

<p><b>Elementi di approccio clinico</b></p>
---

**INDICE**

- 1. Strumenti ed approcci per la valutazione diagnostica (assessment)**
  - 1.2. La classificazione di Blaszczynski - Nower**
  - 1.3. Test psicodiagnostici**
  - 1.4. Le distorsioni cognitive**
- 2. Gli interventi motivazionali**
  - 2.1. Modalità di utilizzo del test MAC/G**
- 3. Gli approcci psicoterapeutici nel trattamento multimodale**
  - 3.1. Il modello della TCC – Terapia Cognitivo Comportamentale**
  - 3.2. La terapia familiare sistemico-relazionale**
  - 3.3. Il Gruppo multicopiale**
- 4. Le terapie farmacologiche**
- 5. I “Progetti di accompagnamento territoriale”**

## 1. Strumenti ed approcci per la valutazione diagnostica (assessment)

### 1.1. I criteri stabiliti dal DSM 5 - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali

Nell'ambito dell'assessment viene valutata la sussistenza di un disturbo da gioco d'azzardo con riferimento ai criteri del DSM 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali) di seguito riportati:

- A. Disturbo problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato dall'individuo che presenta quattro (o più) delle seguenti condizioni entro un periodo di 12 mesi:
- Ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata;
  - 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;
  - È 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);
  - 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);
  - Mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
  - Ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo;
  - Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevere situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo.
- B. Il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale (DSM-5, pp. 681-682).

Il DSM-5 introduce un approccio dimensionale e suddivide il Disturbo da Gioco d'Azzardo in tre livelli di gravità:

- o Lieve = presenza di 4 o 5 criteri
- o Moderato = presenza di 6 o 7 criteri
- o Grave = presenza di 8 o 9 criteri

### 1.2. La classificazione di Blaszczynski - Nower

Nella fase dell'assessment la valutazione del comportamento di gioco d'azzardo fa inoltre riferimento al modello di Blaszczynski, Nower (2002), oramai condivisa dalla comunità scientifica, che distingue tre sottogruppi di giocatori:

1. Un primo sottogruppo riunisce i giocatori che non riportano precedenti malesseri psichici, ma perdono il controllo rispetto al gioco in risposta a effetti del condizionamento e a schemi cognitivi distorti riguardo alle probabilità di vincere al gioco. Generalmente non è concomitante l'abuso di sostanze ed inoltre l'ansia e la depressione possono essere interpretabili come risultato, e non causa, del gioco. Presentano un'alta compliance al trattamento; spesso il compito del terapeuta consiste nel sostenere e rafforzare cambiamenti già in atto al momento del primo colloquio.

2. Un secondo sottogruppo di giocatori d'azzardo è caratterizzato da vulnerabilità psichica, disturbi affettivi primari, sofferenza e traumi emotivi nel corso dello sviluppo, possibile storia di abusi, scarso sviluppo delle abilità sociali, di coping e di problem-solving. Il gioco è utilizzato come uno strumento per dissociarsi o regolare stati emotivi. L'approccio terapeutico viene favorito da un assetto affettivo che tende a rinforzare le relazioni di aiuto e l'alleanza terapeutica; la psicoterapia trova la sua maggiore indicazione in queste situazioni, come pure la terapia farmacologica di eventuali co-morbilità.
3. Un terzo sottogruppo è caratterizzato da vulnerabilità biologica verso l'impulsività, deficit attentivi, tratti antisociali, frequente comorbilità con disturbo da deficit di attenzione e di iperattività, disturbo da uso di sostanze ed altri disturbi psichiatrici. Il ricorso al gioco risponderebbe al bisogno di raggiungere uno stato di fuga attraverso l'effetto della dissociazione, un'alterazione dell'umore ed un restringimento dell'attenzione. Questo gruppo evidenzia inoltre una marcata propensione a trovare attività gratificanti ed una incapacità a tollerare la frustrazione. In questa condizione i trattamenti farmacologici di disturbi psichiatrici o da addiction concomitanti e gli interventi comportamentali trovano una importante indicazione, mentre quelli psicoterapici ad indirizzo cognitivo e quelli supportivi risultano spesso impraticabili. Gli interventi familiari possono trovare indicazione, ma non sempre è disponibile un ambiente familiare collaborante. La psicoeducazione e il trattamento delle distorsioni cognitive risultano poco efficaci.

### 1.3. Test psicodiagnostici

Ai fini della valutazione del comportamento di gioco d'azzardo, viene indicato un set minimo di test, con l'obiettivo di uniformare le prassi diagnostiche in ambito regionale e porre le basi per la successiva valutazione, per indicatori omogenei, dei risultati conseguiti sul piano clinico dal sistema regionale; come riportato all'allegato A, il set minimo di test comprende:

- SOGS (*South Oaks Gambling Screen* per adulti - Lesieur, Blum, 1987; trad. Guerreschi, Gander, 2000). È il questionario più conosciuto e diffuso nel mondo per lo screening dei disturbi da gioco d'azzardo ed è derivato dal DSM-III (1987). Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, permette di evidenziare velocemente la probabile presenza di problemi di gioco d'azzardo, consentendo di conoscere nei dettagli le abitudini degli intervistati. Fornisce informazioni sul tipo di gioco preferito, sulla frequenza, sui mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare e su altre dimensioni tipiche del giocatore d'azzardo. Il SOGS fornisce anche indizi sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, specificando se i familiari hanno già criticato le sue abitudini di gioco o se la gestione delle sue finanze personali o del bilancio familiare suscita conflitti. Viene rilevato anche se i familiari del giocatore hanno o hanno avuto a loro volta un problema di gioco.
- MAC-G (Spiller, Guelfi, 1998), un test che valuta la motivazione al cambiamento, identificandone i diversi stadi, in maniera specifica per il disturbo da gioco d'azzardo.
- GRCS (*Gambling Related Cognition Scale* – Raylu N. & Oey T.P.S., 2004 - University of Queensland, Australia). Il test valuta le distorsioni cognitive ed è quindi utilizzato ai fini dell'eventuale adozione della terapia cognitivo-comportamentale.

Sono disponibili inoltre i seguenti ulteriori strumenti riconosciuti in ambito internazionale:

- SOGS-RA (*South Oaks Gambling Screen* per adolescenti - Winters et al., 1993; trad. it.: Del Miglio et al., 2005);

- Lie-Bet *Questionnaire* (Johnson et al., 1997 – trad. it.: Capitanucci, Carlevaro, 2004);
- Intervista diagnostica sul GAP di Ladouceur (Ladouceur et al., 2000);
- Questionari di auto-osservazione e analisi funzionale di Ladouceur (Ladouceur et al., 2003);
- CPGI (Canadian Problem Gambling Index - Ferris & Wynne, 2001; adattato e validato a livello nazionale: Colasante et al., 2013);
- GABS (*Gambling Attitudes and Beliefs Survey* - Breen & Zuckerman, 1999; trad. it.: Capitanucci, Carlevaro, 2004);
- ABQ (Addictive Behavior Questionnaire - Caretti et al., 2016);
- G.S.I. (Gambling Severity Index) o ASI applicato al gambling, adattato da Daniela Capitanucci.

Analogamente, viene indicato un set minimo di test per la valutazione psicodiagnostica generale e dei tratti di personalità che, come riportato all'allegato A, comprende:

- MMPI 2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory - Hathaway, McKinley, 1989; adattamento italiano: Pancheri, Sirigatti, 1995). E' un test ad ampio spettro, molto diffuso nel mondo, che valuta le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo. L'interpretazione di questo test permette di identificare alcune caratteristiche di personalità che potrebbero influire sul trattamento del giocatore. E' un questionario composto da 567 domande con risposta dicotomica vero/falso. Le scale di validità permettono la valutazione dell'accettabilità del risultato ai fini della sua interpretazione, considerando l'atteggiamento globale del soggetto verso il test ed in rapporto alle altre informazioni disponibili sul soggetto.

E' inoltre opportuna l'utilizzazione del seguente test, a supporto delle scelte terapeutiche:

- BIS-11 (Barrat Impulsiveness Rating Scale - Patton et al., 1995; adattamento italiano: Fossati et al., 2001). La scala BIS è stata messa a punto per la valutazione dell'impulsività, intesa come "agire senza pensare", come mancanza di controllo sui pensieri e sui comportamenti. misura l'impulsività e le sue componenti: l'assenza di pianificazione delle azioni, l'impulsività cognitiva e quella motoria. La valutazione di questo aspetto è importante nella individuazione del trattamento più appropriato; In alcuni studi viene segnalata una maggiore responsività ai trattamenti farmacologici delle condizioni con alta impulsività.

Sono disponibili i seguenti ulteriori strumenti riconosciuti a livello internazionale:

- MCLI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory III - Millon, 1994; adattamento italiano: Zennaro et al., 2008)
- SCL 90 (Symptom Checklist-90-R – Derogatis, 1994; adattamento italiano: Sarno et al., 2011)
- TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale - Taylor, Bagby, Parker, 2003; adattamento italiano: Bressi et al., 1996, in Caretti, La Barbera, 2005)
- TCI-R (Cloninger et al., 1999; adattamento italiano: Fossati et al., 2007)
- ICF Dipendenze (International classification of functioning).

In associazione alla valutazione di eventuali comorbilità psichiatriche, è indicata la somministrazione della SCID 5 - CV e PD (Structured Clinical Interview for DSM 5).

#### **1.4. Le distorsioni cognitive**

Una parte importante del processo di valutazione riguarda l'area delle distorsioni cognitive, per valutare la presenza e tipologia di distorsioni cognitive e credenze irrazionali presenti, anche per rilevare elementi utili per la successiva terapia cognitivo-comportamentale. E' importante rilevare anche il grado di rigidità/flessibilità del paziente nel modificare tali convinzioni e quindi la reale possibilità di agire con un modellamento cognitivo su questi aspetti. A tal fine, è possibile utilizzare delle check list o dei questionari standard, quali il GRCS (Gambling Related Cognition Scale).

#### **2. Gli interventi motivazionali**

L'approccio motivazionale, prima ancora che una tipologia specifica di intervento, costituisce un insieme di competenze di base necessarie a tutti gli operatori che lavorano nel campo delle dipendenze, una sorta di "cassetta degli attrezzi" da utilizzare nella fase di assessment, sia nello svolgimento dei colloqui che per condurre gruppi informativo-motivazionali, nonché durante lo svolgimento del programma terapeutico, per sostenere ed evidenziare lo sviluppo della motivazione al cambiamento.

Si colloca pertanto a cavallo tra la fase di valutazione multidimensionale e quella del trattamento.

L'approccio motivazionale adottato nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo è riconducibile alla vasta area del lavoro terapeutico focalizzato sulla "motivazione al cambiamento" (Prochaska e Di Clemente, Guelfi e Spiller, 1986. Miller e Rollnick, 2014). L'obiettivo è duplice: lavorare sull'evoluzione della motivazione al trattamento e alla richiesta d'aiuto, secondo l'approccio motivazionale degli stadi del cambiamento, e costruire l'alleanza terapeutica tra l'utente e gli operatori del Servizio.

La letteratura prende in considerazione due tipologie di interventi di counselling motivazionale:

- 1) Motivational interviewing (MI)
- 2) Motivational Enhancement Therapy (MET).

Il MI è uno stile di counselling centrato sul paziente e non direttivo che mira ad assistere i pazienti a esplorare e risolvere l'ambivalenza relativa al cambiamento comportamentale. L'obiettivo di questo tipo di intervento non manualizzato è di chiarire gradualmente l'ambivalenza legata al cambiamento comportamentale e far emergere un discorso collegato al cambiamento usando tecniche di informare con scelte, ascoltare con un obiettivo, e porre domande curiose.

L'intervento è fondato sulla collaborazione tra operatore e paziente, rispettando il diritto, ma anche la capacità del paziente di fare scelte in modo informato, ascoltandolo con empatia.

La MET è basata su interventi specifici, sviluppati dall'approccio MI, con la caratteristica che sono interventi terapeutici manualizzati che consistono di 4/5 sedute.

I risultati della review della letteratura, indicano che gli interventi di MI e MET sono efficaci nel ridurre sia la gravità delle giocate e la frequenza del gioco che, in alcuni casi, anche il disagio psicologico legato alla patologia; costituisce pertanto un approccio raccomandato nei confronti dei pazienti con disturbo da gioco d'azzardo.

Gli interventi motivazionali aumentano la motivazione del paziente migliorando l'alleanza terapeutica. Questo si ottiene riconoscendo che i pazienti sono, nella migliore delle ipotesi, ambivalenti nello sperimentare il cambiamento personale (Miller & Rollnick, 1991; Orford, 1985; Rollnick & Morgan, 1995; Shaffer 1994, 1997). Con il miglioramento della relazione terapeutica, i pazienti sono più disposti a prendere in considerazione ed esplorare la loro ambivalenza.

Miller e Rollnick (1991) hanno osservato che l'ambivalenza è al centro del trattamento per i disturbi da addiction. Shaffer (1992; 1994; 1997; 1995) contemporaneamente ha ipotizzato che l'ambivalenza dolorosa era responsabile per stimolare la negazione e la comparsa di intrattabilità

tra le persone che lottano con tali disturbi.

Nella fase informativo-diagnostica è possibile utilizzare lo strumento del gruppo, sottoforma di Gruppi informativo-motivazionali, anche a target multifamiliare, basati sull'approccio motivazionale. Il Centro di riferimento regionale ha sperimentato questo tipo di intervento, strutturando un percorso costituito da 4 incontri di gruppo incentrati sui seguenti argomenti:

1. Che cos'è il disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia e descrizione del fenomeno
2. I meccanismi neurobiologici che sottendono al disturbo da gioco d'azzardo
3. Il tutoring finanziario e i familiari nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo
4. Gli stadi di motivazione al cambiamento: stato dell'arte e prospettive future dei pazienti in trattamento.

La funzione di questo percorso di gruppo è essenzialmente quella di fornire alle famiglie informazioni sul Disturbo da Gioco d'azzardo e nel contempo costruire con esse un'alleanza terapeutica che supporti la motivazione ad avviare un trattamento e quindi sostenga l'aderenza ad esso.

Sono incentrati su 2 momenti: uno informativo e uno cognitivo emozionale.

### **2.1. Modalità di utilizzo del test MAC/G**

Il MAC/G è un test che valuta la motivazione al cambiamento e viene utilizzato usualmente nella fase in cui si avvia un intervento o nel momento in cui avviene (o viene richiesta) una modifica significativa dell'intervento stesso; si ritiene che il test abbia invece una validità ed un ruolo importante anche nell'ambito della valutazione successiva inerente l'andamento dell'intervento concordato.

Si suggerisce pertanto la seguente modalità di utilizzo del test:

- In concomitanza con l'avvio del programma terapeutico individuale,
- In concomitanza con ogni variazione significativa del programma stesso,
- Ad intervalli indicativamente di 2 mesi, in associazione alle attività di valutazione periodica dell'andamento del programma terapeutico individuale.

### **3. Gli approcci psicoterapeutici nel trattamento multimodale**

Gli interventi terapeutici utilizzati per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo sono vari e differenziati, sia in ambito nazionale che internazionale. Dalla revisione della letteratura scientifica si rileva tuttavia una maggior frequenza dell'utilizzo e una maggiore efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale associato a un approccio motivazionale (Picone, 2010; Grant, Potenza, 2010).

Come per tutte le altre tipologie di dipendenza, è opportuno effettuare una lettura sistemico-relazionale del disturbo da gioco d'azzardo (Cowlshaw et al., 2012) e, laddove se ne valuti l'indicazione, procedere ad interventi specifici sulle dinamiche familiari.

#### **3.1. Il modello della TCC - Terapia Cognitivo Comportamentale**

Il modello della TCC elaborato da Kathleen Carrol per il trattamento dell'abuso di cocaina, è stato ampiamente valutato tramite rigorosi test clinici ed ha una solida base empirica. Il modello nato per i cocainomani è stato quindi adattato ed esportato nell'ambito del trattamento del Gioco d'azzardo patologico, anche perché gli aspetti comportamentali della dipendenza da cocaina e del gioco d'azzardo patologico, ovvero l'elevata impulsività, i deficit nella capacità di prendere decisioni associate al rischio e la tendenza al comportamento compulsivo, così come i meccanismi neurobiologici che li sottendono, sono molto simili nelle due forme di addiction.

La letteratura scientifica riporta l'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale nei giocatori d'azzardo patologici. Anche se la letteratura non fornisce una base forte per la differenziazione degli interventi attualmente disponibili, le terapie cognitive comportamentali vengono considerate le psicoterapie più indicate per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo, da usare, laddove sia possibile, come prima scelta (Cowlshaw et al., 2012).

La TCC è utile per far sì che il giocatore abbandoni le credenze erranee e si riappropri di sane competenze cognitive. Infatti nei giocatori d'azzardo sono diffusi in maniera generalizzata i tentativi di controllare, predire o influenzare la realtà in base ai propri desideri e aspettative (pensiero magico) o per mezzo di strategie illusorie e destinate inevitabilmente a fallire.

L'approccio cognitivo-comportamentale (Ladouceur et al., 2001) si avvale di un ampio repertorio di tecniche psicologiche (prescrizioni, diari di monitoraggio, psicoeducazione, individuazione dei fattori trigger, problem solving, ecc.) finalizzate alla modificazione dei pensieri disfunzionali del giocatore d'azzardo.

Questo approccio non prevede esclusivamente interventi di tipo individuale, ma è alla base dei Gruppi a Orientamento Cognitivo-Comportamentale, la cui funzione principale è di far apprendere modalità di gestione del craving, strategie di fronteggiamento della crisi, abilità per la prevenzione della ricaduta.

### **3.2. La terapia familiare sistemico-relazionale**

Questo approccio è utilizzato in tutte le forme di addiction, si basa sul presupposto che la dipendenza costituisca solo un sintomo, espressione di una situazione familiare patologica sottostante e funzionale al suo mantenimento.

La dipendenza è interpretata quindi come un disagio derivante da una disfunzione del sistema familiare, pertanto tutti i rapporti devono essere analizzati e per questo motivo anche la famiglia del giocatore viene coinvolta nel processo di cambiamento.

Obiettivo della terapia non è solo raggiungere l'astinenza, ma risolvere ciò che ha portato all'esordio della dipendenza.

### **3.3. Il Gruppo Multicoppiale**

Il rationale che ci ha indotto alla formazione di questo gruppo di cui uno dei due membri è un giocatore è che alcune ricerche indicano che i problemi coniugali sono la causa più frequente di ricaduta e che migliorano con il trattamento del GAP (R.W.Wildman, 1989; C.J. Hudak Jr., R. Varghese, R. Politzer, 1989; C.Lorenz, 1989).

La qualità delle relazioni con la famiglia e con gli amici influenza probabilmente l'inizio del gioco e la sua progressione nella patologia.

I pochi studi che hanno esaminato questa connessione suggeriscono che la solitudine ed i problemi familiari possano contribuire al coinvolgimento nel gambling (Grant e Kim, 2002; Haroon, Gupta e Derevensky, 2004; Lesieur e Blume, 1991).

Alcuni autori si riferiscono al gap come a un disturbo della famiglia (family disease, Heineman, 1994) e suggeriscono che è auspicabile e giusto da un punto di vista etico aiutare la famiglia del giocatore come il giocatore.

Il partner di un giocatore patologico può sperimentare uno stress psicologico significativo che richiede un apprendimento per fronteggiare l'ansia e la depressione (R.G. Rychtarik, N.B. Mc Gillicuddy, 2006).

#### **4. Le terapie farmacologiche**

Ad oggi non esiste un trattamento farmacologico riconosciuto per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo. A questo si aggiunge il riscontro che i giocatori manifestano frequentemente una scarsa compliance al trattamento farmacologico.

Sebbene vi siano ancora dati limitati, sembra che gli antagonisti degli oppioidi e i farmaci glutamatergici dimostrino una modesta efficacia nel trattamento dei pazienti, in particolare nelle situazioni di alta impulsività e intense spinte a giocare e nelle situazioni che presentano ulteriori disturbi da addiction concomitanti.

Una recente metanalisi (Bertley, Block 2013) conclude per "limitate evidenze nell'uso di qualsiasi farmacoterapia" ma alcuni ricercatori evidenziano come la farmacoterapia concorra nel migliorare l'outcome finale dei pazienti (Smith, 2013). I farmaci antidepressivi (SSRI), stabilizzatori dell'umore e antipsicotici atipici hanno dimostrato risultati controversi nei trials clinici in cui sono stati testati.

Un'attenzione particolare va riservata ai pazienti affetti da morbo di Parkinson e in generale ai pazienti affetti da disturbi del movimento e a tutti coloro che sono in trattamento con farmaci dopaminergici, in quanto tali farmaci potrebbero favorire comportamenti compulsivi anche rispetto al gioco d'azzardo ("*Sindrome da Disregolazione Dopaminergica*" Avanzi, Cabrini 2014).

Ad oggi non esistono, in Italia, studi clinici sulle terapie farmacologiche per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo: occorre pertanto raccogliere in maniera sistematica dati clinici, approcci terapeutici e misure di outcome a breve e lungo termine al fine di poter stabilire l'efficacia di questi trattamenti.

#### **5. I "Progetti di accompagnamento territoriale"**

Gli interventi di accompagnamento territoriale denominati PAT – Progetti di accompagnamento territoriale, sono interventi di carattere innovativo sperimentati e ormai consolidati in diversi territori della regione nell'ambito del trattamento delle dipendenze. Sono attuati nel contesto di vita dell'utente e risultano alternativi (o in alcune fasi complementari) al trattamento residenziale, che nel caso del disturbo da gioco d'azzardo risulta poco indicato.

Consistono in attività di accompagnamento attuate dagli operatori, durante la vita quotidiana della persona; l'intensità del supporto professionale viene calibrata in base alle capacità di autonomia dell'utente, ad una attenta valutazione dei suoi bisogni, ad una ricognizione delle risorse personali, familiari e della rete di relazioni. Viene quindi definito un progetto individuale, ovvero un piano di intervento condiviso con l'utente e strutturato per obiettivi specifici e gradualmente, commisurati alla situazione specifica e sottoposti a valutazione periodica.

Questo modello di intervento viene attuato attraverso collaborazioni con il privato sociale, e si associa a percorsi di formazione e di supervisione delle equipe.