



Sistema di Sorveglianza Nazionale sul Disturbo da Gioco d'Azzardo: Progetto Sperimentale

*Quale trattamento per quale giocatore
patologico: quando valutare l'opportunità di un
trattamento residenziale? L'esperienza del
Gruppo Incontro di Pistoia*

Giuseppe Iraci Sareri* e Paola Russo**

*Responsabile Area Terapeutica e Responsabile "AltroAzzardo" - Gruppo Incontro Pistoia

**Responsabile Area Clinica e Referente clinica "AltroAzzardo"- Gruppo Incontro Pistoia

L'esperienza del Gruppo Incontro di Pistoia Servizio Integrato

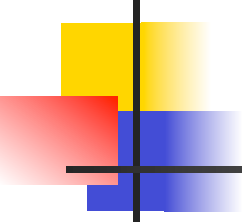
- Nel 2001 Progetto "AltroAzzardo" Percorsi assistenziali di accoglienza e trattamento per giocatori d'azzardo problematici e/o patologici e loro familiari.
- Sinergia e collaborazione con la ASL di Pistoia strutturata in modo formale nel 2013 con di una équipe integrata composta da operatori Ser.T e operatori del Gruppo Incontro e la definizione di percorsi assistenziali congiunti in linea con gli orientamenti della Regione Toscana in materia di gioco d'azzardo.

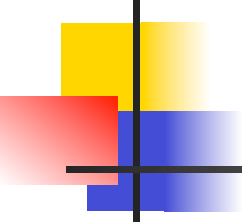
L'esperienza del Gruppo Incontro di Pistoia

Attività di ricerca...

- Attività di prevenzione, ricerche e iniziative a livello scientifico in collaborazione con altri Enti del territorio ed Enti Nazionali pubblici e privati che si sono occupati di GAP
- Particolare attenzione all'analisi di criteri per impostare trattamenti personalizzati
- Adozione di un modello di lavoro stepped care. Si sceglie insieme al giocatore l'intervento più semplice e meno invasivo in quella data situazione.

Trattamenti

- 
-
- Negli anni passati prevalenza di approcci psico-sociali mentre adesso si assiste ad un incremento di approcci muldimodali e multidisciplinari
 - Paradigmi e prassi mutuati sostanzialmente da quelle esistenti nella cura delle altre dipendenze patologiche



Trattamenti per giocatori d'azzardo patologici

- Trattamento ambulatoriale
- Trattamento di tipo residenziale per quelle situazioni in cui il gioco d'azzardo ha assunto forme patologiche gravi a livello bio-psico-sociale da non poter essere sostenuto in un contesto ambulatoriale.

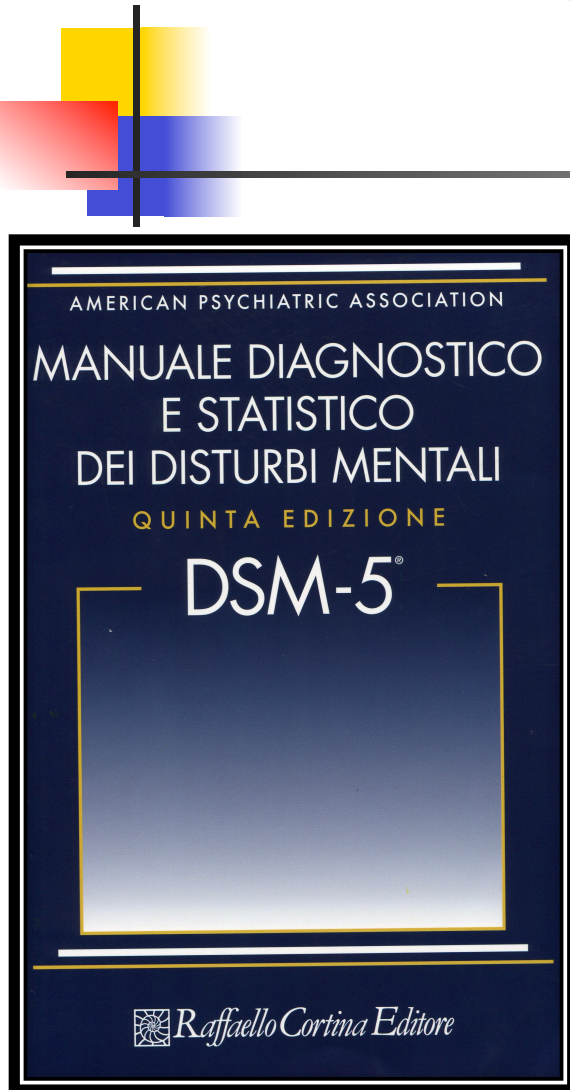
Criteri per la scelta



- Gravità della compromissione con il Gioco d'azzardo
- Eventuali comorbilità
- Decorso (presunto) del disturbo al momento della formulazione o revisione del piano di trattamento individuale.
- DSM-5 approccio dimensionale e suddivide il Gambling Disorder in tre livelli di gravità:
 - - Lieve = presenza di 4 o 5 criteri
 - - Moderata = presenza di 6 o 7 criteri
 - - Grave = presenza di 8 o 9 criteri

DSM-5 Disturbi correlate a sostanze e disturbi di addiction

Novità/1



1. Inserimento del disturbo da gioco d'azzardo (nel DSM-IV tra i disturbi del controllo degli impulsi)
2. I due termini abuso e dipendenza sono stati uniti in un'unica categoria
3. . Inserimento del disturbo da gioco d'azzardo (nel DSM-IV tra i disturbi del controllo degli impulsi)

DSM-5 Disturbi correlate a sostanze e disturbi di addiction

Novità/1



4. Non viene utilizzato il termine dipendenza
5. La gravità del disturbo è basata dal numero di sintomi: Live (4-5); Moderato (6-7); Grave (8-9)
6. Tra i criteri è stato aggiunto quello del craving (forte desiderio o spinta all'uso della sostanza)



Disturbo da Gioco d'Azzardo

Dal paradigma del discontrollo al paradigma delle Addiction

Criteri DSM-5

1. Ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per **ottenere l'eccitazione desiderata.**
2. **E' irrequieto/a o irritabile** se tenta di ridurre o di smettere di giocare d'azzardo.
3. Ha fatto **ripetuti sforzi infruttuosi** per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo.
4. E' spesso preoccupato dal gioco d'azzardo (per esempio **ha pensieri persistenti** che gli fanno rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d'azzardo).

Disturbo da Gioco d'Azzardo

Dal paradigma del discontrollo al paradigma delle Addiction

Criteri DSM V

5. Spesso **gioca d'azzardo quando si sente a disagio** (per esempio indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a).
6. Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare (**rincorrere le proprie perdite**)
7. **Mente per occultare** l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo.
8. Ha messo in pericolo o **perduto una relazione** significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo.
9. Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevere situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo.



Tipologia del gambler patologico

Blaszczynski A., Nower L. (2002).

Tipologia I

Giocatori caratterizzati da comportamento condizionato
Schemi cognitivi distorti
Sintomi psicologici (ansia, depressione) risultato del GAP
No precedenti malesseri psicologici
Migliore prognosi

Tipologia II

Giocatori caratterizzati da Instabilità affettiva, il gioco come modulatore degli stati emotivi. Bassa autostima e precarie abilità cognitive.

Presenza di psicopatologia primaria rilevante e di esperienze problematiche infantili

Grave compromissione con il gioco

Tipologia III

Giocatori caratterizzati da vulnerabilità biologica all'impulsività, tratti antisociali, frequente comorbilità con disturbo da deficit di attenzione ed iperattività, disturbo da uso di sostanze ed altri disturbi psichiatrici.

Bassa motivazione e compliance al trattamento.



Confronto Giocatori in trattamento ambulatoriale VS residenziale

Ipotesi

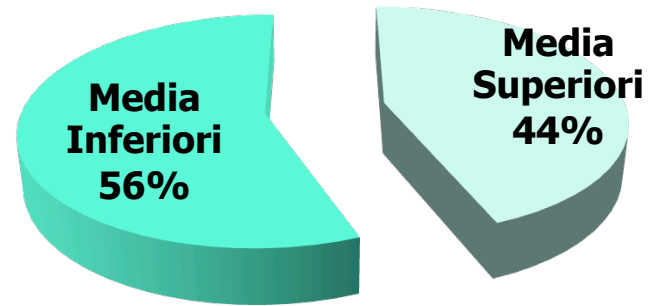
- Verificare se giocatori d'azzardo patologici inseriti in un trattamento residenziale presentavano caratteristiche diverse rispetto a giocatori inseriti in un trattamento ambulatoriale
- Individuare le diverse caratteristiche tra i due campioni

Campione tot. 51

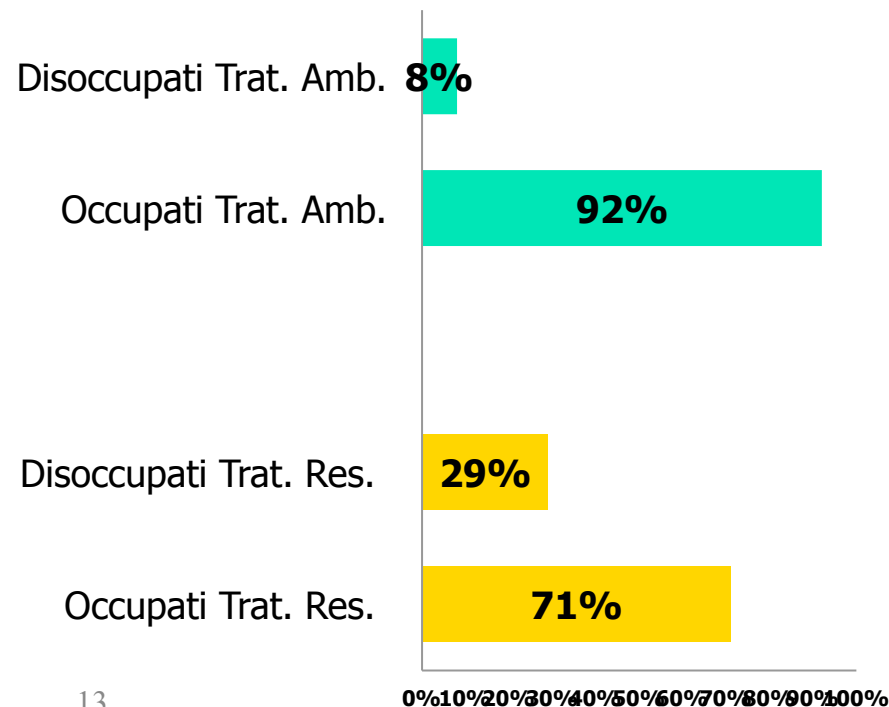
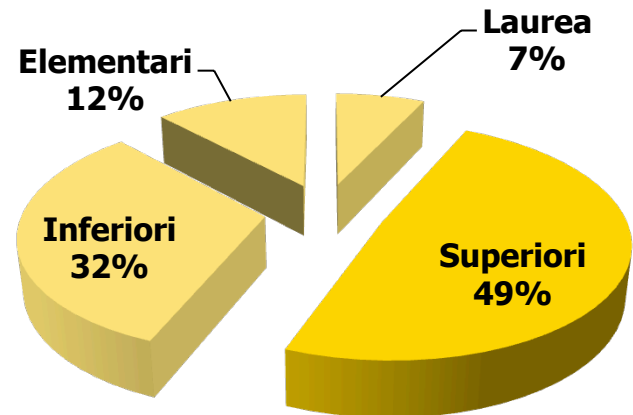
Tratt. Res. GAP 28 – Media Età 47,3

Tratt. Amb. GAP 21- Media Età 42

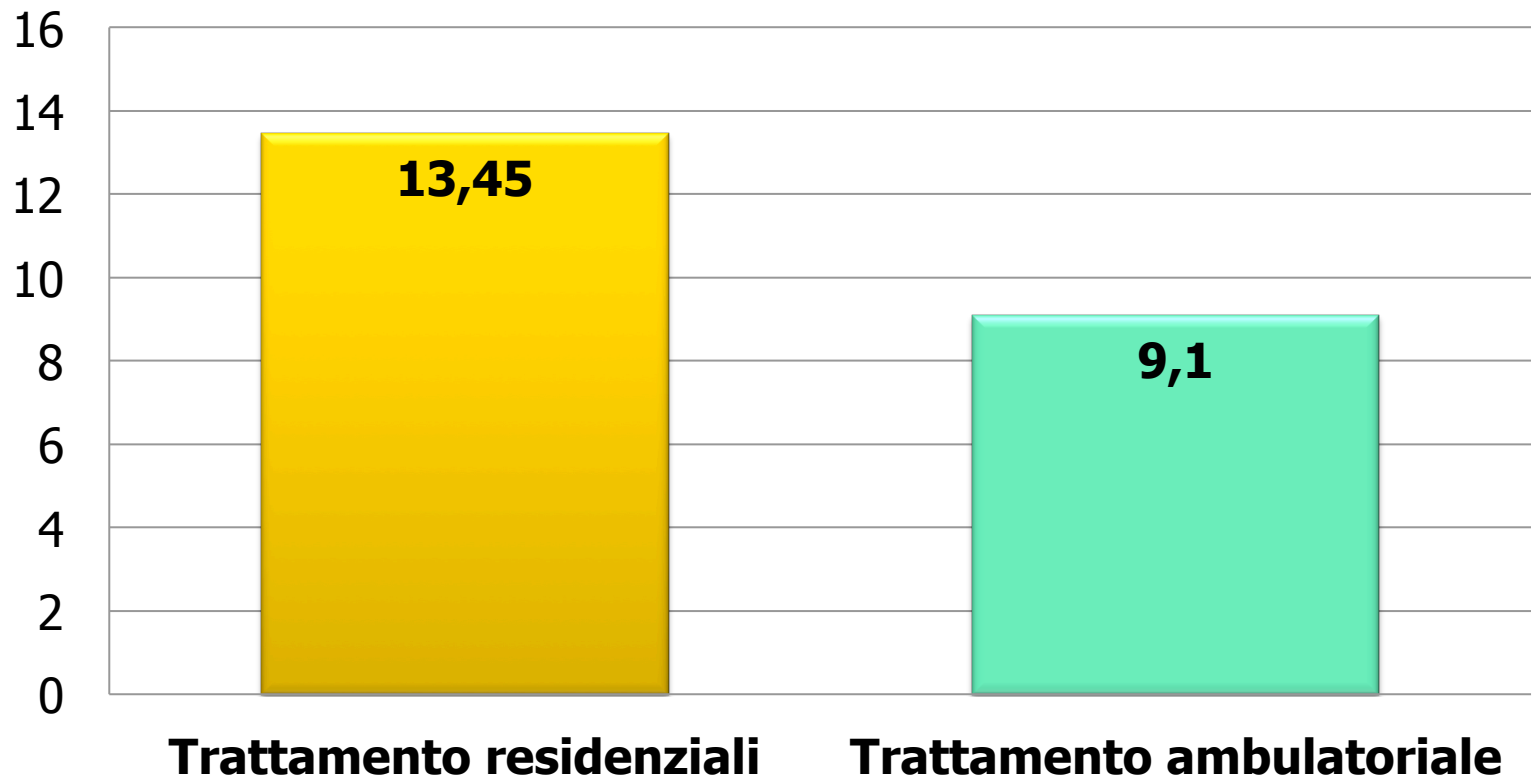
Scolarità GAP Tratt. Amb.



Scolarità GAP Tratt. Res.

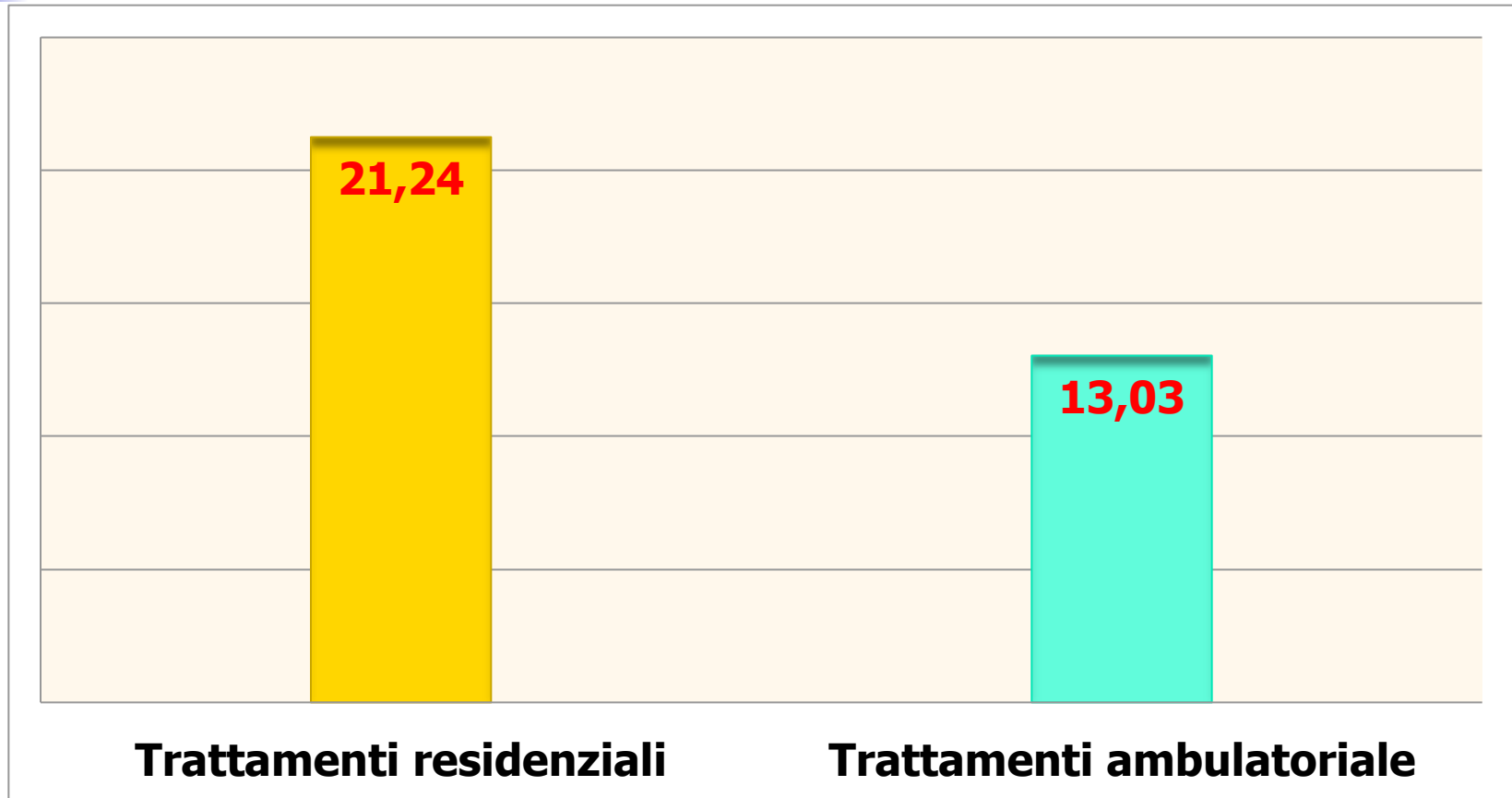


Confronto valori South Oaks Gambling Screen (SOGS) di Lesieur e Blume, (1987)



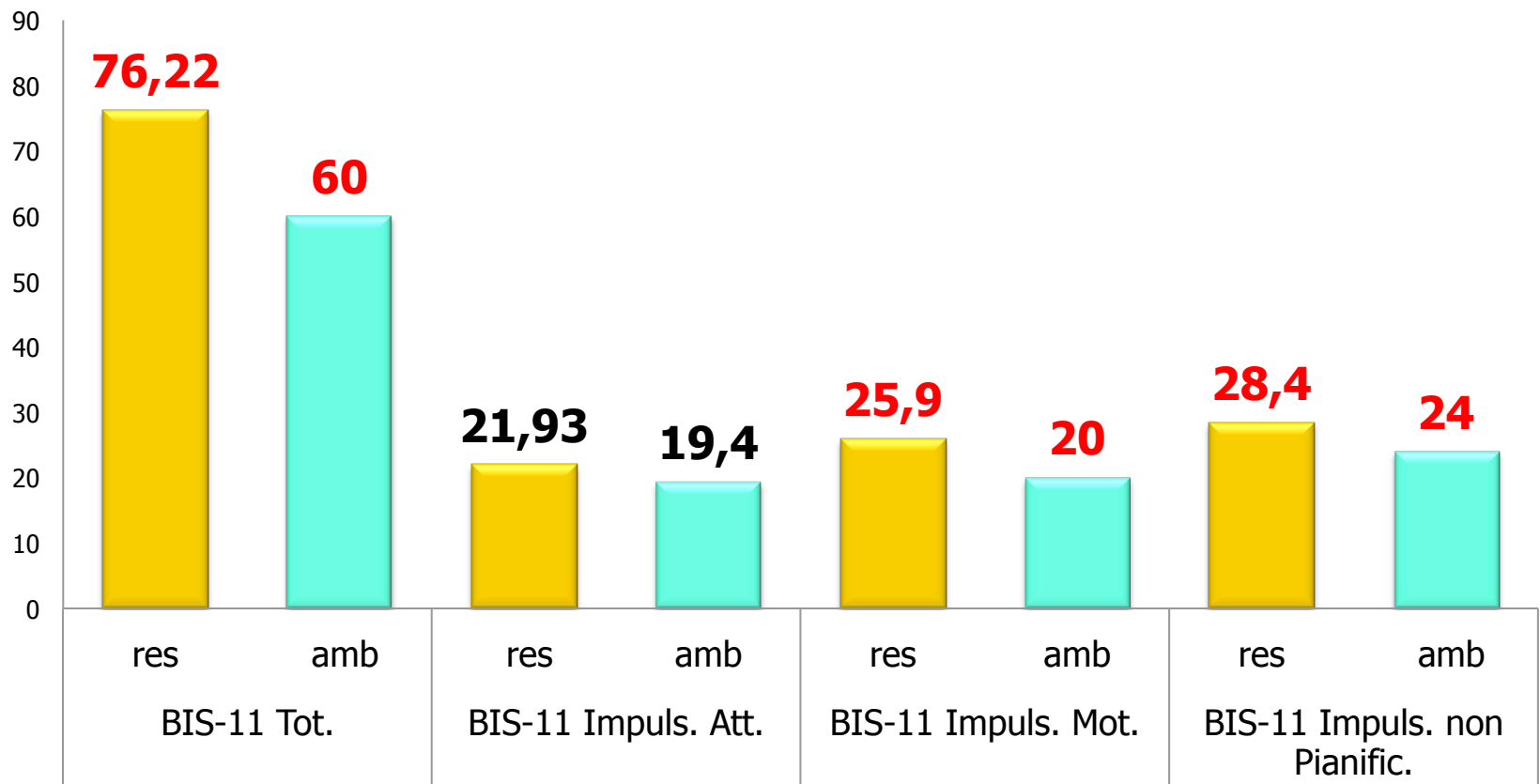
Confronto valori D.E.S.

Dissociative Experience Scale . Carlson e Putnam (1993)



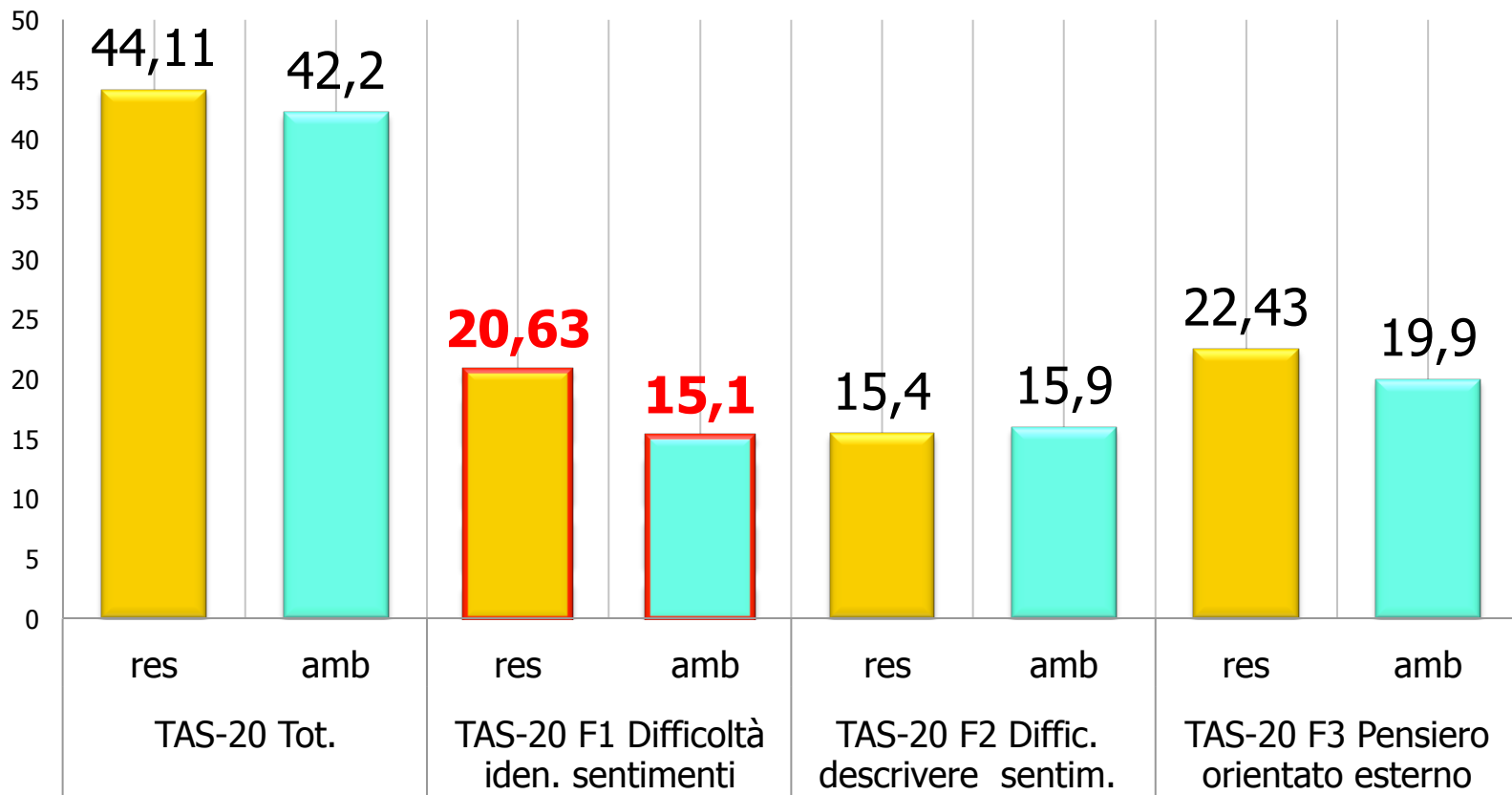
Confronto valori Impulsività

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

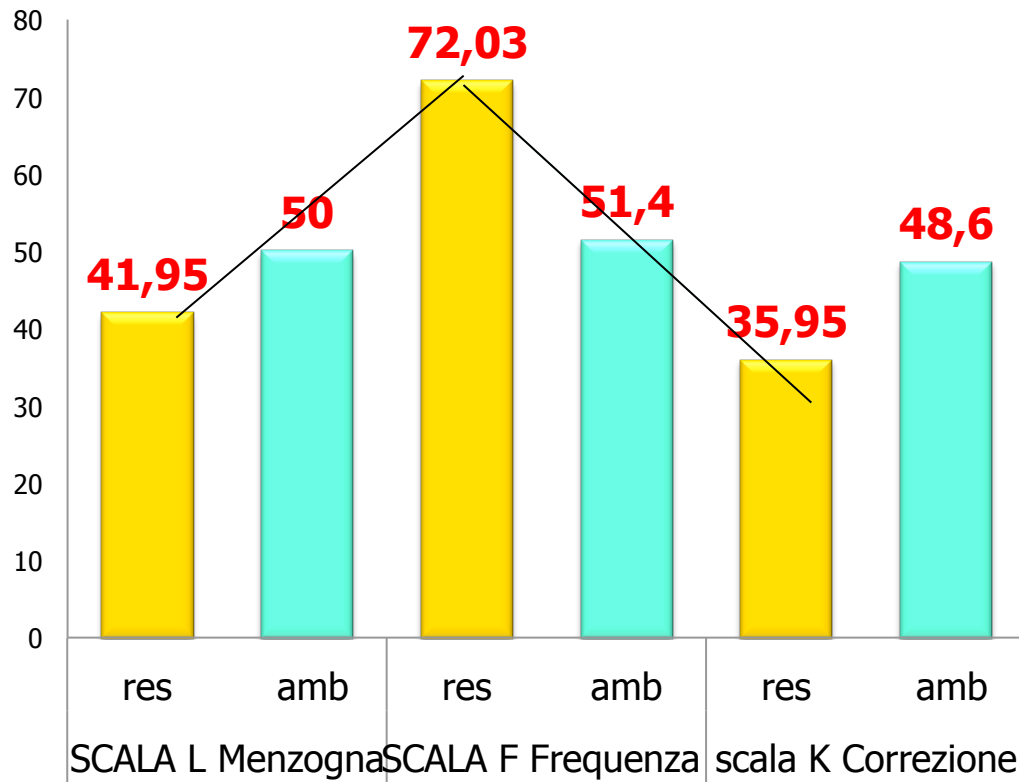


Confronto valori Alessitimia

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

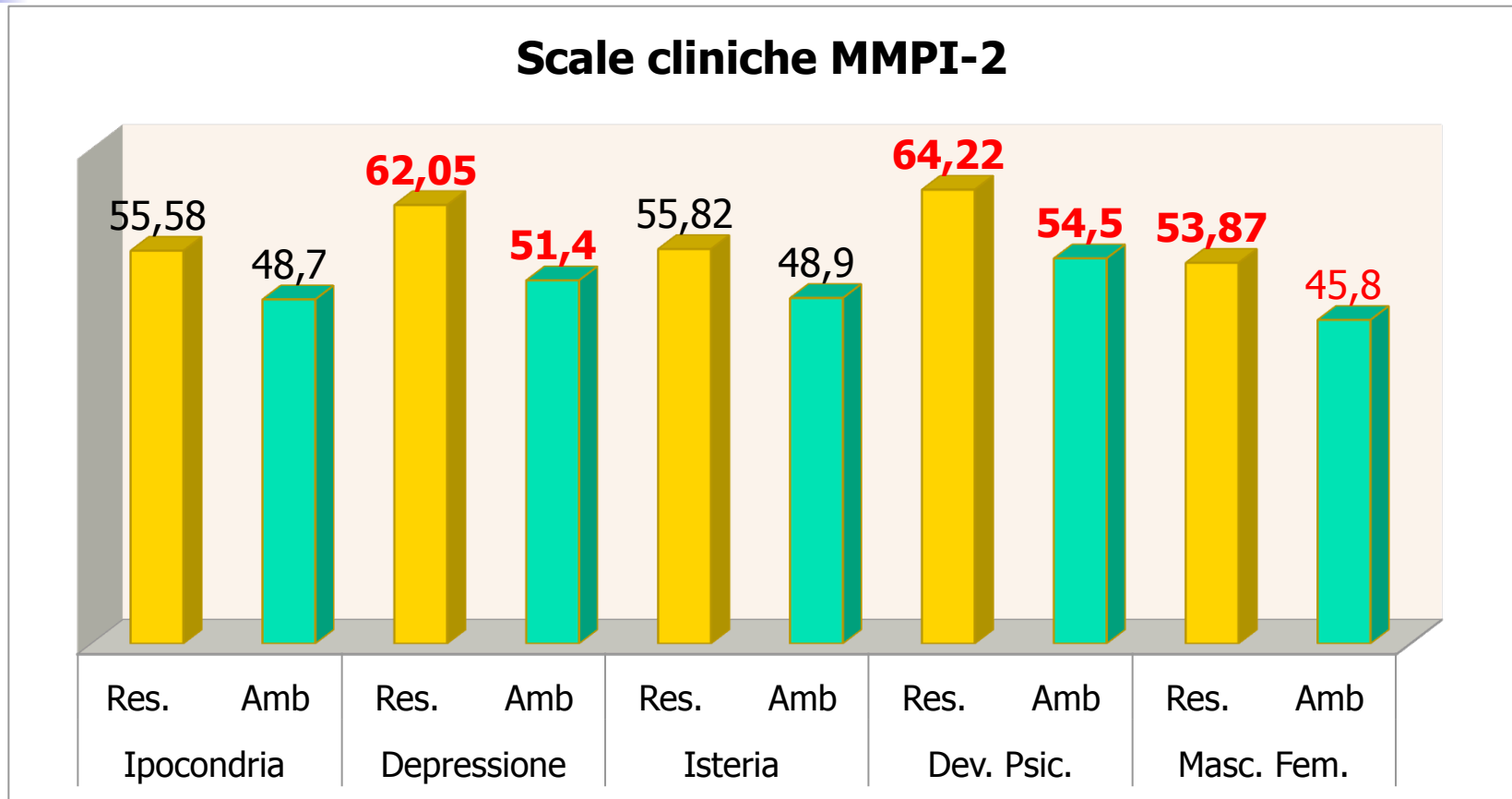


MMPI 2 Scale di Validità

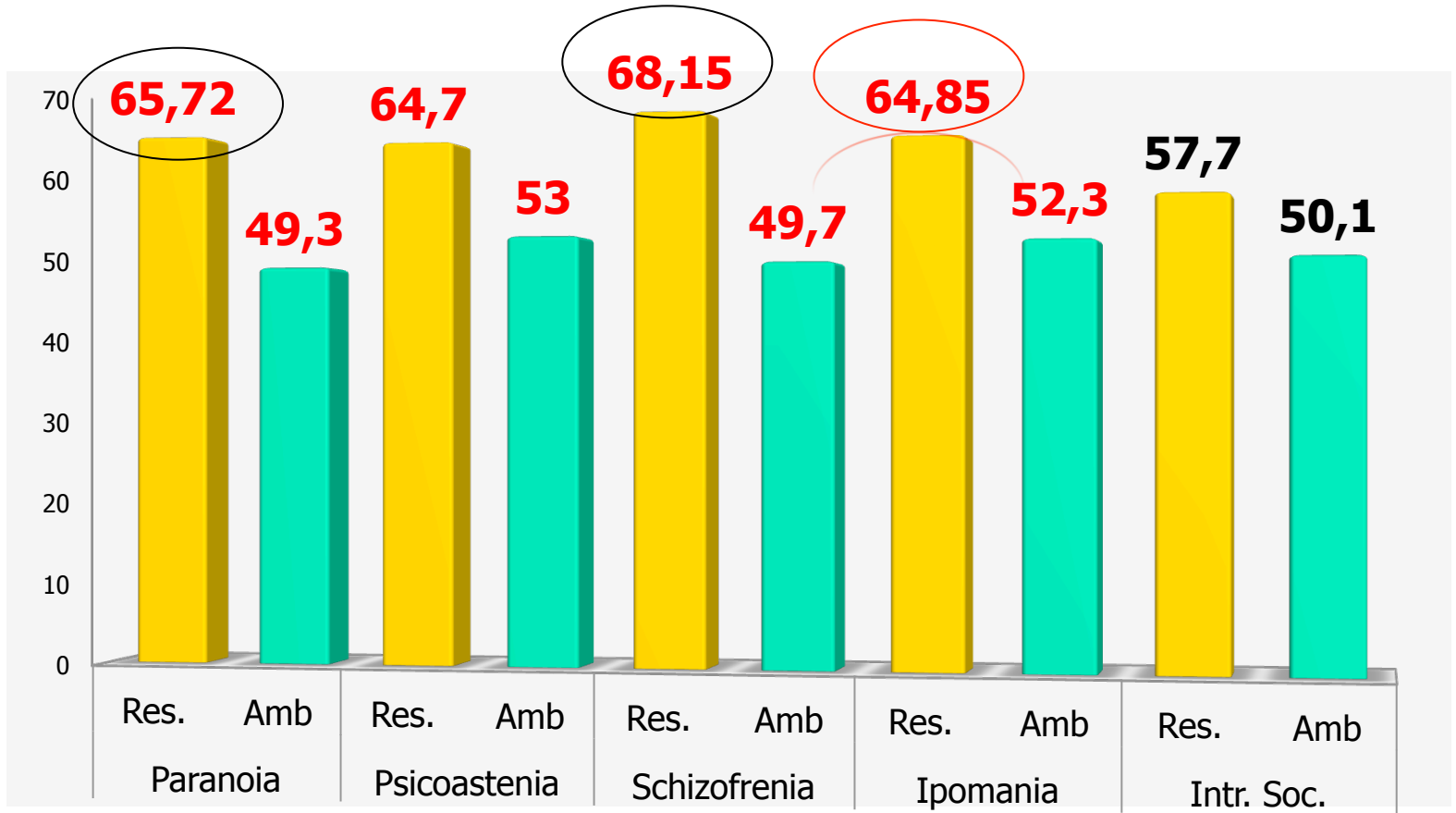


Il gruppo dei giocatori in trattamento residenziale sembra avere una maggiore consapevolezza dei propri problemi rispetto all'altro gruppo. La scale L è più bassa indicando una minor tendenza a mentire e la scala F indica un maggior numero di sintomi dichiarati

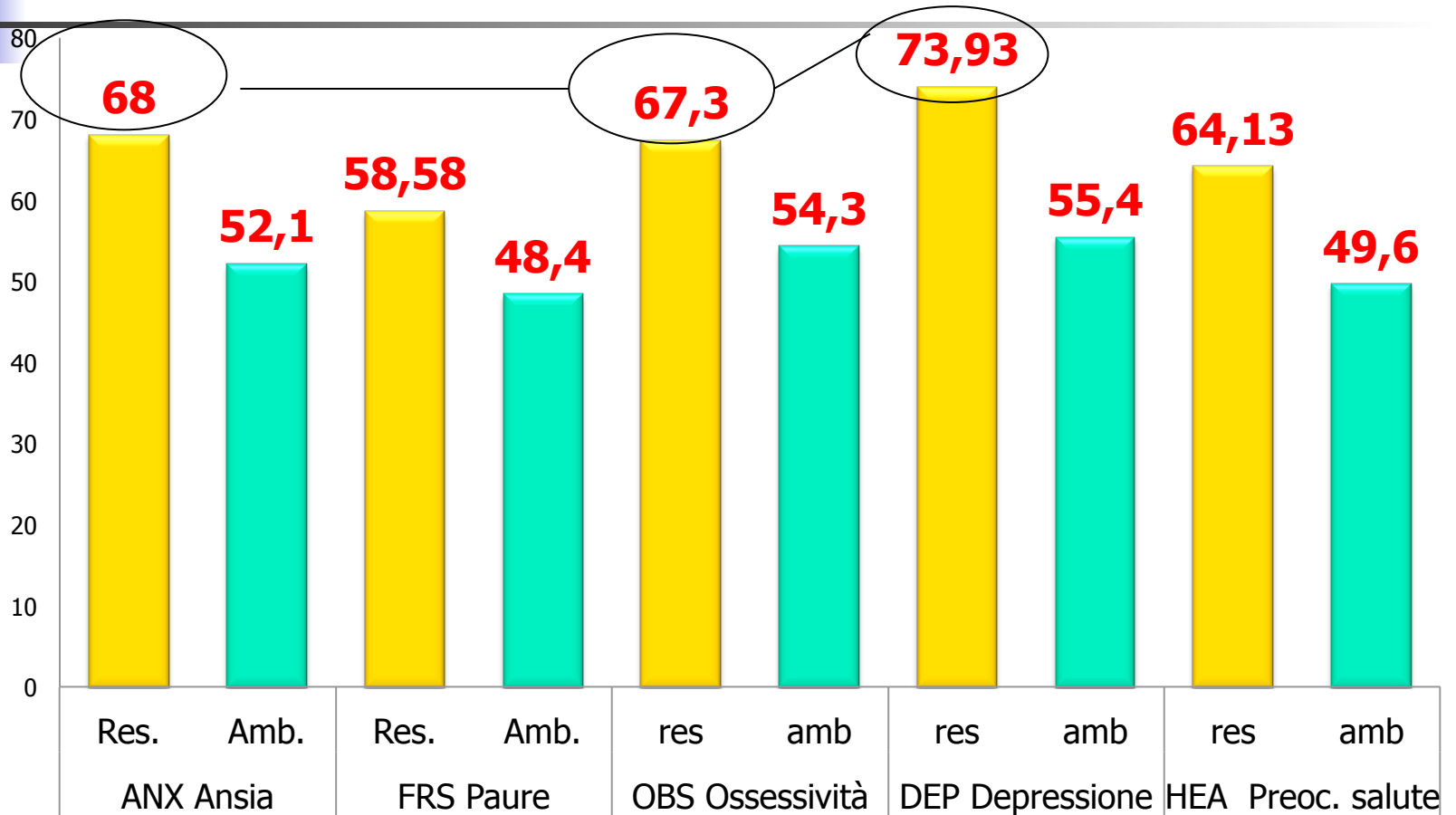
MMPI-2 Confronto Scale Cliniche



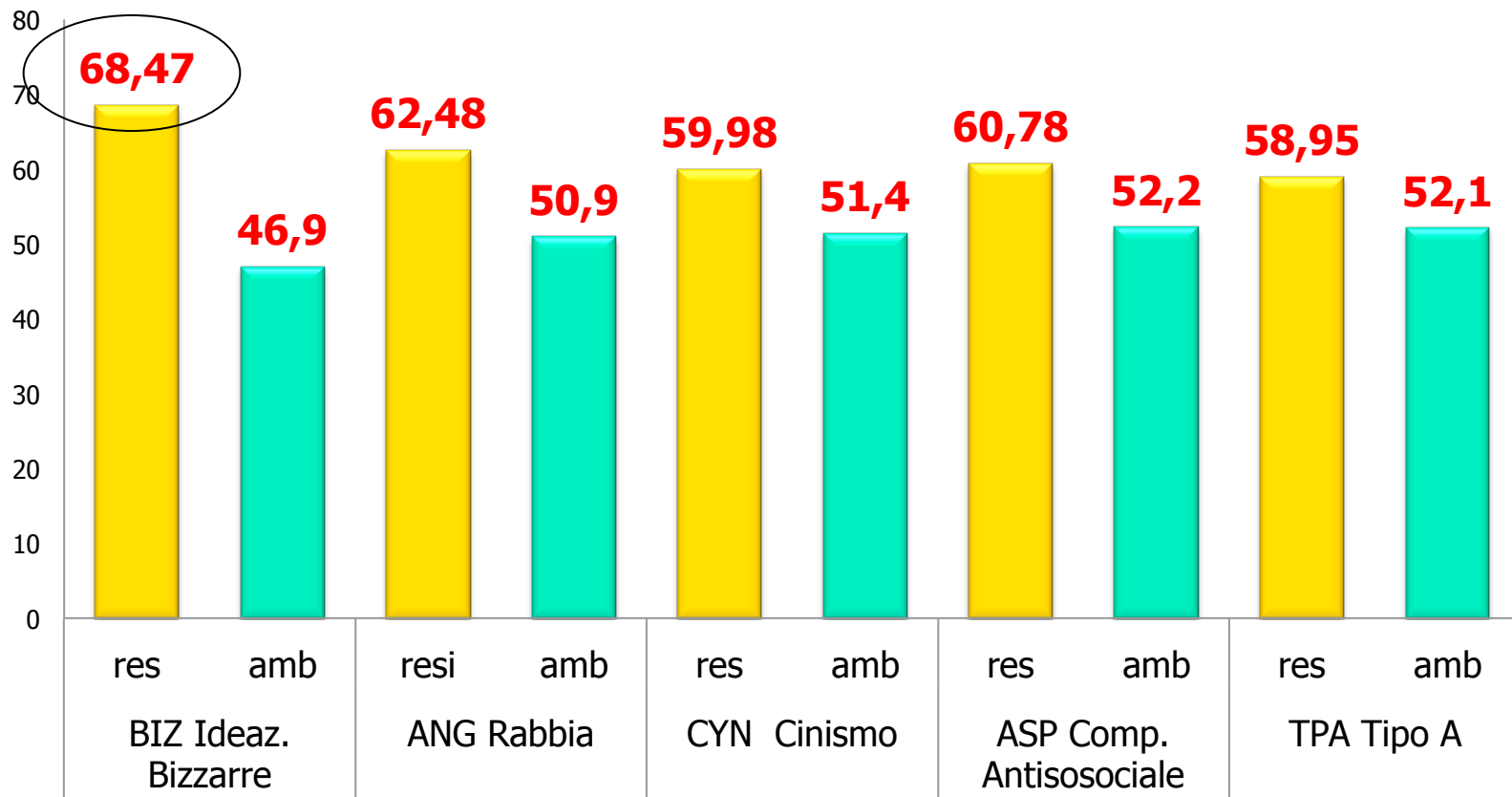
MMPI-2 Scale Cliniche



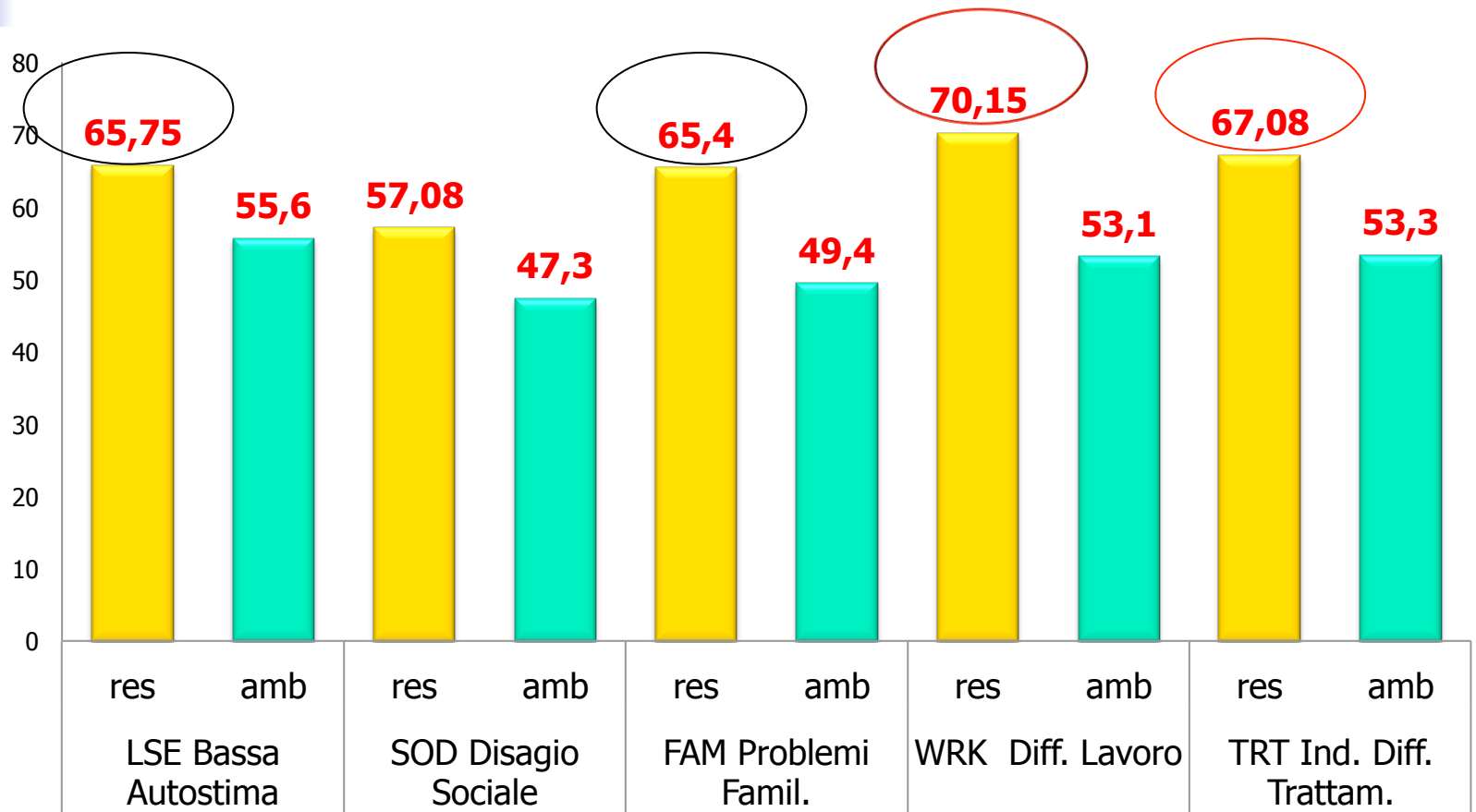
MMPI-2 Scale di Contenuto



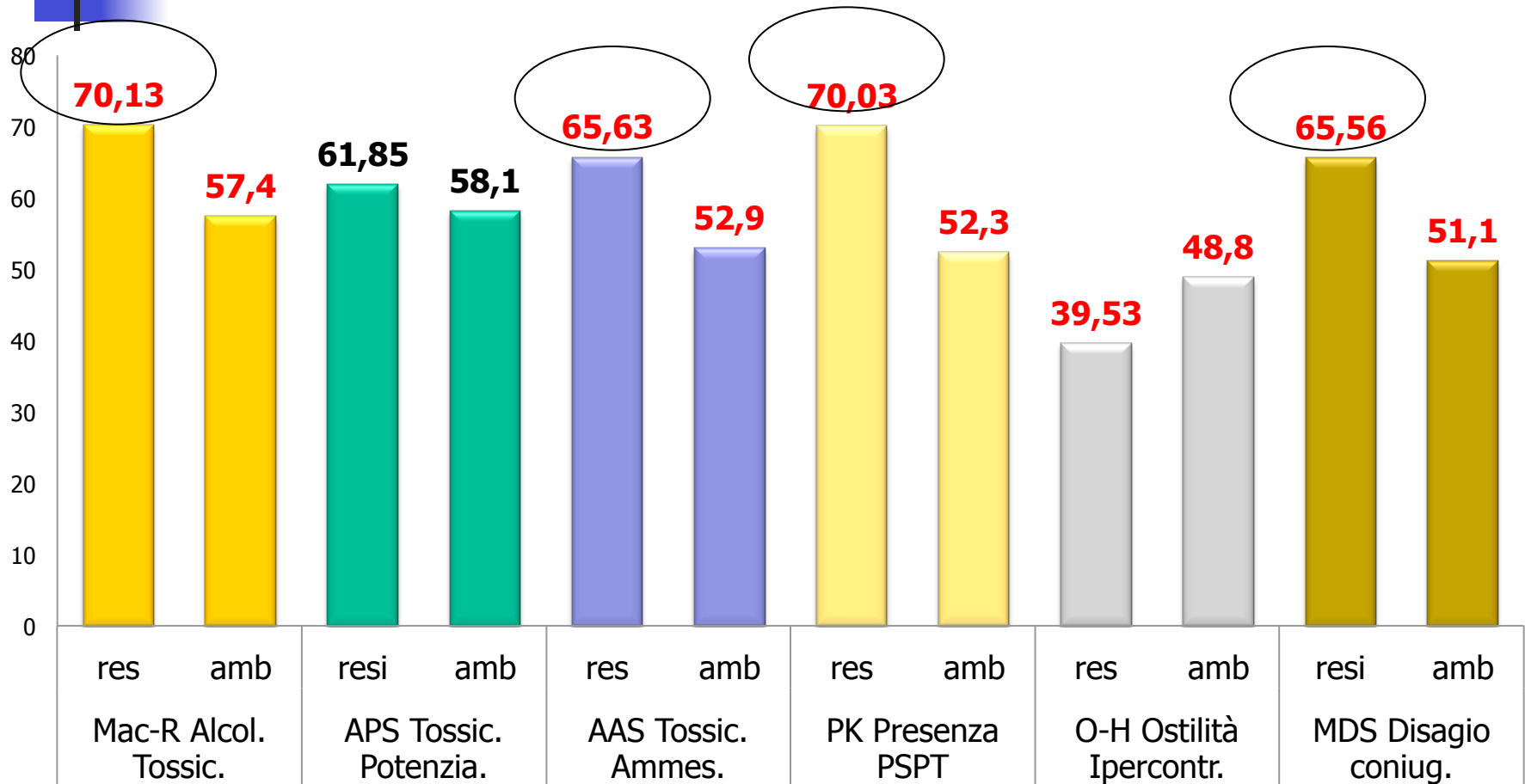
MMPI-2 Scale di Contenuto

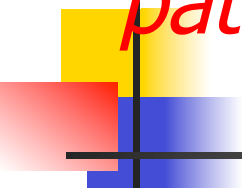


MMPI-2 Scale Supplementari



MMPI-2 Scale Supplementari






Quale trattamento per quale giocatore patologico: quando valutare l'opportunità di un trattamento residenziale?

Questi dati confermano l'ipotesi che i giocatori che accedono al trattamento residenziale presentano

1. Una maggiore compromissione con il gioco d'azzardo
2. Livelli di di Alessitimia e Impulsività al di sopra dei valori normativi e comunque superiore ai giocatori in trattamento ambulatoriale
3. Presentano quadri psicopatologici più marcati rispetto al gruppo in trattamento ambulatoriale.

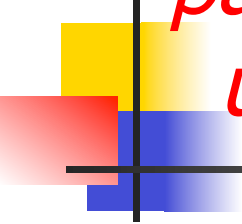
Dunque potremo avanzare un'ulteriore ipotesi da verificare che ad una maggiore compromissione con il gioco d'azzardo sembrerebbe corrispondere una maggiore psicopatologia.



Quale trattamento per quale giocatore patologico: quando valutare l'opportunità di un trattamento residenziale? Dunque ...

L'intervento residenziale può essere proposto a quei giocatori che presentano:

- compromissione al gioco d'azzardo indicato nel DSM-5 come **GRAVE** = presenza di 8 o 9 criteri,
- punteggio del **SOGS** superiore a 14.
- mancanza o scarsa compliance al trattamento ambulatoriale
- quadro assimilabile al **SECONDO** o **TERZO** gruppo di Blaszczynski A., Nower L..



Quale trattamento per quale giocatore patologico: quando valutare l'opportunità di un trattamento residenziale? Dunque 2...

- rete sociale e supporto familiare carenti
- alta disfunzionalità familiare
- scarsa autonomia personale e sociale

Per questi giocatori l'intervento elettivo, almeno in un primo momento, sembra essere la comunità terapeutica, nella quale è possibile trattare la persona nel suo insieme.

Concludendo ...



Questi risultati vanno considerati con cautela dato il basso numero del campione non rappresentativo della popolazione dei giocatori ma solo di coloro che si sono rivolte alle nostre strutture. Sarebbe importante confermare o confutare questi dati attraverso l'analisi di campioni più numerosi.

Altre dimensioni psicopatologiche fondamentali nelle Addiction quali la compulsività e l'ossessività saranno oggetto di studi futuri poichè rappresentano insieme all'impulsività le dimensioni del craving necessari per avere un quadro più chiaro della gravità del giocatore

Addictive Behavior Questionnaire (ABQ)

ABQ ADDICTION

1. ABQ – Sostanze
2. ABQ – Alcol
3. ABQ – Gioco d'azzardo
4. ABQ – Internet

SEVEN DIMENSIONS ADDICTION SCALE (7DAS)

1. Attaccamento problematico
2. Disregolazione affective
3. Dissociazione psicologica e somatoforme
4. Traumi infantili
5. Impulsività
6. Compulsività e ritualizzazioni
7. Ossessività

Caretti Vincenzo
Craparo Giuseppe
Giannini Marco
Gori Alessio
Iraci Sareri Giuseppe
Lucchini Alfio
Rusignuolo Ilaria
Schimmenti Adriano

ADDICTIVE BEHAVIOR QUESTIONNAIRE



La ABQ è uno strumento di autovalutazione per la formulazione della diagnosi di un disturbo addittivo secondo le indicazioni fornite dal DSM-5. Lo strumento permette di poter elaborare una diagnosi sia categoriale sia dimensionale.



STRUTTURA

1. SCHEDA ANAGRAFICA (Età, sesso, titolo di studio, pregresse diagnosi di addiction)
2. Scheda di rilevazione, tipologia e frequenza di addiction
3. Severity index (sostanza, 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



7DAS

La *Seven Domains Addiction Scale* esplora sette diverse aree psicologiche (cfr. fig. 3.1) individuate in letteratura (Caretti, Craparo e Schimmenti, 2010; Craparo, Ardino, Gori e Caretti, 2014; Schimmenti et al., 2014)



Le sette dimensioni

Area 1: Ansia da separazione, per la 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, per la valutazione dell'incapacità del soggetto a saper individuare, differenziare e comunicare le proprie emozioni.

Area 3: Dissociazione somatoforme e psicologica, per la 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, per la valutazione della presenza di memorie traumatiche relative a esperienze di trascuratezza e di disconoscimento emotivo vissute in età precoce.

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



Le sette dimensioni

Area 6: Comportamenti compulsivi e ritualizzazione

per la 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

per la valutazione la presenza di 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.



Scoring

- $>60^{\circ}$ percentile = lieve
- $>75^{\circ}$ percentile = moderato
- $>85^{\circ}$ percentile = grave



Ragionamento clinico

Punti di forza:

1. Diagnosi descrittiva
2. Valutare il livello di gravità di ogni singola addiction
3. Valutare le caratteristiche del craving (ossessività, impulsività e compulsività)
4. Lettura psicodinamica in rapporto alle sette dimensioni
5. Valutazione in follow up