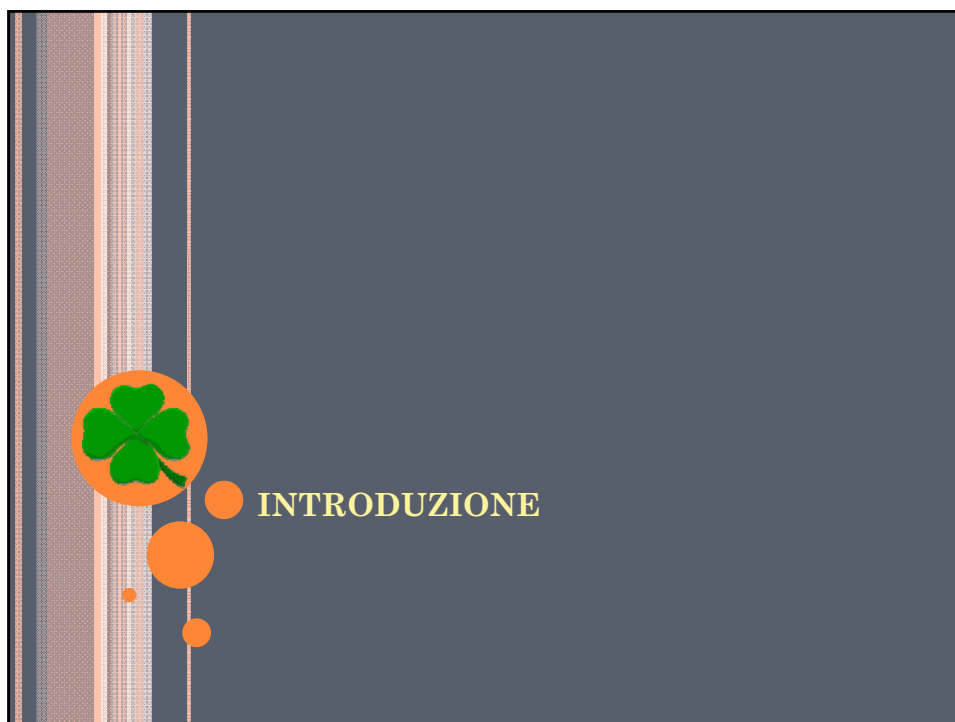






INTRODUZIONE

- L'epoca del “... *è soltanto un vizio*” è ormai lontana per gli operatori dei servizi, ma non vale ancora per tutti.
- Chi opera con la malattia è concorde nell'affermare che il giocatore patologico **non gioca per vincere** ma per il **piacere che deriva dal giocare**.
 - Similitudini nello stato di **eccitazione** e di **euforia** a quello paragonato da alcune droghe.
- Non è neanche più un lusso di **pochi uomini ricchi**.

Caretti, La Barbera, 2005



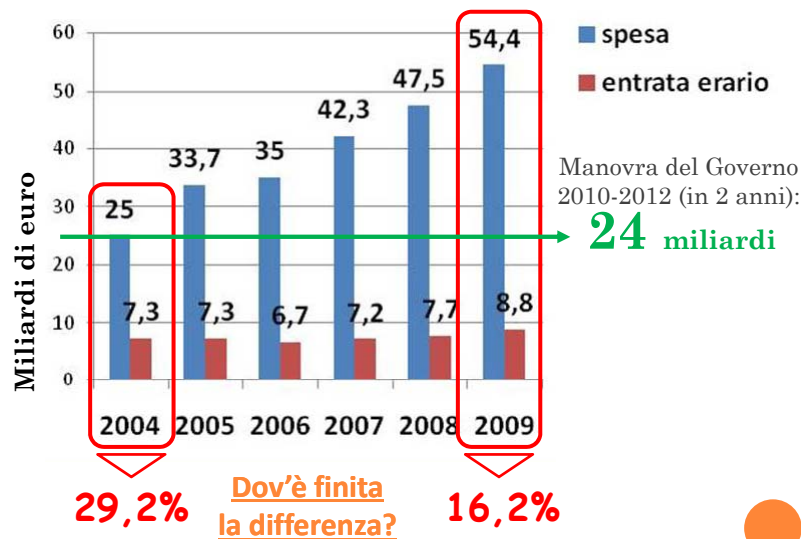
ALCUNI DATI NAZIONALI ...



- L'Italia, nel 2004, si collocava al **terzo posto** fra i paesi che giocano di più al mondo, dopo Giappone e UK. (Il mercato del gioco italiano è il 9% di quello mondiale)
- Abbiamo il primato mondiale della spesa pro-capite annuo con oltre **815 €/persona**.
 In *Sicilia, Campania, Sardegna e Abruzzo* le famiglie investono in gioco d'azzardo il 6,5% del proprio reddito.
- La maggior causa di ricorso a debiti e/o usura in Italia è da attribuire all'azzardo.
- A fronte di un maggiore volume di gioco in Italia (*29,4 miliardi di € dal 2004 al 2009*), le entrate per l'erario sono **diminuite** del 13%!

... vedi tabella:

RAPPORTO TRA SOLDI SPESI ED ENTRATE ERARIALI



L'ITALIA VEDE UN AUMENTO SENSIBILE DELLA SPESA RELATIVA AL GIOCO D'AZZARDO

Fonte: Jamma.it

Gioco	2004	2005	2006	2007	2008	Variaz % 2007/2008
Lotto	11.689	7.315	6.588	6.177	5.852	-5,3
SuperEnalotto	1.836	1.981	1.999	1.940	2.509	+29,3
Scommesse Sportive	1.305	1.489	2.281	2.591	3.909	+50,9
Scommesse Ippiche	2.879	2.753	2.908	2.748	2.272	-17,3
Totocalcio, Totogol, II9, Big Match	443	359	304	229	176	-23,1
Bingo	1.542	1.553	1.755	1.726	1.635	-5,2
Totip	24	22	14	(*)		-
Lotterie tradizionali	67	53	86	88	96	+9,1
Gratta&Vinci	527	1.492	3.884	7.866	9.178	+16,7
Apparecchi da Intrattenimento						
- con vincita in denaro	2.451	10.705	15.227	18.608	21.483	+15,5
- senza vincita in denaro	2.023	765	208	218	201	-7,9
Poker online					242	
Totale	24.786	28.487	35.242	42.189	47.552	+12,7

EPIDEMIOLOGIA: CHI GIOCA?



- Il GAP è considerato una malattia cronica, progressiva, in prevalenza maschile (*in origine 9:1, adesso circa 2:1*) che colpisce il 1-3% della popolazione.
- Una recente **ricerca nazionale** suggerisce che in Italia i problemi col Gioco d'Azzardo coinvolgano circa il **2,75%** della popolazione.
 - > Le stime italiane suggeriscono quindi che più di **1.500.000** persone siano affette da questa malattia.

CONAGGA, 2008

ETÀ DI GIOCO

- Circa l'**80%** di tutte le fasce d'età dichiara di giocare d'azzardo.
- Il numero maggiore di giocatori li troviamo in due fasce d'età praticamente "opposte":



ETÀ DI GIOCO

mentre...

Chi è a maggior rischio di dipendenza per il gioco

gioca più di 3 ore a settimana per più di 3 giochi e spende > 600 € mese

sono le due fasce di età intermedie:



ADULTI > PSICOPATOLOGIA PIÙ GRAVE
GIOVANI > ↑ NOVITÀ E SEVERITÀ DEL GIOCO

L'inizio più **tardivo** del GAP sembra essere associato ad una maggior severità del quadro psicopatologico (*SCL-90: Paranoid Ideation, Psychoticism, Depression*).

I più **giovani** invece si presentano con un maggior severità nel Gioco d'Azzardo con alta *Ricerca della Novità* e bassa *Autodirezionalità* (*irresponsabilità-immaturità*).

Questa ricerca suggerisce inoltre che **l'età di esordio** del Gioco d'Azzardo Patologico NON sembra influenzare l'outcome clinico della malattia.

S. Jimenez-Murcia – 2010

FASCE DI REDDITO DEI GIOCATORI

- Nel gioco investe maggiormente chi ha un reddito minore.
- Il 56% di chi partecipa a giochi d'azzardo appartiene a strati sociali medio – bassi.
- E' elevata la frequenza di coloro che impegnano il reddito di sussistenza.

Gioco d'azzardo...“la tassa degli stolti”?

Rapporto: “Vuoti a perdere”, Caritas, 2004



DEFINIZIONI

UNA MALATTIA IN CERCA DELLA SUA FAMIGLIA: LA NOSOGRAFIA DEL G.A.P.

- Nel **1975** il Gioco d'Azzardo Patologico compare per la prima volta nella Classificazione Internazionale delle Malattie (**ICD-9**) nei **Disturbi delle Abitudini**.
- Il **GAP** (Ingl.: Pathological Gambling) è stato riconosciuto come **patologia a sé stante** nell'edizione del 1980 del manuale di riferimento della **psichiatria** (**DSM-III**).
- Nell'edizione successiva (**DSM-IV**, 1994) è stato incluso nel capitolo dei **Disturbi del Controllo degli Impulsi** Non Classificati Altrove.
- Nella prossima edizione (**DSM-V**, 2013?) probabilmente verrà incluso nel capitolo dei **Comportamenti di Dipendenza** (>> www.dsm5.org).



DEFINIZIONE DI “AZZARDO”

Tre sono le condizioni necessarie per definire il gioco d'azzardo a base di denaro:



L'individuo deve rendersi conto che mette in palio **denaro**.

La messa in palio è **irreversibile**.

Il risultato del gioco si basa principalmente sul **caso**.



(Carlevaro, Sani e Cadlini, Jaime, 2000)



DEFINIZIONE DI “GIOCATORE”

Autori vari hanno chiamato in modi differenti lo stesso gruppo di pazienti, oppure sono effettivamente diverse tipologie di pazienti?

- **Ladouceur:** “*giocatori eccessivi*”
- **Blaszczynski:** “*giocatori problematici*”
- **Hollander, Dickerson:** “*giocatori compulsivi*”
- “*dipendenti da gioco, ludomani, ludopati ...*”

SOTTOPOPOLAZIONI DI GIOCATORI

Un comune pensiero è quindi che i pazienti GAP costituiscano un gruppo molto più **ampio ed eterogeneo** con differenti caratteristiche di personalità che individuano differenti:



UN TENTATIVO DI SUDDIVISIONE CLINICA

È interessante il tentativo di **Blaszczynski**  di suddividere in modo artificioso ma utile ad un iniziale inquadramento diagnostico i pazienti con Gioco d'Azzardo Patologico.

I suoi studi rispondono all'individuazione di **3 risposte differenti al trattamento**:

1. Un gruppo giungeva all'astinenza totale da gioco.
 2. Un gruppo riusciva a gestire un gioco controllato.
 3. Un gruppo riprendeva il gioco senza controllo.
- 

UN TENTATIVO DI SUDDIVISIONE CLINICA

Un altro tratto di distinzione era rappresentato dalla **personalità** dei giocatori:

1. Giocatori nei quali la personalità rimaneva sostanzialmente integra.
 2. Giocatori che presentavano diversi problemi di depressione e ansia.
 3. Giocatori che presentavano una personalità impulsiva con comportamenti distruttivi.
- 

UN TENTATIVO DI SUDDIVISIONE CLINICA

1°

Giocatori **patologici-non patologici**: paz senza una specifica diagnosi di premorbidità.

Portatori di credenze erranee o di distorsioni di tipo cognitivo o in risposta a contingenze specifiche.

Evoluzione

- Emerge preoccupazione per il gioco
- Rincorsa delle perdite
- E' indipendente dall'età
- Può esserci una esposizione al gioco attraverso il caso, con membri della famiglia o tramite gruppo di pari.

UN TENTATIVO DI SUDDIVISIONE CLINICA

2°

Giocatori **emotivamente disturbati**: i pazienti di questo gruppo presentano:

- Storia clinica precedente di problemi d'ansia e/o di depressione,
- povertà di risorse nel fare fronte alle difficoltà,
- un background familiare negativo.

Evoluzione

- Interventi psicoterapeutici più intensi.
- Farmacoterapia che affronti il problema comorboso.
- Difficoltà nel raggiungere e nel mantenere un controllo del gioco.

UN TENTATIVO DI SUDDIVISIONE CLINICA

3°

Giocatori **con correlati biologici**:

- Alta impulsività: presenza di ADHD, comportamento antisociale, uso di sostanze e alcool.
- Familiarità al gioco d'azzardo.
- Tratti di personalità nevrotica e comorbidità con depressione, ansia ed altre patologie psichiatriche.

Evoluzione

- Farmacoterapia diventa un presidio fondamentale nella gestione del paziente.
- Gioco senza controllo (frequenti ricadute, *abbuffata*)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE



Il gioco d'azzardo patologico deve essere distinto da:

- **Gioco d'azzardo socialmente accettato/professionistico.**

Queste persone giocano frequentemente per la ricerca di emozioni o nel tentativo di far denaro; esse reprimono la loro abitudine quando si trovano di fronte a perdite pesanti o ad altri effetti dannosi;

- **Gioco d'azzardo eccessivo in episodio maniacale.**

Adeguatamente trattato il disturbo primario si riduce la compulsività al Gioco.

- **Gioco d'azzardo da parte di personalità antisociali.**

Queste persone mostrano un più ampio e persistente disturbo del comportamento sociale, che si manifesta in atti che sono aggressivi o dimostrano in altra maniera un marcato disinteresse per il benessere e i sentimenti degli altri.

ICD-10: DISTURBI DI ABITUDINI E IMPULSI

Sono caratterizzati da atti ripetuti che non hanno una chiara motivazione razionale e che generalmente danneggiano gli interessi personali del soggetto e quelli di altre persone.

La persona riferisce che il comportamento è comandato da un generico "*impulso ad agire*" che non riesce a controllare.

Il gruppo comprende:

- **Gioco d'azzardo patologico** (F63.0)
- Impulso patologico ad appiccare fuoco (piromania: F63.1)
- Furto patologico (cleptomania: F63.2)
- Tricotillomania (F63.3)
- Altri disturbi delle abitudini e degli impulsi (F63.8)
- Disturbi delle abitudini e degli impulsi non specificati (F63.9)

DSM-IV: DISTURBI DEL CONTROLLO IMPULSI

L'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere un'azione pericolosa per sé o per gli altri.

DSM-V: "ADDICTION & RELATED DISORDERS"

>> Nel 2013 cambierà quindi ancora classificazione.

DSM-IV CRITERI DIAGNOSTICI GAP (1/3)

A. Cinque (o più) dei seguenti:

- 1) è **eccessivamente assorbito** dal pensiero del gioco (rivive esperienze passate di gioco d'azzardo, pensa come programmare la successiva giocata, è preoccupato da come procurarsi denaro per giocare)
 - 2) ha bisogno di giocare d'azzardo con **quantità crescenti di denaro** per raggiungere l'eccitazione desiderata
 - 3) ha ripetutamente **tentato** senza successo di controllare, ridurre, o **interrompere** il gioco d'azzardo
- 

DSM-IV: CRITERI DIAGNOSTICI GAP (2/3)

- 4) è **irrequieto o irritabile** quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo
 - 5) gioca d'azzardo per **sfuggire problemi** o per alleviare un umore disforico (per es., sentimenti di impotenza, colpa, ansia, depressione)
 - 6) dopo aver perso al gioco, spesso torna un altro giorno per giocare ancora (**rincorre le perdite**)
 - 7) **mente** ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo
- 

DSM-IV: CRITERI DIAGNOSTICI GAP (3/3)

- 8) *ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto, o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo*
- 9) ha messo a repentaglio o **perso una relazione significativa**, il lavoro, oppure opportunità scolastiche o di carriera per il gioco.
- 10) fa affidamento su altri per **reperire il denaro** per alleviare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo.

B. Non è un riconducibile ad un episodio MANIACALE >> attenzione alla diagnosi!

MODELLI INTERPRETATIVI DEL GAP

Secondo la letteratura internazionale le teorie psicopatologiche del Gioco d'Azzardo Patologico possono essere ricondotto ad alcuni filoni principali.

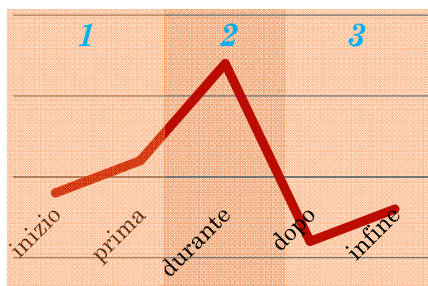
- Queste teorie si basano sulla interpretazione delle **analogie** tra cluster di sintomi e/o risposte farmacologiche e/o decorsi di malattia.
- Le principali classificazioni sono le seguenti:

MODELLI DI CLASSIFICAZIONE:

1. DISTURBO DEL CONTROLLO DEGLI IMPULSI

Per le caratteristiche di:

- Impulsività, spinta al gioco irrefrenabile.
- Tensione soggettiva prima e solievo dopo il gioco.



1. *Sensazione crescente di eccitazione*
2. *Piacere, gratificazione, o sollievo*
3. *Rimorso, autoriprovazione, senso di colpa.*

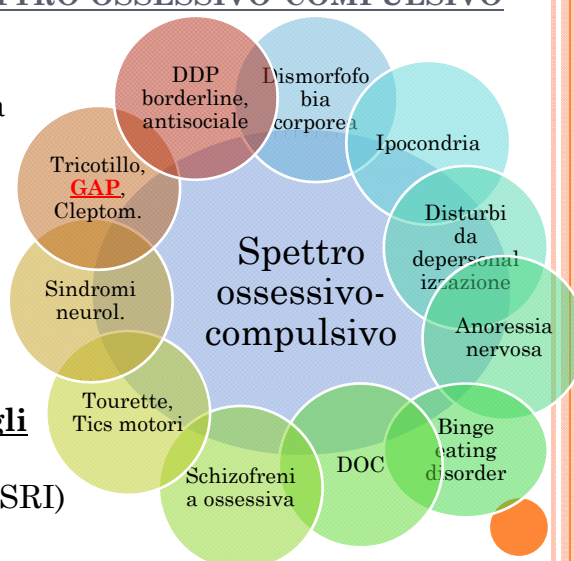
Blaszczynski Psychol Rep 1999

MODELLI DI CLASSIFICAZIONE:

2. DISTURBO DI SPETTRO OSSESSIVO-COMPULSIVO

Aspetti condivisi:

- Pensieri **ossessivi** a carattere intrusivo e comportamento **compulsivo**.
- Storia familiare di gioco, comorbidità con altri disturbi psichiatrici, decorso clinico e **risposta agli antidepressivi serotoninergici** (SSRI)



Hollander Br J Psychiatry Suppl 1998

MODELLI DI CLASSIFICAZIONE:

3. UNA DIPENDENZA NON-DA-SOSTANZE >> **DSM-V**

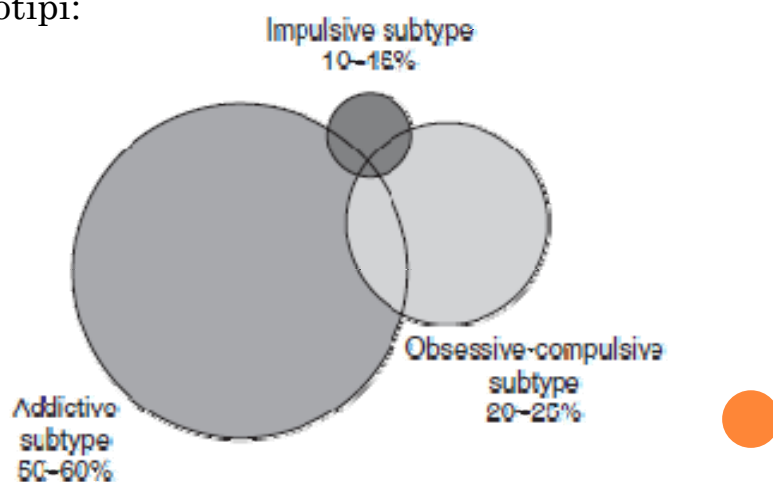
Da recenti studi Neurocognitivi e Neurobiologici invece sembra che il GAP sia più da classificare come una *“nonsubstance addiction”* o *“dipendenza comportamentale”*.

Alcune ricerche infatti hanno dimostrato che i GAP hanno un deficit nei sistemi di **reward** e nel lobo frontale.

Tamminga Am J Psychiatry 2006
Petry Addiction 2006

FREQUENZA DELLE SOTTOTIPIZZAZIONI

Una stima di alcuni autori della prevalenza dei sottotipi:





AREE DI SOVRAPPOSIZIONE E DI COMORBIDITÀ TRA **GAP** E **DISTURBI MENTALI**

- Alcune ricerche hanno messo in evidenza come i **giocatori d'azzardo** siano a rischio di sviluppare disturbi concomitanti, in particolare presentano un più alto rischio di **Depressione e Abuso di Alcool**.
- Allo stesso modo i pazienti con **disturbi psichiatrici** sembrano essere esposti **maggiormente al rischio di Gambling** rispetto alla popolazione generale.

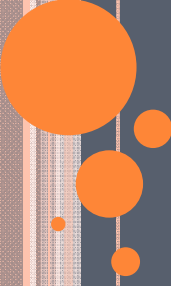
Vedi tabella...



TASSI PREVALENZA DI DISTURBI PSICHIATRICI E COMORBIDITÀ CON GAP IN PZ PSICHIATRICI AMBULATORIALI

Malattia psichiatrica	% Prevalenza Lifetime in pz	% di pazienti che svilupperà GAP	% di GAP che si ammaleranno
Depressione Maggiore	65.6	2.2	62.5
Distimia	8.4	1.4	5.0
Disturbo Bipolare I & II	7.2	4.9	15.0
Disturbo Attacchi di Panico	24.1	4.4	45.0
Fobia Sociale	32.1	3.5	47.5
PTSD	21.2	3.6	32.5
Ansia Generalizzata	18.6	2.2	17.5
DOC	9.8	2.4	10.0
Abuso/dipendenza da Alcool	40.6	3.6	62.5
Abuso/dip. da sostanze	26.4	3.3	37.5
Discontrollo degli Impulsi	8.5	5.5	20.0
ADHD	5.4	2.2	5.0

Adattato da Zimmermann et al 2006



TESTISTICA

TESTISTICA – SOGS

È una scala autosomministrata (Lesieur e Blume, 1987) usata per **innumerevoli ricerche epidemiologiche e cliniche** a livello **internazionale**.

Permette di evidenziare velocemente la probabile presenza di problemi di gioco consentendo di conoscere nei dettagli le abitudini degli intervistati.

Viene rilevato anche se i familiari del giocatore hanno o hanno avuto a loro volta un problema di gioco.

Ma attenzione alla sovrastima!

il tipo di gioco privilegiato,

la frequenza delle attività di gioco,

la difficoltà a giocare in modo controllato,

la consapevolezza circa il proprio problema di gioco,

i mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare,

il tornare a giocare per tentare di recuperare il denaro perso,

le menzogne circa le attività di gioco,

il giocare più della somma prevista inizialmente,

l'allontanarsi dal lavoro o dalla scuola,

il prendere in prestito denaro per giocare, e i prestiti non rimborsati.

TESTISTICA – SOGS (RISULTATI)

La lettura dei risultati non è univoca ma consigliata dall'esperienza e da altre ricerche:

Punteggio:

Valutazione:



0 – 2 Nessun problema



3 – 4 Giocatore problematico a rischio



> 5 Giocatore d'azzardo patologico

Lesieur, 2000

TESTISTICA – CGI-PG

Il ***Clinical Global Impression Scale*** (versione per GAP) di Hollander (Trad. D Capitanucci) è una semplice valutazione della gravità del disturbo e del miglioramento nel corso del trattamento.

Viene compilato dall'operatore con cadenza settimanale. Una parte del test permette di valutare anche l'impressione del paziente, che si esprime sul suo vissuto.

Si tratta di una valutazione rapida del decorso clinico durante il trattamento.

Si basa su solo **2 domande**:

TESTISTICA – CGI-PG

Gravità del disturbo

Sulla base dell'esperienza clinica su questo tipo di pazienti, quanto sono gravi i sintomi presentati dal pz ora?

Da: 1 = La patologia non è presente

A: 7 = Molto Gravi

Miglioramento generale

Valutare il miglioramento globale, dipendente o indipendente dal trattamento clinico effettuato.

Da: 1 = È sostanzialmente molto migliorato

A: 7 = È decisamente molto peggiorato

Confrontare le condizioni del paz. al momento del suo ingresso al Servizio: quali cambiamenti?

Valutazione del **Clinico**: _____

Valutazione del **Paziente**: _____

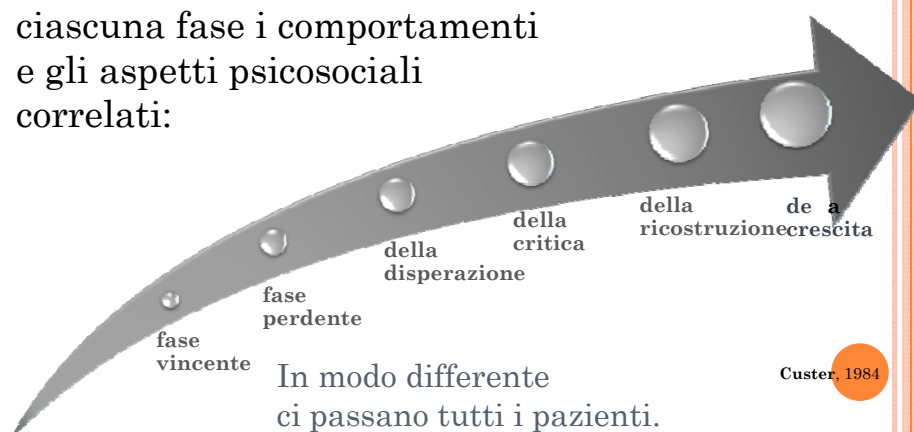
Punteggio: Il CGI viene calcolato con due punteggi.

- Il punteggio relativo alla *Gravità del disturbo* è un valore numerico compreso tra 0 e 7.
- Il punteggio di *Miglioramento generale* è usato dopo la prima settimana di trattamento, associato o meno a ripetizioni a cadenza settimanale della scala di gravità del disturbo. I punteggi vanno da 0 a 7.

Punteggi di 3 o più punti indicano cambiamenti minimi, nessun cambiamento o peggioramento nelle condizioni del paziente.

TESTISTICA - DIAGRAMMA DI CUSTER

Utile per illustrare le fasi del gioco patologico e della guarigione identificando per ciascuna fase i comportamenti e gli aspetti psicosociali correlati:



TESTISTICA – SLUGS

Blaszczynski e Ladouceur hanno sviluppato nel 2003 questo test agile e veloce (7 items) che misura la ***perdita di controllo*** sul comportamento del giocatore calcolando il fattore denaro speso ed il fattore tempo impegnato.

Il **risultato** è una composizione del rischio in tre aree diverse



TESTISTICA – MAC/G

Modello teorico del **processo di cambiamento** proposto da Prochaska et al. (1988) che si basa sugli stadi del cambiamento:



Precontemplazione (P), in cui il soggetto ancora non prende in considerazione l'ipotesi di cambiare il suo comportamento di dipendenza, massimizzando gli aspetti della sua addiction.

Contemplazione (C), il soggetto comincia a prendere in considerazione anche i risvolti negativi del suo comportamento di dipendenza e a soppesarli sulla "bilancia decisionale" con gli aspetti positivi.

Determinazione (D), in cui l'esito della bilancia decisionale comporta uno squilibrio tra risvolti negativi e positivi dell'addiction, al punto da stimolare il soggetto a decidere di voler interrompere la sua "dipendenza".

Azione (A), in cui il soggetto compie azioni concrete per liberarsi dal comportamento di dipendenza.

Ricaduta

TEST – ASI (ADDICTION SEVERITY INDEX)

Intervista semi-strutturata di ricerca clinica di informazioni importanti che riguardano aspetti della vita del paziente, che possono contribuire a tracciare un profilo di gravità in **7 settori** (McLellan et al., 1980).

Tali settori sono costituiti da: *situazione medica, lavoro/sostentamento, uso di alcol, uso di sostanze psicotrope, situazione legale, storia familiare, relazioni familiari/sociali e situazione psichica.*

Ogni area ha 3 sezioni: l'indagine sui dati oggettivi, la valutazione della gravità e della necessità di trattamento da parte del paziente, e la valutazione della gravità e necessità di trattamento secondo l'operatore. Vengono inoltre raccolte informazioni di carattere generale sul paziente.

Lesieur e Blume (1992) hanno aggiunto domande specifiche sul gioco d'azzardo.

McLellan e integrazioni succ. di Lesieur e Blume



TEST – PG YALE BROWN OBS-COMP SCALE

La Y-BOCS è una scala di riferimento per le ricerche nell'ambito del **D.O.C.** È stata creata allo scopo di fornire una misura specifica della gravità dei sintomi. È quindi utile nel caso di valutazione dei trattamenti. Siccome si basa sull'etero valutazione, non dipende dall'insight del paziente.

Questo strumento, adattato da Hollander et al. (1998) per il gioco d'azzardo patologico, prende il nome di PG-YBOCS ed è un questionario somministrato dall'operatore al paziente.

TEST CORRELATI: IL C.A.G.E. SULL'ALCOOL

(Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener)

Il CAGE è un test che con sole 4 domande permette di verificare la presenza di una **problematica** collegata con **l'alcool**. Può quindi essere inserito agevolmente per esempio nelle rituali domande del medico o dello psicologo sullo stato o sulla storia clinica del paziente.

1) Ha pensato, recentemente, alla necessità di diminuire il suo bere?

2) Si è sentito infastidito da osservazioni che le sono state fatte riguardo al bere, e dai consigli di diminuire di bere?

3) Si sente a volte in colpa per quanto riguarda il suo bere?

4) Ha mai bevuto bevande alcoliche di mattino presto per farsi coraggio e iniziare il lavoro quotidiano?

Se il pz è < 25 anni:
basta 1 positiva

Se il pz > 25 problema:
se 2 domande positive

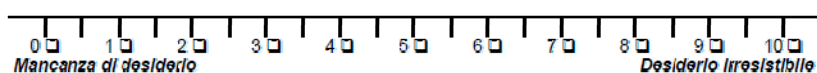
TEST - CRAVING SCALE

È utile per valutare *in modo analogico* l'intensità dell'impulso a giocare: **craving**

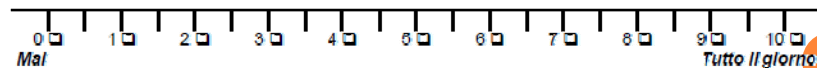
- *Originalmente: intensità del craving per le sostanze d'abuso.*

Utile la ripetizione nel corso del trattamento per valutare la eventuale riduzione dell'impulso.

Intensità Craving:



Frequenza Craving:



Adattata da Capitanucci

POCA NEUROFISIOLOGIA

NEUROPATOLOGIA DEL GIOCO PATOLOGICO

I **Circuiti Cerebrali** implicati nel GAP sono **4**:

1. Circuito del Reward situato nel *Nucleus Accumbens*.
2. Il circuito della Spinta Motivazionale situato nella *Corteccia Orbitofrontale*.
3. Circuito della Memoria e dell'Apprendimento situato nella *Amigdala e Ippocampo*.
4. Circuito di Controllo nella *corteccia prefrontale*.

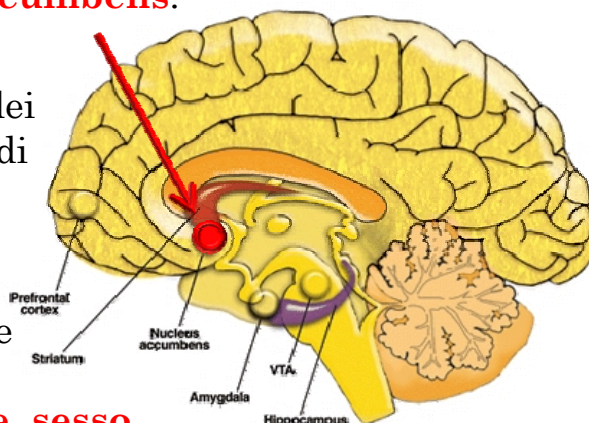


IL CIRCUITO DEL REWARD (RICOMPENSA)

È costituito da **neuroni dopaminergici** che innervano diverse aree del sistema limbico, fra cui il **nucleo accumbens**.

È protagonista dei rinforzi positivi di comportamenti associati alla sopravvivenza e alla procreazione della specie:

bere, mangiare, sesso...



Iancu, CNS Drugs 2008

IL CIRCUITO DEL REWARD (RICOMPENSA)

Studi della Volkow dimostrano che il **NUCLEO ACCUMBENS** è la via finale comune di tutti i comportamenti orientati alle sostanze (drug-seeking).

Si pensa infatti che la DA aumenti la ricompensa attribuendo incentivi di rilievo a stimoli reward-related.

Si è visto che questa attivazione riduce le abilità di Decision making.

Ad esempio:



Il cibo per noi



La slot per i GAP

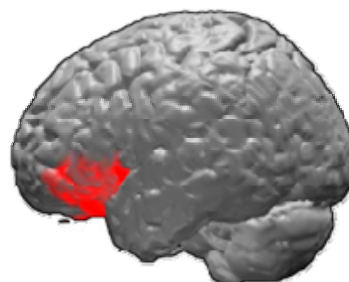


IL CIRCUITO DELLA SPINTA MOTIVAZIONALE

È mediato dall'attivazione delle **connessioni talamo-orbitofrontali** e dal **giro del cingolo**.

Queste regioni si attivano quando non ci sono sufficienti dati per prendere una decisione appropriata o quando azioni appropriate richiedono la **soppressione di altre risposte più gratificanti**.

Si pensa che un malfunzionamento di queste aree porti all'uso compulsivo di droghe

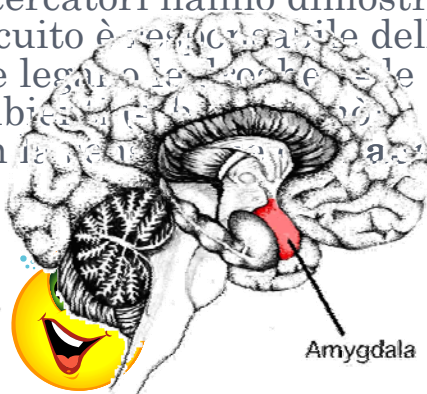


Goldstein, Volkow Am J Psychiatry 2002

CIRCUITO MEMORIA E DELL'APPRENDIMENTO

Questo circuito è localizzato nell'Amigdala e nell'Ippocampo ed è implicato direttamente nel *craving*.

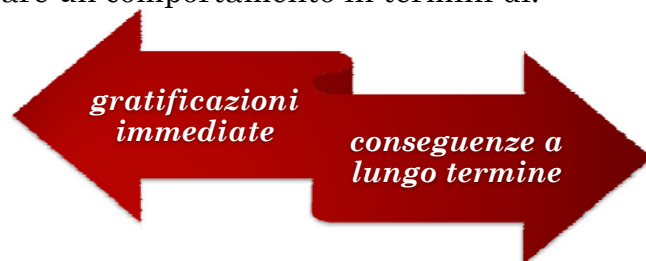
Ricercatori hanno dimostrato che questo circuito è responsabile delle risposte apprese che legano le situazioni (come le macchinette) e i loro ambienti con la voglia di assumere.



Goldstein, Volkow Am J Psychiatry 2002

CIRCUITO DEL CONTROLLO

È responsabile delle funzioni esecutive del cervello attraverso il *decision making* che include l'abilità di soppesare un comportamento in termini di:



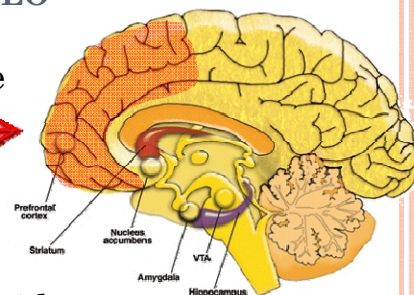
La compromissione del circuito del controllo porta a comportamenti *labili*, ***disinibiti*** e maggiormente orientati verso gli stimoli a gratificazione immediata.

CIRCUITO DEL CONTROLLO

È localizzato principalmente
nella **corteccia**
prefrontale.

Recenti studi neuro-
comportamentali sui
Giocatori hanno dimostrato ridotte
performance nei test delle funzioni esecutive.

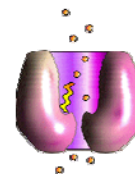
Ciò suggerisce che il **comportamento**
finanziario rischioso dei GAP sia associato ad
una disfunzione di questa parte di corteccia.



Bechara, Semin Clin Neuropsychiatry 2001

NEUROTRASMETTITORI

NEUROTRASMETTITORI NEL GAP

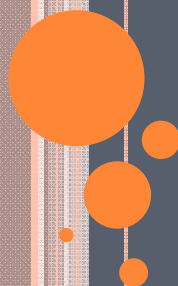


*Si pensa che i **NT** coinvolti siano i seguenti:*

- **Serotonina** (5Ht-1) collegata al comportamento inibizione/disinibizione, aggressività.
- **Dopamina** (DA) associata ai meccanismi di reward e di rinforzo.
- Sistema **μ-oppiode** coinvolto nel piacere/sofferenza. Sembra che i recettori per gli oppioidi agiscano a loro volta sui recettori:
- **GABA**, che hanno il ruolo di inibire i neuroni Dopaminergici.



TRATTAMENTI PER IL GIOCATORE D'AZZARDO PATOLOGICO



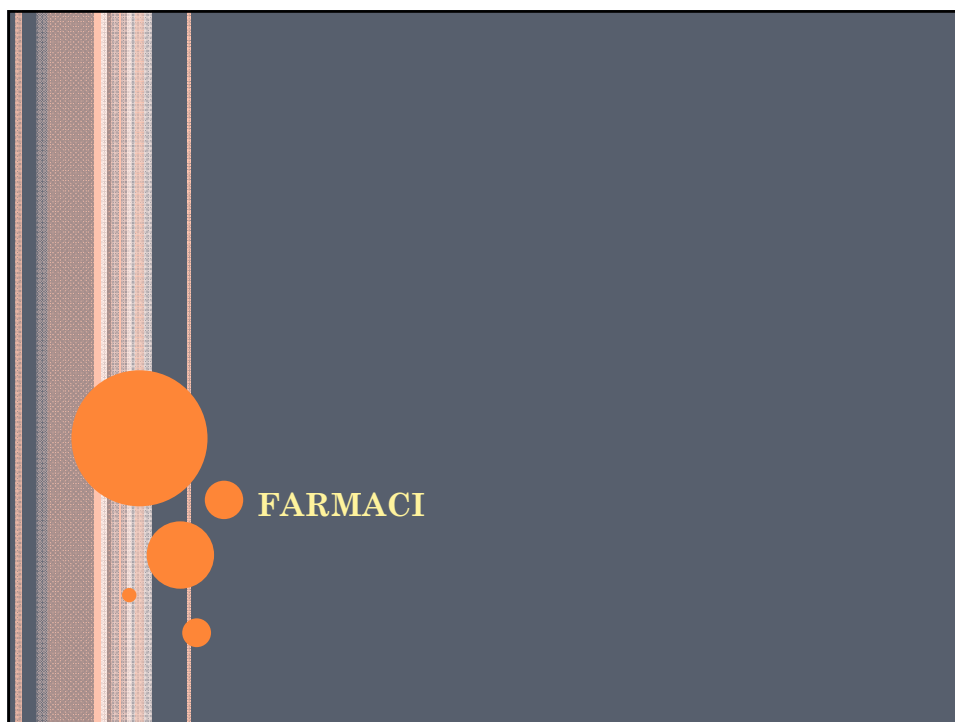
INTERVENTI SUL GAP

1. Definizione diagnostica accurata.
2. Approccio sistematico al problema.
Indagare il carattere/personalità del paziente,
indagare il contesto in cui il paziente gioca,
affrontare la crisi familiare, economica, lavorativa, ecc.;
3. Appianamento situazione debitoria.
Analisi dettagliata della situazione individuale unita ad una
valutazione della situazione globale (familiare, lavorativa,...);

Guerreschi - 2000

INTERVENTI SUL GAP: CONSIDERARE ANCHE ...

4. Gruppi di auto-aiuto (G.A.)
(ci sono ma non si vedono)
5. Psicoterapia di gruppo/familiare;
6. Assistenza legale;
7. Interventi residenziali;
(Dove? Poche strutture in Italia)
8. Eventuale ricovero in Ospedale;
(In quale reparto?)
9. Farmaci ...



FARMACI – CONSIDERAZIONI INIZIALI

Presidi **farmacologici** in grado di affrontare la patologia da Gioco d'Azzardo rappresentano tuttora un'area di ricerca clinica ancora in **fase germinale**.

Per di più ...

Sono stati dimostrati i coinvolgimenti di **diversi sistemi recettoriali** su cui la ricerca farmacologica si sta orientando.

Inoltre ...

Come abbiamo visto inizialmente il Gambling Patologico può presentarsi clinicamente in molti **modi diversi**.

... quindi:

Problemi nella scelta del farmaco.

FARMACI – SSRI

L'uso di SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) nel trattamento del GAP è supportato da evidenze di un **malfunzionamento del sistema serotoninergico**.

È ad oggi la classe di farmaci più utilizzata per curare questo disturbo.

Gli SSRI hanno **pochi effetti collaterali**, sono **sicuri** anche ad alti dosaggi e rappresentano tuttora una sorta di farmaco “**panacea**” per tutti i mali.

ma ...

FARMACI – SSRI (EVIDENZE LETTERATURA)

Ad oggi troviamo circa 5 studi a doppio cieco su SSRI:

Autore, anno	Farmaco	Numero paz/ Periodo di studio	Risultato
Hollander, 2000	Fluvoxamina	15 pz/16 settimane	16,6% migliorano alla CGI-PG
Blanco, 2002	Fluvoxamina	34 pz/6 mesi	No differenze in € giocati
Kim, 2002	Paroxetina	41 pz/8 settimane	Migliorano alla CGI-PG
Grant, 2003	Paroxetina	76 pz/16 settimane	No differenze col placebo
Saiz-Ruiz, 2005	Sertralina	pz/n.s.	No differenze col placebo

Continua...

FARMACI – SSRI (EVIDENZE LETTERATURA)

Altri studi:

Autore – anno	Farmaco	Osservazioni
Grant & Potenza	Escitalopram	Riduzione del Gambling e miglioramento nei sintomi ansiosi (in pz con comorbidità per ansia !)
Zimmerman	Citalopram	Miglioramento significativo alla scala CGI-PG

Un limite importante a questi studi è dato dal ridotto numero di pazienti di **sesso femminile**, un alto tasso di **Dropout** e la frequente risposta al **placebo**.

Ad oggi gli studi sugli SSRI per il trattamento del GAP hanno dato risultati **non univoci**!

>> ultimamente assistiamo ad una riduzione del numero di studi scientifici sugli SSRI

FARMACI – ANTAGONISTI DEGLI OPIOIDI

Secondo la definizione di *dipendenza non-da-sostanze* questi farmaci agiscono riducendo il rilascio di dopamina nel circolo del *reward*.

Ricercatori hanno dimostrato che la somministrazione di **NALTREXONE** riesce a diminuire sia l'**impulso** che l'**eccitamento** legato al gioco patologico.

Autore – anno	Farmaco	Osservazioni
Kim & Grant 2001	Naltrexone	Miglioramento dei sintomi
Kim & Grant (double blind) 2001	Naltrexone	Significativo miglioramento
Grant (multicentrica) 2006	Nalmefene	Miglioramento ma presenza di effetti collaterali

FARMACI – STABILIZZATORI DELL'UMORE

In uno studio sull'uso di Fluvoxamina nel GAP si è visto che le condizioni del paz peggioravano conducendo a maggior disinibizione e discontrollo sul gioco patologico. **Hollander, 2000**

G.A.P. = Disturbo Bipolare ?

Il razionale dell'uso degli stabilizzatori risiede nella osservazione che nel GAP si ravvisa un discontrollo degli impulsi con similarità cliniche che lo avvicinano ad un Disturbo Affettivo, in particolare condividerebbe caratteristiche con:

Disturbo Bipolare:

- Sintomi
- Decorso della malattia
- Comorbidità con altri disturbi psichiatrici.

- *Risk taking behaviour,*
- *Mood swings,*
- *Poor judgement,*
- *Grandiose thinking.*

McElroy, 1996

FARMACI – STABILIZZATORI DELL'UMORE

Anche in questo caso si può parlare di “*risultati promettenti*” ma non di “*certa superiorità*” di questa classe di farmaci su un'altra.

Ancora una volta si conferma che la variabilità individuale della psicopatologia del Giocatore d'Azzardo Patologico debba essere seguita da una

personalizzazione della terapia psicofarmacologica.

Autore – anno	Farmaco	Osservazioni
Haller	Litio	Risultati Buoni
Moskowitz	Carbamazepina	Può essere di beneficio
Pallanti 2002	Litio	Efficace
Pallanti 2002	Valproato	Efficace
Dal 2002 al 2005 <i>poca letteratura</i>	Topiramato, Litio, Valproato	Risultati “promettenti”

FARMACI – ALTRI ...

Olanzapina: due Trial clinici sul GAP non hanno dato risultati soddisfacenti (OLZ = Placebo).

Aloperidolo: rischio di aumentare gli *effetti di reward* del Gambling e quindi incrementare il desiderio di Gioco nei GAP.

UN CAPITOLO A PARTE:

Ropinirolo, Pramipexolo: farmaci per la cura del Parkinson a rischio di indurre un GAP iatrogeno per disregolazione dopaminergica.

Dodd, 2005

FARMACI – ALTRI ...

Bupropione: è un Inibitore Selettivo della **DA** e della **NA** utilizzato molto nella disassuefazione della *dipendenza da tabacco* per ridurre i sintomi d'astinenza e l'impulso a fumare. Nel Gambling ha ancora utilità incerta.

Modafinil: farmaco usato nella Narcolessia (Provigil) uno studio doppio cieco ha mostrato risultati interessanti ...

FARMACI – MODAFINIL

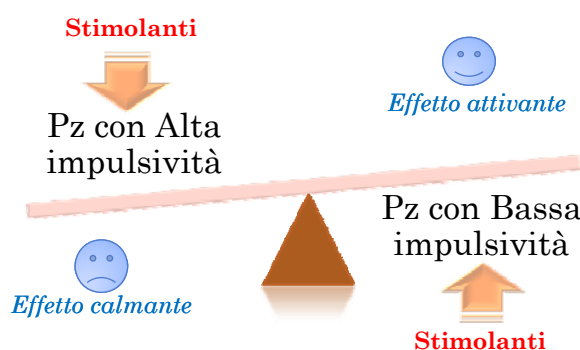
In uno studio doppio cieco **Modafinil vs Placebo** è stato visto che le risposte dei pazienti a questo farmaco avvenivano secondo due modalità diverse:

1. Paz. GAP con **ALTA IMPULSIVITA'** dimostravano una **diminuzione** della *motivazione al gioco*, alle *decisioni rischiose*, all'*impulsività*.
2. Paz. GAP con **BASSA IMPULSIVITA'** dimostravano invece una **attivazione** della *motivazione al gioco*, alle *decisioni rischiose*, all'*impulsività*.

Zack & Poulos, 2008

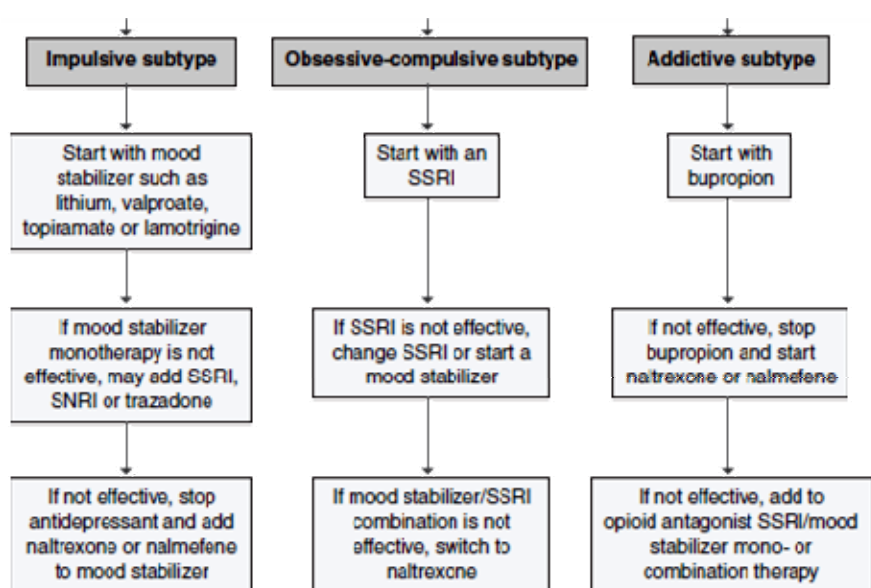
FARMACI – MODAFINIL

Questo suggerisce un effetto **bimodale** del modafinil confermando la teoria recente sull'efficacia degli psicostimolanti nei pazienti con ADHD.



CONCLUSIONI

TERAPIA FARMACOLOGICA PER SOTTOTIPI



Iancu, CNS Drugs 2008

UN APPROCCIO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO

Dopo uno screening per il GAP, ci si potrebbe aiutare con il seguente schema consigliato da Grant:



Grant, 2006

QUINDI CONSIDERIAMO CHE...



- L'uso esteso del trattamento farmacologico **non è ancora supportato** da forti evidenze di efficacia.
- Non sono disponibili dati su trattamenti combinati o per **periodi prolungati**.
- La compliance al trattamento tende ad essere piuttosto scarsa, con frequenti **drop-out**.

Bellio, 2009

MA CONSIDERIAMO ANCHE CHE...

- Alcuni **sottogruppi specifici** di GAP rispondono meglio a determinate classi di farmaci.
- In alcuni pazienti una terapia farmacologica può aiutare ad affrontare una **condizione di sofferenza** da NON sottovalutare.

Una terapia corretta deve **integrare sempre** interventi **psicologici** e il coinvolgimento della **famiglia** del paziente.

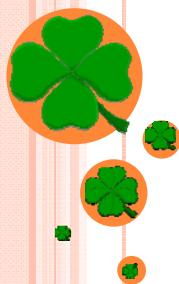


Altrimenti c'è sempre un amico che lo aspetta!

Grazie per l'attenzione



 Regione
Lombardia
ASL Milano



GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

DATI EPIDEMIOLOGICI E ASPETTI NEUROBIOLOGICI
Rho - giugno 2010

Dott. GIANMARIA ZITA, psichiatra Sert 1 - Milano
Gzita@asl.milano.it