

7.9

DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO: NUOVI INGRESSI PRESSO L'UNITÀ OPERATIVA ALCOLOGIA E NUOVE DIPENDENZE - SEDI DI VIMERCATE E SEREGNO NEL PRIMO SEMESTRE 2023

Bramani Araldi M.*^[1], Monti I.^[1], Pecoraro M.^[1], Almasio R.^[1]

^[1]UO Alcologia e Nuove Dipendenze di Vimercate e Seregno, SC Dipendenze, Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, ASST Brianza ~ Vimercate (MB) ~ Italy

Sottotitolo: Caratteristiche e possibilità di trattamento dei nuovi ingressi con diagnosi di DGA/Gioco Azzardo Patologico nel primo semestre del 2023

Testo Abstract

Riassunto

Una indagine condotta dall'Istituto Superiore Sanità nel 2018 ha rivelato che in Italia oltre un terzo della popolazione, corrispondente al 36,4% (circa 18.450.000 individui), ha ammesso di aver praticato il gioco d'azzardo almeno una volta nei dodici mesi precedenti. Tra questi, l'8,3% (circa 1.500.000 persone) è stato identificato come giocatore problematico. Un dato ancora più preoccupante riguarda i minori; il 10,4% degli studenti italiani giocatori tra i 14 e i 17 anni è un giocatore problematico.

Nel 2020 il Ministero della Salute ha rilevato una prevalenza tra la popolazione adulta del Disturbo da Gioco d'Azzardo che varia dall'1 al 3%.

Nelle UO di Alcologia e Nuove Dipendenze di Vimercate e Seregno di ASST Brianza nel primo semestre del 2023 i nuovi ingressi con diagnosi di DGA sono stati 41. Di seguito vengono riportati i dati raccolti, insieme ad alcune riflessioni in merito.

Introduzione

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo è un comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, classificato nel 2013 dal

Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) come dipendenza comportamentale. Le persone affette da tale patologia giocano d'azzardo frequentemente e ripetutamente, spinti da una necessità impellente di giocare, difficile da controllare, e hanno un'importante attrazione e concentrazione su idee e immagini relative al giocare e alle circostanze che si associano all'atto stesso. Questo comportamento arriva a dominare la vita del giocatore e porta ad un deterioramento nella sfera sociale, lavorativa e/o familiare. Secondo il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower (2002) è possibile distinguere tre tipi di giocatori, il primo essenzialmente normale sul piano della struttura di personalità, il secondo con una vulnerabilità psicopatologica soprattutto di tipo affettivo ed esordio tardivo, il terzo con impulsività temperamentale e ad esordio precoce.

Fenomeni di condizionamento operante compaiono a partire da rinforzi positivi (eccitamento, piacere) e negativi (evitamento di stati d'animo disturbanti come rabbia, depressione, ansia). Inoltre, stimoli soggettivi e ambientali vengono associati al gioco attraverso meccanismi di condizionamento classico. Giochi come slot-machine, lotterie istantanee e altri giochi recentemente introdotti nel mercato erogano il monte premi secondo schemi di rinforzo a frequenza intermittente che già Skinner aveva individuato come i più efficaci nel condizionare il comportamento e nel mantenerlo a lungo anche in assenza di successivi rinforzi (Petry, 2005). Distorsioni cognitive vengono indotte dal gioco d'azzardo: illusione di controllo della fortuna, controllo predittivo dell'esito, distorsioni interpretative, le aspettative dal gioco e la percezione di essere incapaci a smettere (Raylu & Oei, 2004; Toneatto, 1999). I pensieri disfunzionali giocano un ruolo significativo nel generare le spinte a tornare a giocare (Beck et al., 1993).

Il gioco continuativo porta come conseguenza il progressivo accumularsi di perdite economiche cui il soggetto tenta di far fronte con la rincorsa delle perdite, tornando a giocare per rifarsi e acueno così la propria situazione.

Il modello patogenetico considera i meccanismi descritti come fattori necessari e sufficienti alla evoluzione patologica del comportamento di gioco d'azzardo anche in soggetti che presentano una personalità sufficientemente strutturata, relazioni sociali adeguate e non manifestano complicazioni psicopatologiche e temperamentali di rilievo. I giocatori di questo tipo vengono definiti come giocatori condizionati nel comportamento. Sono i più trattabili e con una prognosi migliore. La compliance è buona e spesso si avvantaggiano di prese in carico brevi e trattamenti

non invasivi (Blaszczynski e Nower, 2002). Si tratta di soggetti di entrambi i sessi, di età adulta, i quali possono manifestare disturbi d'ansia, depressione o abuso d'alcool secondari ai problemi azzardo-correlati.

La seconda tipologia di giocatori, ovvero i giocatori emotivamente vulnerabili, trovano nel gioco un potente rinforzo, solitamente negativo per la presenza di una storia infantile di abusi, traumi emotivi, disturbi d'ansia o depressivi primari, psicosi, oppure deficit significativi nelle life skills e nelle abilità di coping, personalità di tipo depressivo, schizoide o evitante. Questi soggetti possono anche manifestare una condizione di abuso primario di alcool o altre sostanze. La condizione psicopatologica condiziona l'evoluzione del disturbo da gioco d'azzardo, la compliance dei soggetti, la prognosi e la risposta ai trattamenti. In questi casi la presa in carico sarà generalmente di durata medio-lunga.

La terza tipologia si caratterizza per la presenza di una personalità antisociale o di un tratto impulsivo accentuato, come nel caso di una storia di ADHD infantile con persistenza di sintomi in età adulta. I giocatori impulsivi antisociali sono quindi soggetti portatori di una vulnerabilità psicobiologia e talora genetica, con disfunzionalità e difficoltà di adattamento in varie aree vitali. Sono frequenti le condizioni di abuso o dipendenza da sostanze, la storia di condotte impulsive o antisociali indipendenti dall'abitudine all'azzardo. Questi soggetti sono spesso single o divorziati, hanno problemi di scarso adattamento sociale e di elevata reattività a frustrazioni e critiche e presentano una storia di problemi scolastici e/o lavorativi. L'inizio del gioco d'azzardo avviene in età adolescenziale e la prevalenza del sesso maschile è netta. La compliance e la prognosi sono scarse. Frequentemente i soggetti con dropout precoci appartengono a questa tipologia di giocatori.

Il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower consente di ipotizzare un inquadramento sin dalle prime fasi della presa in carico presso il servizio e di guidare l'operatore verso il più adeguato approccio terapeutico.

Metodi

Presso l'UO Alcologia e Nuove Dipendenze di Seregno e Vimercate sono state effettuate le azioni previste secondo la vigente procedura per la presa in carico di pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) (PO - 2301).

Tale procedura prevede una valutazione multidisciplinare comprensiva di visita medica, colloqui con psicologo e assistente sociale, somministrazione di questionari (South Oaks Gambling Screen, Canadian Problem Gambling Index). In particolare si effettua una valuta-

zione della gravità dei sintomi, delle criticità/risorse presenti, della motivazione al trattamento e si valuta la presenza di eventuali comorbilità.

Dopo questa prima fase di analisi dei bisogni dell'utente e della sua famiglia si redige un programma terapeutico personalizzato che può comprendere visite mediche, colloqui psicologici di sostegno e/o psicoterapia e colloqui di psicoeducazione individuali o con i familiari. L'offerta può prevedere inoltre la partecipazione a gruppi terapeutici condotti da una psicologa. Solitamente si tende a coinvolgere nel programma i familiari, attraverso colloqui di psicoeducazione per gli aspetti di controllo del denaro e per una esplorazione delle dinamiche familiari che hanno accompagnato l'esordio e la strutturazione del disturbo.

Il servizio si avvale del supporto di UdO esterne come la Fondazione San Bernardino Onlus o i gruppi di auto-mutuo-aiuto (Giocatori Anonimi e Gam-Anon).

Quando il gioco d'azzardo assume una forma patologica grave a livello bio-psicosociale tale da non poter essere sostenuto in un contesto ambulatoriale viene proposto un percorso di tipo residenziale.

Risultati

Alle UO di Alcologia e Nuove Dipendenze di Vimercate e Seregno che appartengono all'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Brianza afferiscono gli ambiti di Carate Brianza, Seregno e Vimercate che comprendono una popolazione totale di 507.758 abitanti.

Considerata la presenza sul territorio di altri servizi di cura e riabilitazione delle dipendenze, come i Servizi Multidisciplinari Integrati, dal 01/01/2023 al 30/06/2023 si sono registrati presso le UO dell'ASST Brianza 41 nuovi ingressi con diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Il 76% degli utenti si è presentato al servizio volontariamente, il 12% su consiglio dei familiari, mentre il restante 12% è stato inviato dal CPS di riferimento. Dei 41 ingressi solo una persona è di sesso femminile e l'età varia dai 21 ai 78 anni.

Per quanto riguarda il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower tale campione è così suddiviso:

- prima tipologia di giocatore n. 23 utenti (56,1%);
- seconda tipologia di giocatore n. 16 utenti (39%);
- terza tipologia di giocatore n. 2 utenti (4,9%).

Discussione

In genere, in base alla esperienza clinica, il trattamento maggiormente efficace è quello integrato, ossia più interventi combinati quali terapia farmacologica, psicoterapia individuale e/o di gruppo, intervento sui familiari, partecipazione a gruppi di auto-mutuo aiuto. Per quanto riguarda la psicoterapia, si evidenzia che i

modelli più utilizzati, sia individualmente che in gruppo, sono di tipo cognitivo-comportamentale o psicodinamico.

Un elemento utile per la pianificazione del programma terapeutico è l'inquadramento del paziente secondo le tipologie proposte da Blaszczynski e Nower.

I giocatori condizionati nel comportamento necessitano prevalentemente di interventi di rinforzo motivazionale, modificazione delle distorsioni cognitive e limitazioni comportamentali all'accesso al denaro realizzabili tramite psicoeducazione individuale e/o con familiare. I trattamenti hanno solitamente una durata breve.

Il programma per gli utenti appartenenti alla seconda tipologia di giocatore comprende, oltre agli interventi sopra descritti, anche un percorso di psicoterapia e un trattamento farmacologico per la gestione della comorbilità psichiatrica e del GAP. Possono inoltre essere utili terapie familiari, programmi di prevenzione delle ricadute o di rinforzo delle life skills, partecipazione a gruppi di autoaiuto.

Per un trattamento efficace dei giocatori di terzo tipo risulta fondamentale impostare una limitazione comportamentale all'accesso al denaro e una terapia farmacologica. Tali utenti possono inoltre beneficiare di psicoeducazione individuale o familiare, gruppi di autoaiuto e programmi di supporto e di reinserimento sociale e lavorativo.

Conclusioni

I nuovi ingressi con diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo nelle Unità Operative di Vimercate e Seregno nei primi 6 mesi del 2023 sono stati in media 1,58 a settimana, ovvero 41 persone in 26 settimane. Si sottolinea l'importanza del dato considerato che le richieste di trattamento tra i giocatori patologici sono bassi, inferiori al 10%.

Il 95,1% dei nuovi ingressi è rappresentato dalle prime due tipologie di giocatore teorizzate da Blaszczynski e Nower. I programmi terapeutici proposti prevedono quindi un ruolo centrale per la figura dello psicologo che svolge interventi di psicoeducazione individuale o con familiare, psicoterapia e interventi di gruppo. In alcuni casi si rivela necessario l'intervento del medico per l'impostazione di una terapia farmacologica per la gestione dei sintomi correlati al disturbo. Qualora risulti necessario un accompagnamento ad un reinserimento sociale o lavorativo viene coinvolta la figura dell'assistente sociale.

Il carattere multidisciplinare dell'equipe presente presso l'UO di Alcologia e Nuove Dipendenze consente quindi di offrire agli utenti diverse tipologie di trattamento utili per un percorso di cura efficace.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association (2014). *DSM-5, Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali*.
2. Bellio, G. (2016). *I mille volti del giocatore d'azzardo impulsivo. Dal Fare al Dire*, 3, 5-14.
3. Blaszczynski, A. (2000). *Pathways to Pathological Gambling: Identifying Typologies. Journal of Gambling Issues*, 1.
4. Blaszczynski, A., Nower, L. (2002). *A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. Addiction*, 97:487-499.
5. Delfabbro, P.H. (2014). *Behavioral Risk Factors in Disordered Gambling and Treatment Implications. In D.C. S. Richard, A. Blaszczynski & L. Nower (Eds), The Wiley-Blackwell handbook of disordered gambling, John Wiley & Sons, Chichester, UK.*
6. Dow Schüll, N. (2014), *Architetture dell'azzardo. Ed. Ital. Luca Sossella Editore, 2015, Bologna.*
7. Leonard, C.A., & Williams, R.J. (2016). *The relationship between gambling fallacies and problem gambling. Psychology of Addictive Behaviors*, 30, 694-704.
8. MacCallum, F., Blaszczynski, A., Ladouceur, R. & Nower, L. (2007). *Functional and dysfunctional impulsivity in pathological gambling. Personality and Individual Differences*, 43, 1829-1838.