



DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE
Ambulatorio per il gioco problematico



ALEA

Associazione per lo studio
del gioco d'azzardo e dei
comportamenti a rischio



S.I.P. Dip.

Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze

Udine, 31/05/2018

Graziano Bellio

Clinica del Disturbo da Gioco d'Azzardo



- Letture consigliate per gli operatori sanitari e sociali...

CAPROSSELLO





Progetto Integrativo

GAP-NET-2w – Rete di servizi per l'assistenza al gioco d'azzardo patologico

(DGR n. 1378 del 4 agosto 2011; Decreto dirigenziale n. 528 del 24 dicembre 2013)

Progetto Integrativo GAP-NET-2w – Rete di servizi per l'assistenza al gioco d'azzardo patologico – 2nd wave

(DGR n. 1378 del 4 agosto 2011; DGR n. 528 del 24 dicembre 2013)



GIOCO D'AZZARDO

GUIDA PRATICA DI INTERVENTO

Counselling finanziario

GIOCO D'AZZARDO

GUIDA PRATICA DI INTERVENTO

Manuale per l'operatore



TECHNICAL PAPER n.1



TECHNICAL PAPER n.2

Progetto Integrativo

GAP-NET-2w – Rete di servizi per l'assistenza al gioco d'azzardo patologico

(DGR n. 1378 del 4 agosto 2011; Decreto dirigenziale n. 528 del 24 dicembre 2013)



REGIONE DEL VENETO

Progetto Integrativo

GAP-NET-2w – Rete di servizi per l'assistenza al gioco d'azzardo patologico – 2nd wave

(DGR n. 1378 del 4 agosto 2011; DGR n. 528 del 24 dicembre 2013)



GIOCO D'AZZARDO

GUIDA PRATICA DI INTERVENTO

Il giocatore: abilità e reti

VINCERE IL GIOCO D'AZZARDO

*MANUALE DI AUTOAIUTO PER IL GIOCATORE CHE
VUOLE SMETTERE*

II Edizione



TECHNICAL PAPER n.3



TECHNICAL PAPER n.4



REGIONE DEL VENETO - AZIENDA ULSS n. 8 ASOLO (TV)

dipartimento per le dipendenze di Castelfranco Veneto (TV)
TECHNICAL PAPER n. 5

IL MODELLO DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DELL'AMBULATORIO PER IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMatico DI CASTELFRANCO VENETO

Graziano Bellio *

Amelia Fiorin **

* Medico Psichiatra, psicoterapeuta

** Psicologa, psicoterapeuta

dipartimento per le dipendenze - Azienda Ulss n. 8,
Castelfranco Veneto (TV)

*Per gli amanti
dei
questionari
“paper and
pencil”*



***Appena
pubblicato!***

***Gli avvocati e
i giudici
dicono la
loro...***

REGIONE DEL VENETO
ULSS2
SALIZADA S. BENEDETTO



Amministratore di Sostegno

ATTI CONVEGNO 2012

TECHNICAL PAPER n. 6

Publicazione gratuita. Merata la vendita.
Licenza Creative Commons: Attribuzione - Non commerciale -
Non opere derivate - 4.0 Internazionale (CC BY-NC-ND)



**Tutto quello
che è utile
sapere (e
anche di più)
lo si trova qui**

textbook

**Manuale
sul gioco d'azzardo**

Diagnosi, valutazione
e trattamenti

A cura di
Graziano Bellio e Mauro Croce

FrancoAngeli

PSICOLOGIA



Medicina delle Dipendenze - 21:(58-63), 2016

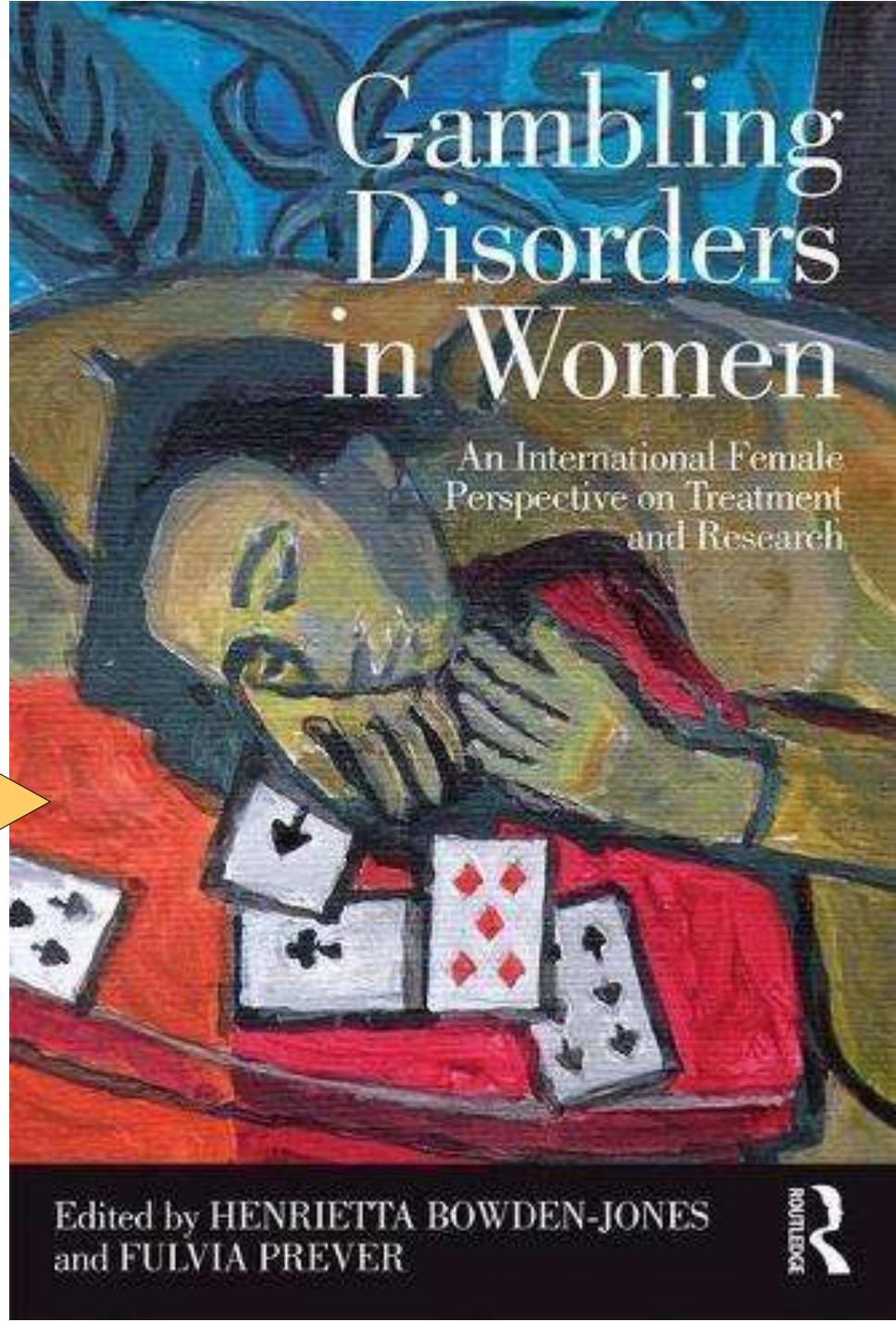
G A M B L I N G

I Servizi per le Dipendenze e i giocatori problematici. Organizzazione, valutazione e presa in carico

di Graziano Bellio, Amelia Fiorin



***A proposito
di donne che
giocano
d'azzardo***





***Appena
pubblicato***

I Manuali Professionali

A cura di
Mauro Croce
Paolo Jarre

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo, un problema di salute pubblica

**Indicazioni per la comprensione
e per l'intervento**

Prefazione di:
Peppino Ortoleva

Postfazione di:
Giuseppe Costa, Roberto Dietidue

Con i contributi di:

**Maurizio Avanzi, Graziano Bellio, Raffaele Bianchetti, Daniela Capitanucci,
Onofrio Casciani, Roberto Cicciocioppo, Massimo Clerici, Sara De Micco,
Federica Devietti Gaggia, Giorgio Ferrari, Amelia Fiorin, Giulia Gamba, Lia Nower,
Silvia Ronzitti, Roberta Smaniotto, Marzia Lydia Spagnolo, Martina Tremolada**

**Collana
In-DIPENDENZE**

**EDIZIONI
PUBLIEDIT**



- Epidemiologia e dati quantitativi





Cos'è il gioco d'azzardo?

- **Art. 721 C.P.:**
 - ...sono giuochi d'azzardo quelli nei quali ricorre **il fine di lucro** e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente **aleatoria**



La percezione dell'azzardo

- Il 35% dei soggetti definisce l'azzardo solo sulla base della vincita o perdita di denaro
- Più della metà degli intervistati non ritiene che sia gioco d'azzardo:
 - il Gratta e Vinci (56%)
 - Il Lotto (54%)
 - Win for Life (51%)
- La dipendenza dall'azzardo viene percepita come una condizione grave



Giovani e azzardo

- **Studenti 15-19 anni**
 - Il 36.9% ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi, in calo rispetto a otto anni prima (47.1%)
 - Il 33.6% dei minorenni ha giocato a soldi pur se vietato
 - Gli studenti giocatori problematici risultano in calo nel 2017 rispetto al 2009 (7.1% vs 8.7%), anche se non omogeneamente nel territorio nazionale
 - I ragazzi che giocano sono quasi il doppio delle ragazze (47.3% vs 26.3%)



I dati sulla popolazione generale italiana

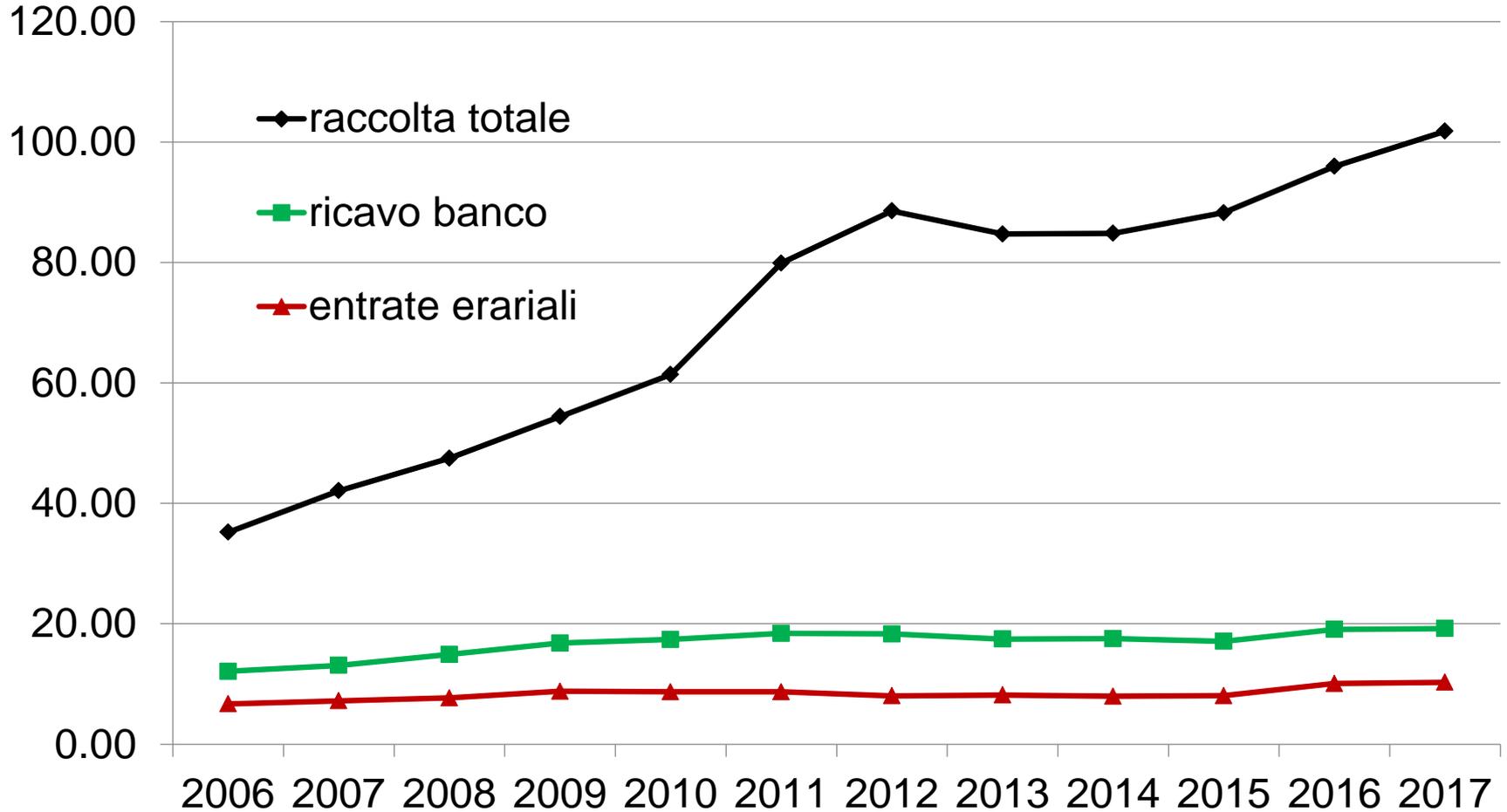
- **popolazione generale tra i 15 e i 64 anni:**
 - Incremento degli adulti che hanno giocato nell'ultimo anno dal 27.9% (2014) al 42.8% (2017)
 - Gioca il 51.1% dei maschi e il 34.4% delle donne
 - Giocatori problematici quadruplicati in dieci anni

2007	2010	2013	2017
0.6%	1.3%	1.6%	2.4%



Dinamica economica dell'azzardo (Fonte: AMD)

miliardi di euro



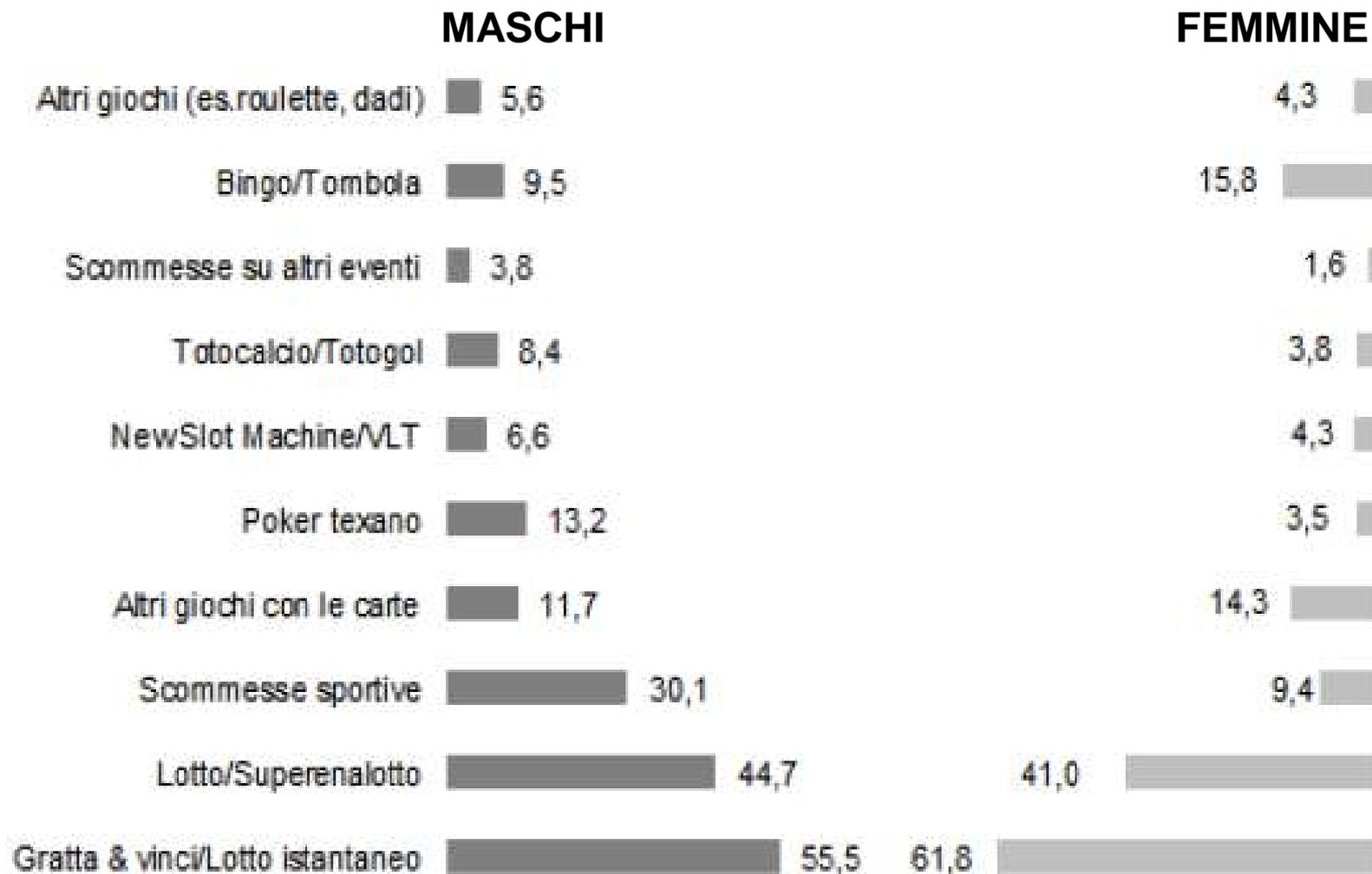
Dove si spende di più (Fonte: AMD, 2017)

GIOCHI	RACCOLTA	% SUL TOTALE
Apparecchi elettronici	49,427	51.5
Giochi online	15,986	16.7
Scimmesse e altri giochi su base sportiva	10,063	10.5
Lotterie e Gratta e Vinci	8,981	9.4
Lotto	8,093	8.4
Bingo	1,602	1.7
Superenalotto e simili	1,580	1.6
Altri	0,236	0.2
TOTALE	95,969	100



A cosa si gioca di più

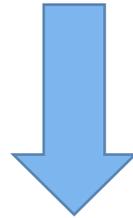
(Fonte: CNR, 2015)



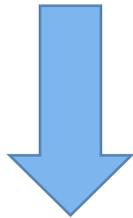


I conti non tornano...

- Giocatori di slot/VLT = **~6%**



- Giro d'affari delle slot/VLT = **51.5%**



- Giocatori patologici di slot/VLT = **83%**
dei pazienti in carico in Veneto



- Quando il gioco diventa problematico: il Disturbo da Gioco d'Azzardo



- ◆ Il nuovo DSM-5 inserisce il **Disturbo da Gioco d'Azzardo (Gambling Disorder)** nel capitolo dei **Disturbi Correlati alle Sostanze e Dipendenze (Substance Related and Addictive Disorders)**



Criteri diagnostici DSM-5

A. PERSISTENTE E RICORRENTE COMPORTAMENTO PROBLEMATICO DI GIOCO D'AZZARDO CHE COMPORTA DIFFICOLTA' O DISAGIO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVI, COME INDICATO DA UN SOGGETTO CHE, NELL'ARCO DI UN **PERIODO DI 12 MESI**, PRESENTA **QUATTRO O PIU'** TRA I SEGUENTI:

- ① ha bisogno di giocare d'azzardo con **quantità crescenti** di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata
- ② è **irrequieto o irritabile quando tenta di ridurre** o interrompere il gioco d'azzardo
- ③ ha ripetutamente **tentato senza successo di controllare**, ridurre, o interrompere il gioco d'azzardo



Criteri diagnostici DSM-5

◆ (continua):

- ④ è **eccessivamente assorbito** dal gioco d'azzardo (per es. ha persistenti pensieri di rievocare esperienze passate di gioco d'azzardo, di soppesare o programmare l'azzardo successivo, di pensare ai modi per procurarsi denaro con cui giocare)
- ⑤ spesso **gioca d'azzardo quando si sente a disagio** (per es. indifeso, colpevole, ansioso, depresso)
- ⑥ dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per rifarsi (**rincorre le perdite**)
- ⑦ **Mente** per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo



Criteri diagnostici DSM-5

◆ (continua):

- ⑧ ha **messo a repentaglio** o perso una relazione significativa, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco d'azzardo
- ⑨ fa **affidamento su altri** per reperire il denaro per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

B. IL COMPORTAMENTO DI GIOCO D'AZZARDO
NON È MEGLIO ATTRIBUIBILE AD UN **EPISODIO
MANIACALE**



Specificazioni DSM-5

◆ **Decorso**

◆ **Episodico**

- ◆ Presenza dei criteri diagnostici in più occasioni, con attenuazione sintomatologica per periodi di almeno alcuni mesi tra i periodi di disturbo da gioco d'azzardo

◆ **Persistente**

- ◆ Persistenza continua dei sintomi e criteri diagnostici soddisfatti per un periodo di diversi anni



Specificazioni DSM-5

◆ **Remissione**

◆ **In remissione precoce**

- ◆ Nessun riscontro di criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo per un periodo di almeno 3 mesi, e meno di 12 mesi, dopo che i criteri diagnostici erano stati pienamente soddisfatti

◆ **In remissione prolungata**

- ◆ Dopo che i criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo erano stati pienamente soddisfatti, nessun criterio diagnostico viene più riscontrato per un periodo di 12 mesi o più.



Specificazioni DSM-5

◆ Gravità

◆ Lieve

- Riscontro di 4 o 5 criteri

◆ Moderata

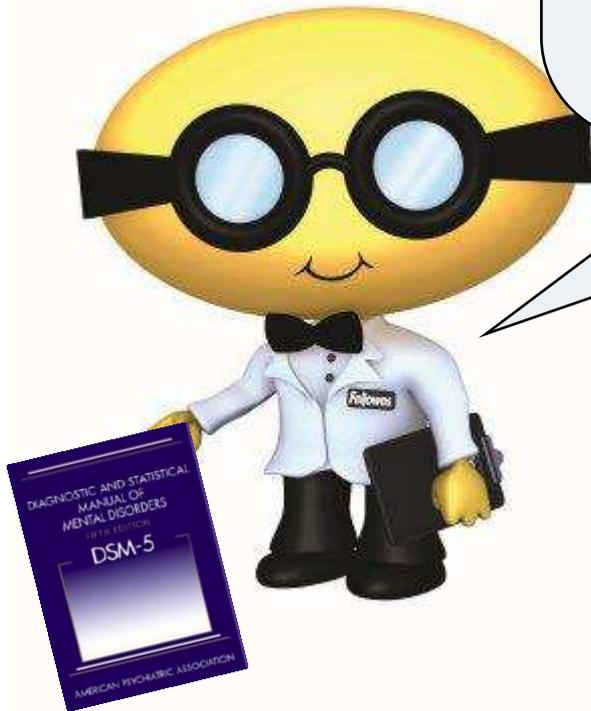
- Riscontro di 6 o 7 criteri

◆ Grave

- Riscontro di 8 o 9 criteri



- Ma attenzione! Il DSM-5 non è un manuale clinico descrittivo...





Le fasi evolutive

1

Fase della vincita

2

Fase della perdita

3

Fase della disperazione



Fasi evolutive del gambling

(Custer, 1984)

① Fase della “vincita”

- Talora il gioco patologico inizia dopo una vincita significativa: il soggetto prova a replicare l'esperienza
- Si alternano vincite e perdite, ma il soggetto non tiene conto di queste ultime: è incapace di calcolare le perdite reali
- Sopravvaluta le vincite interpretandole come effetto della propria bravura o fortuna
- Aumentano frequenza e giocate
- Il gioco può essere utilizzato come sollievo dal cattivo umore e da sentimenti spiacevoli



Fasi evolutive del gambling

(Custer, 1984)

② Fase della perdita

- Il soggetto prende atto delle perdite interpretandole come un cambiamento della fortuna
- Ogni perdita è vissuta come fallimento personale
- Il soggetto incrementa ulteriormente le giocate (e le perdite) seguendo l'illusione di rifarsi delle perdite attraverso un "colpo grosso"
- Dissimula il proprio coinvolgimento ai familiari, cerca prestiti, si indebita
- La vita si incentra sul gioco e sul procurarsi denaro



Fasi evolutive del gambling

(Custer, 1984)

③ Fase della disperazione

- I debiti non sono più pagabili e nuovi prestiti vengono rifiutati
- Il giocatore è angosciato e disperato per la situazione economica, ma continua ad illudersi di potersi rifare
- Pensieri o tentativo di suicidio
- Possibili reati per potersi procurare il denaro; denunce o arresti
- Il soggetto continua a giocare nonostante la consapevolezza di non poter recuperare le perdite



- Occhio alla comorbilità e alle complicanze nei giocatori





Complicanze e comorbidità

- Il GAP si correla ad un maggiore rischio per la **vita sociale e di relazione**:

Basso livello di istruzione
Problemi lavorativi
Problemi economici
Divorzio
Problemi legali
Violenza domestica



Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: systematic review and meta-analysis of population surveys

Felicity K. Lorains, Sean Cowlshaw & Shane A. Thomas

Problem Gambling Research and Treatment Centre, School of Primary Health Care, Monash University, Notting Hill, Victoria, Australia

Dipendenza da nicotina	60.1%
Abuso/dipendenza da alcool/sostanze	57.5%
Disturbi umore	37.9%
Disturbi d'ansia	37.4%
Disturbo antisociale di personalità	28.8%

Moderato grado di variabilità tra i diversi studi...

Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis

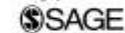
Nicki A Dowling^{1,2,3,4}, Sean Cowlshaw⁵, Alun C Jackson²,
Stephanie S Merkouris^{1,6}, Kate L Francis² and
Darren R Christensen^{2,7}

Australian & New Zealand Journal of Psychiatry
2015, Vol. 49(6) 519–539
DOI: 10.1177/0004867415575774

© The Royal Australian and
New Zealand College of Psychiatrists 2015



Reprints and permissions:
sagepub.co.uk/journalsPermissions.nav
sagepub.com



Prevalenza comorbidità corrente	74.8%
Dipendenza da nicotina	56.4%
Disturbi umore	23.1%
Abuso/dipendenza da alcool	21.2%
Disturbi d'ansia	17.6%
Abuso/dipendenza da stupefacenti	7.0%

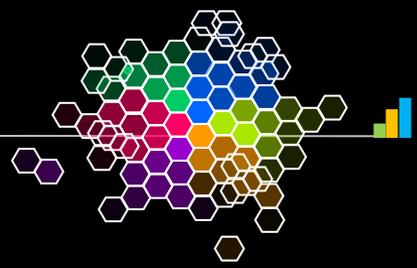
Grado molto elevato di variabilità tra i diversi studi...

**THE PREVALENCE OF COMORBID
PERSONALITY DISORDERS IN
TREATMENT-SEEKING PROBLEM GAMBLERS:
A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS**

Nicki A. Dowling, PhD, S. Cowlshaw, PhD, A. C. Jackson, PhD,
S. S. Merkouris, GDipPsych, K. L. Francis, MSci,
and D. R. Christensen, PhD

Prevalenza di disturbi di personalità	47.9%
Disturbo narcisistico	16.6%
Disturbo antisociale	14.0%
Disturbo evitante	13.4%
Disturbo ossessivo compulsivo	13.4%
Disturbo borderline	13.1%

Grado molto elevato di variabilità tra i diversi studi...



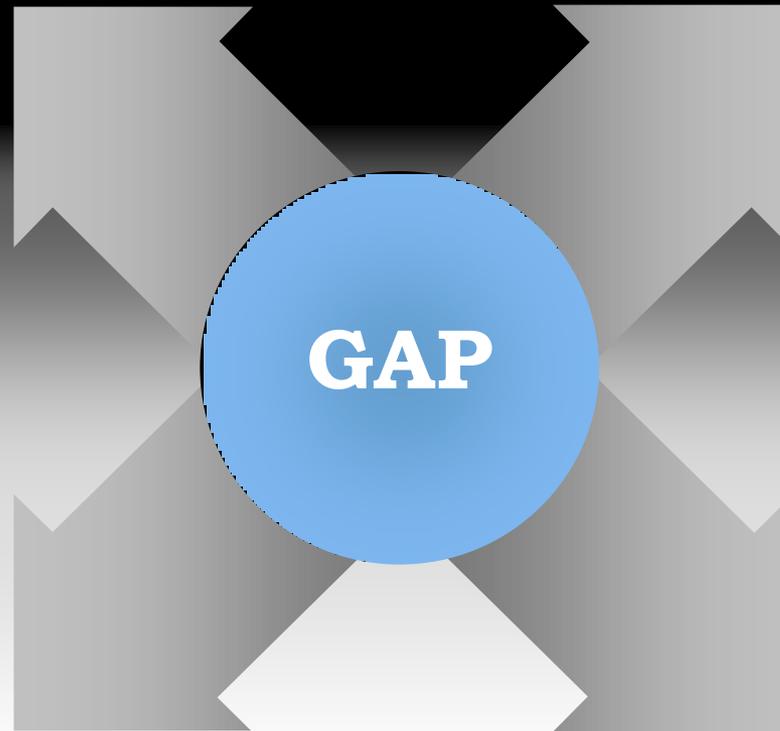
Relazioni e Interazioni...

Il disturbo psichiatrico può essere **causa**

Il disturbo psichiatrico può essere **effetto**

Psicopatologia e GAP sono due frutti degli **stessi fattori di rischio**

Psicopatologia e GAP **interagiscono**





The Longitudinal Relationships Between Psychiatric Disorders and Gambling Disorders

Melanie Hartmann¹ · Alex Blaszczynski¹

- La relazione PSI-GAP è bidirezionale
- L'impulsività in età infantile o adolescenziale predice il coinvolgimento nel gioco d'azzardo
- Una storia di sofferenza psichica e/o abuso di alcol/sostanze incrementa la gravità e il rischio di ricaduta
- Fumo di sigaretta o abuso di alcol o THC prima dei 15 anni predicono livelli di spesa maggiori in età giovane-adulta



Correlazione tra comportamenti problematici

Sovrapposizione di comportamenti problematici: ragazzi con **gioco d'azzardo problematico** mostrano con più frequenza:

binge drinking ultimo mese

almeno 1 sostanza (no THC) ultimo anno

THC > 20 volte ultimo mese

sigarette > 10 al giorno

bevande alcoliche tutti i giorni

uso di droghe sconosciute ultimo anno

uso di psicofarmaci ultimo anno

furto oggetti di valore > 10 euro

vendita di oggetti rubati

atti di vandalismo

sessu non protetto

> 3 giorni di scuola persi non giustificati

> 2 ore di chat nei giorni di scuola

> 2 ore di videogiochi nei giorni di scuola



Complicanze e comorbidità

- Il GAP si correla ad un maggiore rischio per la **salute fisica**:

Disturbi da stress	Obesità
Tachicardia	Affaticamento
Arteriosclerosi	Insonnia
Cirrosi e altre epatopatie	Dolori alla schiena
Gastrite	Angina
Artrite	Arresto cardiaco



- Considerare il disturbo da gioco d'azzardo come una dipendenza comporta delle conseguenze utili per il trattamento



How Treatments for Pathological Gambling Can Be Informed by Treatments for Substance Use Disorders

Nancy M. Petry
University of Connecticut Health Center

- "Le conoscenze ottenute dalla ricerca sul trattamento dell'abuso di sostanze **possono essere applicabili** al trattamento del gioco patologico"
- "La **disponibilità di più opzioni di trattamento**, incluse le psicoterapie e le farmacoterapie, possono migliorare la partecipazione al trattamento e ridurre le conseguenze negative personali e sociali del gioco patologico"



PRINCIPLES OF DRUG ADDICTION TREATMENT

A RESEARCH-BASED GUIDE

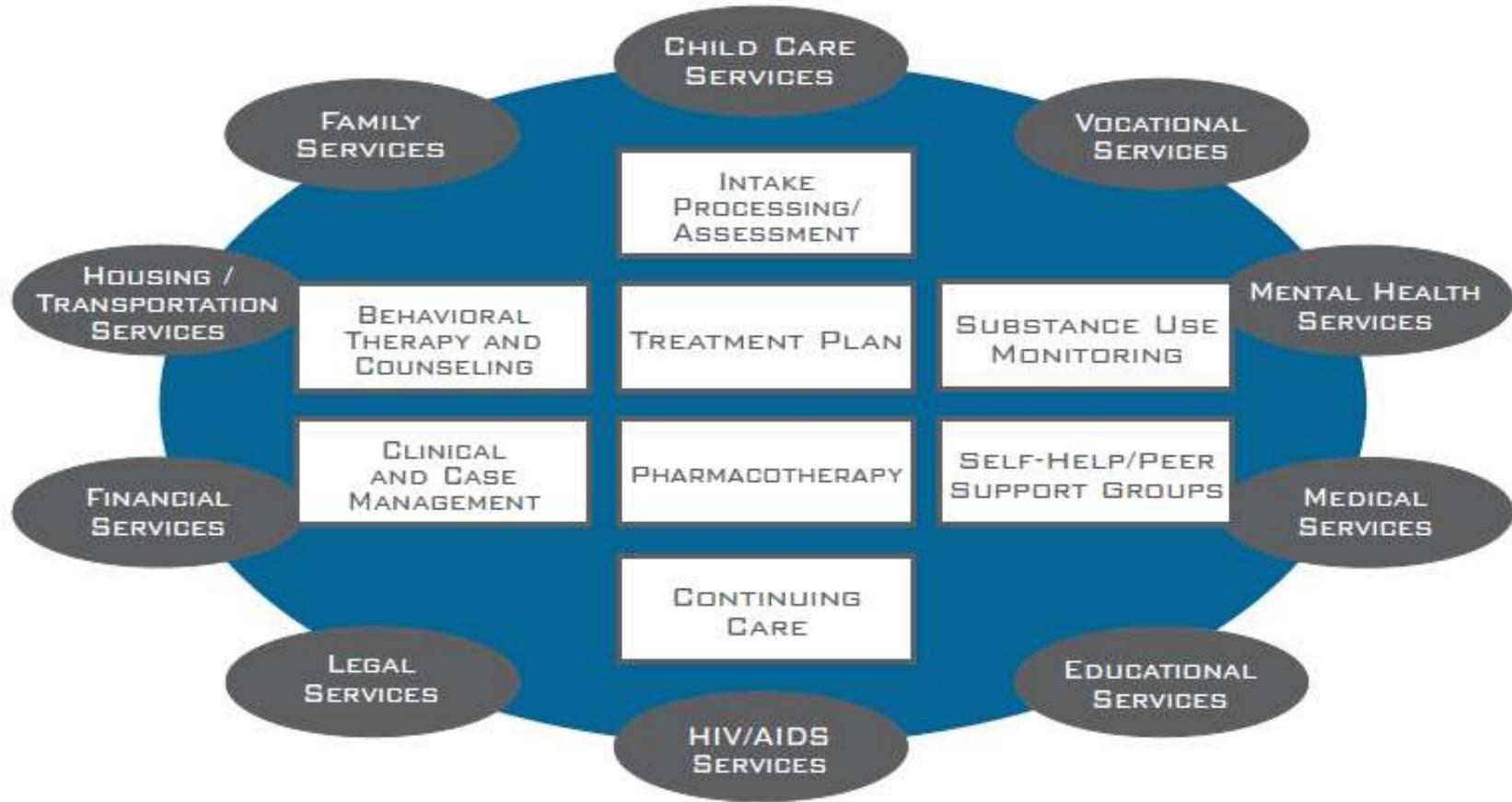
THIRD EDITION

National Institute on Drug Abuse
National Institutes of Health
U.S. Department of Health and Human Services

NIDA, 2012

Trattamenti complessi...

Components of Comprehensive Drug Abuse Treatment



The best treatment programs provide a combination of therapies and other services to meet the needs of the individual patient.



Principi EB per il trattamento efficace (NIDA, 2012)

1. L'Addiction è una malattia complessa ma trattabile...
2. **Nessun singolo trattamento è appropriato per ogni paziente.** I trattamenti variano a seconda del tipo di droga e delle caratteristiche del paziente.
3. È necessario che i trattamenti siano **prontamente disponibili.**
4. Il trattamento efficace **si rivolge ai molteplici bisogni** dell'individuo, non solamente all'abuso di droga.



Principi EB per il trattamento efficace (NIDA, 2012)

5. Rimanere in **trattamento per un adeguato periodo di tempo** è fattore critico. La durata appropriata dipende dal tipo e grado di problemi e di bisogni del paziente.

6. Le **terapie comportamentali** - incluso il counselling individuale, familiare o di gruppo - sono le più forme di trattamento dell'abuso di droga.

~~7. I farmaci sono un importante elemento nel trattamento di molti pazienti, specialmente quando combinati con il counselling e altre terapie comportamentali.~~



Principi EB per il trattamento efficace (NIDA, 2012)

8. Il programma individuale di trattamento e di erogazione di servizi **deve essere valutato con continuità e modificato quando necessario** per garantire che esso vada effettivamente incontro ai bisogni che si modificano. Un paziente può richiedere variabili combinazioni di servizi e componenti del trattamento nel corso del processo di recupero.

9. Molti individui tossicodipendenti hanno anche **altri disturbi mentali**. Quando questi problemi sono concomitanti il trattamento dovrebbe essere indirizzato ad entrambi, incluso l'uso di farmaci quando appropriato.



Principi EB per il trattamento efficace (NIDA, 2012)

10. La disintossicazione assistita con strumenti medici è solamente il primo stadio del trattamento della dipendenza...

11. I trattamenti **non necessariamente devono essere volontari** per essere efficaci.

12. L'uso di droga deve essere **monitorato con continuità** poiché le ricadute possono verificarsi nel corso del trattamento.

13. I programmi di trattamento dovrebbero valutare la presenza di HIV/AIDS, epatiti B e C, ecc...



Strumenti terapeutici

TRATTAMENTI GAP

**TRATTAMENTI
ADDICTION**

Strategia integrata e multimodale

Interventi motivazionali

Prevenzione delle ricadute

Interventi psicoeducativi

Interventi sul craving

Interventi per la gestione finanziaria

Rinforzo delle life/social skills

Psicoterapia delle distorsioni
cognitive del giocatore

Interventi sulla famiglia

Farmaci antagonisti oppiacei, antimpulsivi, stabilizzanti, altri farmaci

Farmaci per comorbidità psichiatrica

Psicoterapie individuali, familiari, di gruppo, (gruppi di autoaiuto)



- I giocatori NON sono tutti uguali



RM

Uomo di 49 anni, sposato con 2 figli: ha speso alle slot tutti i risparmi di famiglia.

Sempre “nervoso” e in movimento, con fiammate colleriche, beve vino eccessivamente.

Diagnosi presuntiva di ADHD. Familiarità per schizofrenia.

Incapace a contenersi, smette completamente dopo terapia farmacologica con valproato.

CC

Maschio, 51 anni, sposato con due figli conviventi; ipertensione arteriosa; esordio dopo i 30 anni, da due anni gioca alle slot e videopoker da bar; non debiti, ma la riduzione della disponibilità economica ha portato la moglie a scoprirlo; la coppia viene al servizio avendo già concordato un regime di gestione finanziaria controllata

SM

Donna di 56 anni, portata dai familiari: ha speso al lotto tutti i risparmi di famiglia, dei figli, più debiti per circa 40.000 euro.

Il marito, costretto a terapia con morfina, aveva iniziato ad abusare di lei.

Dopo l'emersione del problema, la famiglia le si è stretta attorno, il comportamento del marito è diventato più controllato, lei non ha più giocato.



Tipizzazione





Strumenti per la valutazione

1

Colloquio

2

Strumenti standardizzati

3

Intervista semistrutturata

4

Software dedicato



Il primo colloquio

- Urgenze della fase di aggancio:
 - valutazione e trattamento del **rischio suicidario**
 - valutazione e trattamento di eventuali **gravi disturbi psicopatologici**
 - collegamento con servizi sociali per risposte ai **bisogni primari**
 - messa in **sicurezza del patrimonio residuo**



La valutazione a Castelfranco Veneto

Dimensioni	2002 - 2017	Dal 2018
diagnosi, gravità	SOGS, DSM-5	NODS-DSM-5
distorsioni cognitive	GRCS	GRCS
impulsività	BIS-11, UPPS-P	Short UPPS-P
psicopatologia attuale	SCL-90-R	SCL-90-R
motivazioni al gioco	ARGI*	/
disturbi di personalità	MCMI-III	MCMI_III*



- Il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower (2002)





Il modello patogenetico di Blaszczynski e Nower

Tipo I - Giocatori condizionati nel comportamento

Tipo II - Giocatori emotivamente vulnerabili

Tipo II - Giocatori impulsivi antisociali

Fattori ambientali comuni e pressione dei pari
Accessibilità, esposizione al gioco, errori cognitivi, abitudine



Blaszczynski e Nower

- **Tipo 1 - Giocatori condizionati:**
 - **Condizionamento e schemi cognitivi distorti**
 - Assenza di psicopatologia primaria rilevante
 - No temperamento impulsivo
 - No vulnerabilità genetica
 - Maggiore motivazione e compliance
 - Minore gravità, migliore prognosi
 - Efficacia trattamenti brevi
 - Possibile ritorno al gioco controllato (?)



Blaszczynski e Nower

- **Tipo II - Giocatori emotivamente vulnerabili:**
 - **Condizionamento e schemi cognitivi distorti**
 - Presenza di psicopatologia primaria rilevante e di esperienze traumatiche infantili
 - Bassa autostima, precarie abilità cognitive
 - Gioco come modulatore emotivo
 - Gravità significativa
 - Necessità di trattamenti a lungo termine sia per il gioco che per la psicopatologia di base
 - Impossibile ritorno al gioco controllato: astinenza totale come obiettivo



Blaszczynski e Nower

- **Tipo III - Giocatori impulsivi antisociali:**
 - **Condizionamento e schemi cognitivi distorti**
 - Predisposizione biologica all'impulsività anche al di fuori del contesto di gioco
 - Bassi livelli di funzionamento generale e/o comportamenti antisociali
- Gravità elevata, prognosi severa
 - Bassa motivazione e compliance
 - Risposta scarsa anche a trattamenti a lungo termine
 - Difficoltà a mantenere l'astinenza

Development and Validation of the Gambling Pathways Questionnaire (GPQ)

Lia Nower
Rutgers University

Alex Blaszczynski
University of Sydney

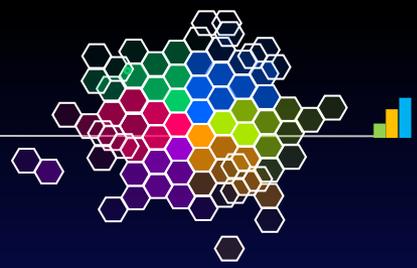
Il GPQ potrebbe aiutare a semplificare l'inquadramento secondo il *modello patogenetico* di Blaszczynski e Nower, e a evidenziare i fondamentali fattori di rischio

In corso il processo di validazione della versione italiana (gruppo di lavoro coordinato dalla SITD, dr. Casciani)

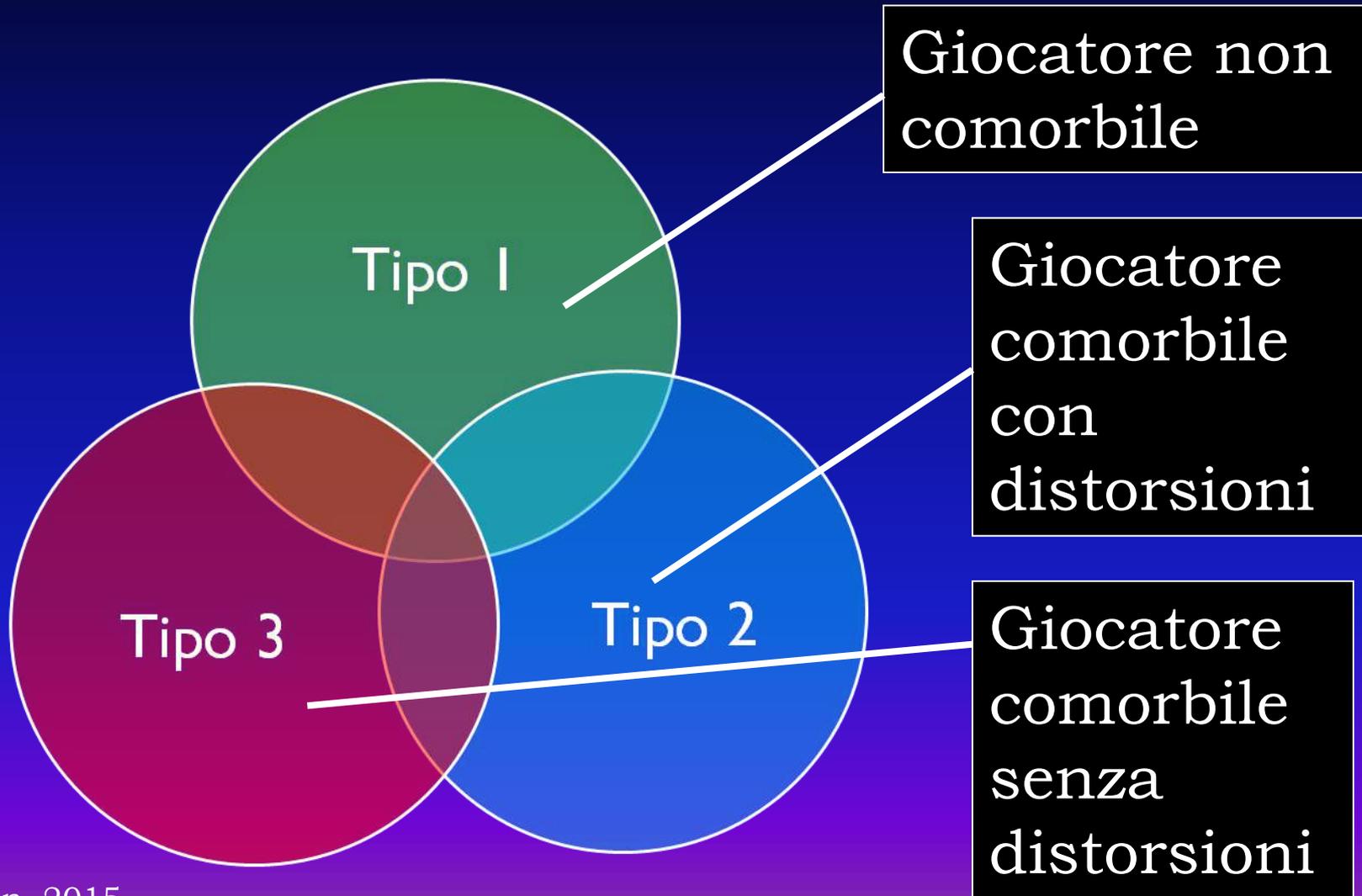


I pazienti di Castelfranco Veneto

	Cluster I	Cluster II	Cluster III
ETA'	+++	++	+
SESSO MASCHILE	++	++	+++
SESSO FEMMINILE	+++	++	±
STATO CIVILE	sposato - convivente	sposato - convivente	single - separato
SCOLARITA'	bassa	media	media +
ETA' INIZIO GAP	adulta	adulta/ avanzata	precoce
COMORBILITA'	psicopatologica	±	+++ mista
FAMILIARITA'	SUD e psico	GAP e psico	+++
SOGS	+++	+	+++
BIS-11	+++	+	+++
GRCS	+++	±	+
SCL-90-R	+++	+	+++



Evoluzione della tipologia di Blaszczynski





Multiproblematicità

- Il rischio di trovarsi in condizioni di multiproblematicità è differente a seconda della tipologia di appartenenza
- I tipo +
- II tipo ++
- III tipo +++



GAP e consumo di sostanze

- **qualsiasi tipo** di giocatore può presentare come complicazione l'abuso di sostanze
- l'abuso di sostanze è **più frequente** nel tipo 2 e tipo 3 di Blaszczynski
- in un (ex) alcol-tossicodipendente l'azzardo può assumere una **salianza maggiore** della sostanza
- il tipo 2 e il tipo 3 di Blaszczynski corrispondono grosso modo ai tipi 1 e 2 di Cloninger (alcol) e tipi A e B di Babor (cocaina)



- I trattamenti dovrebbero diversificarsi a seconda della configurazione dei fattori di rischio e della comorbilità





Elementi costitutivi del trattamento

- La relazione individuale
 - Il rinforzo motivazionale
 - la psicoterapia di sostegno
- La relazione con la **famiglia**
- La **psicoeducazione** individuale e familiare
- Gli **interventi comportamentali** e sulla gestione finanziaria
- Gli interventi sul craving e la **prevenzione delle ricadute**
- Gli interventi sull'**abuso di sostanze**
- Gli **interventi “evoluti”**



Alcuni aspetti metodologici

- Elementi utili alla pianificazione del progetto terapeutico individualizzato
 - Tipologia di Blaszczynski
 - Differenze di genere
 - Appartenenza a popolazioni speciali e altri sottogruppi (giovani, anziani, minoranze culturali...)
 - presenza di disturbi mentali
 - presenza di altre dipendenze
 - elementi ambientali e familiari
 - disturbi fisici e terapie in corso



tipo 1 Blaszczynski

- ◆ Rinforzo motivazionale
- ◆ Psicoeducazione familiare e individuale
- ◆ Trattamenti manualizzati brevi
- ◆ Interventi sulle distorsioni cognitive

- ◆ Limitazione comportamentale all'accesso al denaro
- ◆ Counselling di gestione finanziaria
- ◆ Attenzione al consumo di sostanze

Spesso sufficienti interventi brevi, poco invasivi



tipo 2 Blaszczynski

- ◆ Psicoeducazione familiare e individuale
- ◆ Psicoterapia di sostegno
- ◆ Trattamento delle distorsioni cognitive
- ◆ Trattamento farmacologico della comorbilità psichiatrica e del GAP
- ◆ Terapia familiare

- ◆ Limitazione comportamentale all'accesso al denaro
- ◆ Counselling di gestione finanziaria
- ◆ Prevenzione ricadute
- ◆ Rinforzo life skills, gestione tempo libero
- ◆ Attenzione al consumo di sostanze
- ◆ Gruppi di autoaiuto



tipo 3 Blaszczynski

- ◆ Limitazione comportamentale all'accesso al denaro
- ◆ Trattamento (farmacologico) dell'impulsività, del GAP, della comorbilità psichiatrica, dell'abuso di sostanze
- ◆ Psicoeducazione familiare (se possibile)

- ◆ (Terapia familiare)
- ◆ Counselling di gestione finanziaria (?)
- ◆ Gestione del tempo libero
- ◆ (Gruppi di autoaiuto)
- ◆ Programmi di supporto e di reinserimento sociale e lavorativo

RM

Uomo di 49 anni, sposato con 2 figli: ha speso alle slot tutti i risparmi di famiglia.

Sempre "nervoso" e in movimento, con fiammate colleriche, beve vino eccessivamente.

Diagnosi presuntiva di ADHD. Familiarità per schizofrenia.

Incapace a contenersi, smette completamente dopo terapia farmacologica con valproato.

SCL - 90 R		PUNTEGGIO SOGS	10
PST			20
PSDI			2,35
GSI			0,52
somatizzazione	6	out of 48	0,5
sintomi ossessivo-compulsivi	4	out of 40	0,4
sensibilità interpersonale (inadeg./inferiorità)	6	out of 36	0,7
depressione	2	out of 52	0,2
ansia	2	out of 40	0,2
rabbia-ostilità	4	out of 24	0,7
ansia fobica	2	out of 28	0,3
ideazione paranoide	4	out of 24	0,7
psicoticismo	5	out of 40	0,5
scale addizionali	12	out of 28	1,7

GRCS			
SOTTOSCALE	PUNTEGGI GREZZI	PUNTEGGI MEDI	MEDIE RIFERIMENTO
Aspettative dal gioco	13	3,25	14,08 ds 5,87
Illusione di controllo	12	3,00	7,99 ds 4,82
Controllo predittivo	12	2,17	18,72 ds 6,83
incapacità a smettere di giocare	13	5,00	11,31 ds 7,37
Distorsioni interpretative	18	4,50	12,07 ds 5,89
PUNTEGGIO TOTALE	81	17,92	64,17 ds 22,31

BIS - 11			
SOTTOSCALE	RISULTATI	75° percentile	90° percentile
Attenzione	14		
Instabilità cognitiva	10		
Impulsività motoria	27		
Perseveranza	7		
Autocontrollo	15		
Complessità cognitiva	17		
Impulsività attentiva	24	M = 21 F = 21	M = 25 F = 24
Impulsività motoria	34	M = 25 F = 25	M = 29 F = 28
Impulsività da non pianificazione	32	M = 30 F = 29	M = 33 F = 32
PUNTEGGIO TOTALE	90	M = 70 F = 71	M = 79 F = 77

Programma Terapeutico

- **RM – giocatore impulsivo NON antisociale**
 - Tutoring finanziario
 - Parzialmente efficace
 - Psicoterapia di sostegno
 - Parzialmente efficace
 - Farmacoterapia con bupropione
 - Non tollerata
 - Farmacoterapia con valproato
 - Molto efficace

CC

Maschio, 51 anni, sposato con due figli conviventi; ipertensione arteriosa; esordio dopo i 30 anni, da due anni gioca alle slot e videopoker da bar; non debiti, ma la riduzione della disponibilità economica ha portato la moglie a scoprirlo; la coppia viene al servizio avendo già concordato un regime di gestione finanziaria controllata

SCL - 90 R			
	PST		15
	PSDI		1,00
	GSI		0,17
somatizzazione	complete data	out of 48	0,3
sintomi ossessivo-compulsivi	complete data	out of 40	0,1
sensibilità interpersonale (inadeg./inferiorità)	complete data	out of 36	0,1
depressione	complete data	out of 52	0,2
ansia	complete data	out of 40	0,1
rabbia-ostilità	complete data	out of 24	0,2
ansia fobica	complete data	out of 28	0,0
ideazione paranoide	complete data	out of 24	0,2
psicoticismo	complete data	out of 40	0,1
scale aggiuntive	complete data	out of 28	0,6

GRCS			
SOTTOSCALE	PUNTEGGI GREZZI	PUNTEGGI MEDI	MEDIE RIFERIMENTO
Aspettative dal gioco	11	2,75	14,08 ds 5,87
Illusione di controllo	4	1,00	7,99 ds 4,82
Controllo predittivo	7	1,20	18,72 ds 6,83
incapacità a smettere di giocare	16	3,20	11,31 ds 7,37
Distorsioni interpretative	4	1,00	12,07 ds 5,89
PUNTEGGIO TOTALE	42	9,15	64,17 ds 22,31

BIS - 11	
SOTTOSCALE	RISULTATI
Attenzione	
Instabilità cognitiva	
Impulsività motoria	
Perseveranza	
Autocontrollo	
Complessità cognitiva	
Impulsività attentiva	
Impulsività motoria	
Impulsività da non pianificazione	
PUNTEGGIO TOTALE	0

SOGS = 7

Programma Terapeutico

- **CC – giocatore “normale”**
 - Psicoeducazione familiare e individuale
 - Molto efficace
 - Intervento breve sul potus
 - Molto efficace
 - Counselling e tutoring finanziario
 - Molto efficace
 - Monitoraggio

SCL - 90 R		PUNTEGGIO SOGS	14
	PST		21
	PSDI		1,71
	GSI		0,40
somatizzazione	4	out of 48	0,3
sintomi ossessivo-compulsivi	0	out of 40	0,0
sensibilità interpersonale (inadeg./inferiorità)	6	out of 36	0,7
depressione	5	out of 52	0,4
ansia	0	out of 40	0,0
rabbia-ostilità	2	out of 24	0,3
ansia fobica	7	out of 28	1,0
ideazione paranoide	1	out of 24	0,2
psicoticismo	9	out of 40	0,9
scale aggiuntive	2	out of 28	0,3

GRCS			
SOTTOSCALE	PUNTEGGI GREZZI	PUNTEGGI MEDI	MEDIE RIFERIMENTO
Aspettative dal gioco	25	6,25	14,08 ds 5,87
Illusione di controllo	21	5,25	7,99 ds 4,82
Controllo predittivo	35	5,83	18,72 ds 6,83
incapacità a smettere di giocare	29	5,80	11,31 ds 7,37
Distorsioni interpretative	25	6,25	12,07 ds 5,89
PUNTEGGIO TOTALE	135	29,38	64,17 ds 22,31

BIS - 11			
SOTTOSCALE	RISULTATI		
Attenzione	6		
Instabilità cognitiva	5		
Impulsività motoria	10		
Perseveranza	8		
Autocontrollo	13		
Complessità cognitiva	13		
		75° percentile	90° percentile
Impulsività attentiva	11	M = 21 F = 21	M = 25 F = 24
Impulsività motoria	18	M = 25 F = 25	M = 29 F = 28
Impulsività da non pianificazione	26	M = 30 F = 29	M = 33 F = 32
PUNTEGGIO TOTALE	55	M = 70 F = 71	M = 79 F = 77

SM

Donna di 56 anni, portata dai familiari: ha speso al lotto tutti i risparmi di famiglia, dei figli, più debiti per circa 40.000 euro.

Il marito, costretto a terapia con morfina, aveva iniziato ad abusare di lei.

Dopo l'emersione del problema, la famiglia le si è stretta attorno, il comportamento del marito è diventato più controllato, lei non ha più giocato.

Programma Terapeutico

- **SM – giocatore emotivamente vulnerabile**
 - Tutoring finanziario
 - Molto efficace
 - Psicoterapia di sostegno
 - Molto efficace
 - Psicoeducazione
 - Efficacia dubbia



Contents lists available at ScienceDirect

Addictive Behaviors

journal homepage: www.elsevier.com/locate/addictbeh

Interventions for comorbid problem gambling and psychiatric disorders:
Advancing a developing field of research



N.A. Dowling^{a,b,c,*}, S.S. Merkouris^a, F.K. Lorains^a

GAP in comorbidità con...	Interventi
Abuso di sostanze	Terapia Dialettico-Comportamentale modificata
Abuso di alcol	NTX + CBT
Dipendenza da nicotina	N-Acetilcisteina + prg per tabacco Terapia Motivazionale Desensibilizzazione Immaginativa
Disturbo bipolare	Litio
Disturbo d'ansia	Escitalopram
Schizofrenia	CBT + terapia farmacologica specifica



[Intervention Review]

Psychological therapies for pathological and problem gambling



Sean Cowlshaw¹, Stephanie Merkouris², Nicki Dowling³, Christopher Anderson², Alun Jackson³, Shane Thomas⁴

- **CBT:** efficacia rilevante nel ridurre le perdite e la gravità dei sintomi a 0-3 mesi. Efficacia non significativa dopo 9-12 mesi
- **Colloquio motivazionale:** in pazienti meno gravi riduzione delle perdite a 0-3 mesi. Riduzione della frequenza di gioco a 9-12 mesi.
- **Terapia Integrativa:** in pazienti meno gravi nessun effetto a 0-3 mesi. Media efficacia nella riduzione della gravità dei sintomi a 9-12 mesi



Altri interventi collegati

- ◆ **Interventi di rete** (consultorio, DSM, SNPI, servizi sociali comunali)
- ◆ **Consulenza finanziaria** professionale
- ◆ Consulenza legale, **AdS**
- ◆ **Supporto creditizio**
- ◆ Interventi di risocializzazione, **gruppi AMA**
- ◆ **Interventi socioassistenziali**
- ◆ Supporto e **recupero spirituale**



Prospettive nei trattamenti

- Trattamenti per sole donne
- Trattamenti basati sulla tipologia di impulsività
- Trattamenti dei tratti psicopatologici (Disturbi della personalità, PTSD, ADHD...)
- Trattamenti riabilitativi mirati alle social e life skills
- Trattamenti per utenti disabili



Prospettive nei trattamenti

- Integrazione dei trattamenti nei soggetti polidipendenti (azzardo, alcol, sostanze)
- Trattamenti per DGA iatrogeno (parkinsonismi...)
- Trattamenti per minoranze culturali e linguistiche
- Trattamenti per tipologie di gioco (online, slot, poker...)



Cosa abbiamo imparato

- L'approccio multidimensionale e multiprofessionale nonché l'attenzione alle sottopopolazioni, riducono la selezione in ingresso
- Maggiore la casistica, maggiori le competenze sviluppate
- Sebbene il *modello patogenetico di Blaszczyński e Nower* sia un ottimo strumento concettuale, appare necessario sviluppare una osservazione più fine



Cosa abbiamo imparato

- L'approccio terapeutico dovrebbe evolvere da un mero adattamento degli strumenti rivolti all'addiction allo sviluppo di strumenti più orientati alla specificità del gambling problematico
- Senza una rete territoriale, anche il lavoro ambulatoriale più specialistico rischia di non dare frutti in molti casi complessi
- Il SerD deve poter mantenere la regia dei trattamenti anche se gli interventi non sono erogati direttamente



S.I.P. Dip.

Società Italiana di Psichiatria delle Dipendenze



ALEA

Associazione per lo studio
del gioco d'azzardo e dei
comportamenti a rischio



graziano.bellio@aulss2.veneto.it
noazzardo.info
grazianobellio.tk

