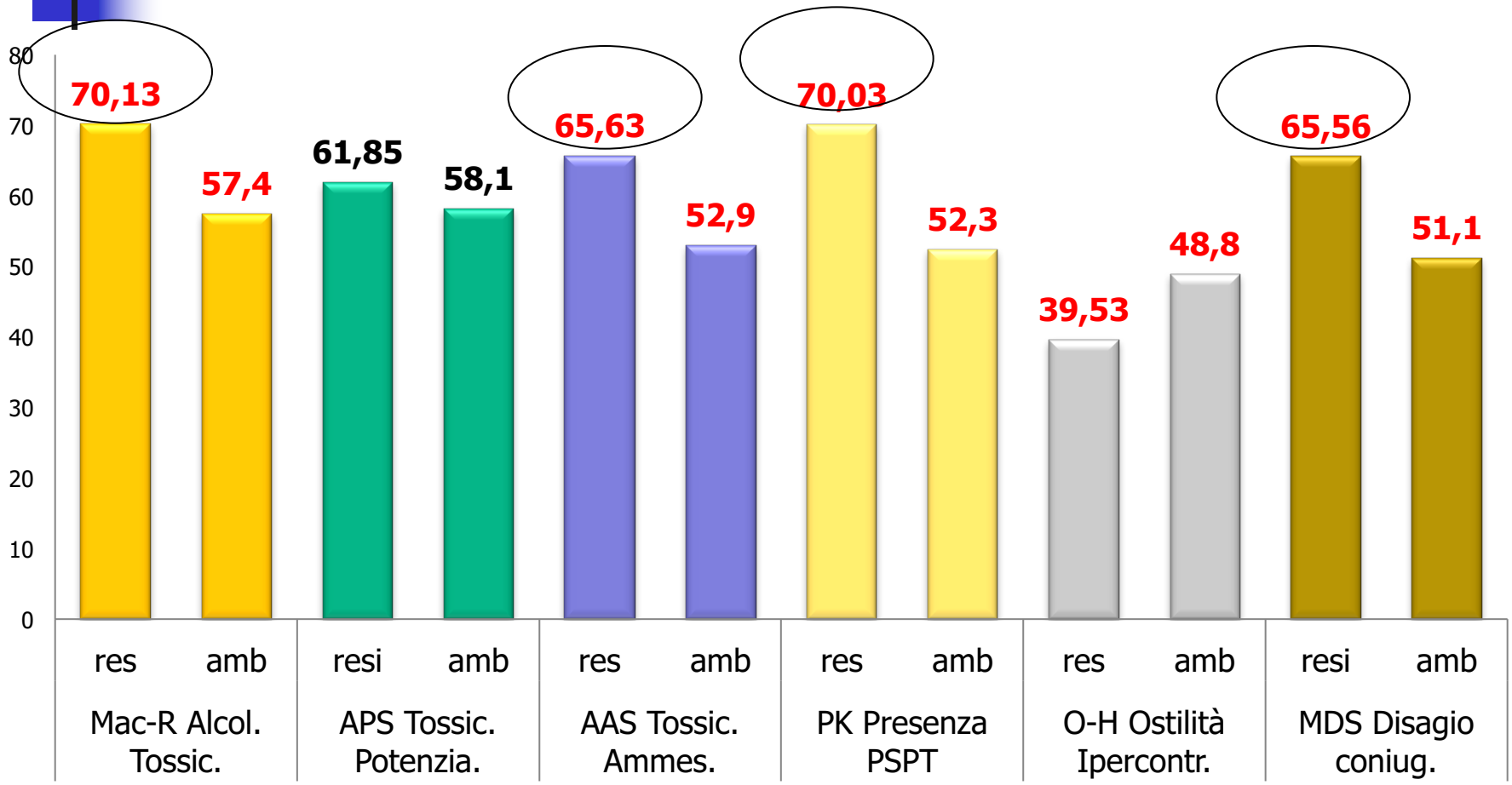
MMPI-2 Scale di Contenuto



MMPI-2 Scale Supplementari



MMPI-2 Scale Supplementari



Giuseppe Iraci Sareri
Gruppo Incontro Pistoia
giuseppe.iraci@incontro.coop
347 9301751