

I CONVEGNO NAZIONALE

**Il gioco d'azzardo in Italia**

18 ottobre 2018

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Centro Nazionale dipendenze e Doping

## **Diagnosi e trattamento del disturbo da gioco d'azzardo**

Paolo Jarre

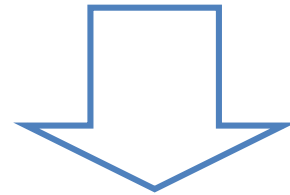
Direttore del Dipartimento «Patologia delle dipendenze» ASL TO3 Piemonte



# Inquadramento diagnostico

# Evoluzione storica

- 1915 Kraepelin “mania del gioco d’azzardo”
- 1927 Freud “Dostoevskij e il parricidio”



## Categoria diagnostica autonoma

- 1980 APA – (American Psychiatric Association) – DSM III (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali)
- 1987 DSM III R
- 1994 DSM IV
- 1997 DSM IV TR
- 2013 DSM-5



Journal of Addictive Diseases

Volume 12, Issue 3, pages 89-102 **1993**

***Pathological Gambling, Eating Disorders, and the  
Psychoactive Substance Use Disorders***

Henry R. Lesieur PhD<sup>a</sup> & Sheila B. Blume MD<sup>b</sup>

**Both pathological gambling disease and eating disorders have been conceptualized as addictive diseases**, comparable to alcoholism and other drug dependencies.

This paper briefly reviews both pathological gambling and the eating disorders, stressing their epidemiology and their overlap with psychoactive substance use and other psychiatric disorders.

**Common factors in the natural history and treatment of these disorders** are also discussed.



Drug and Alcohol Dependence 39 (1995) 75–81

**DRUG and  
ALCOHOL  
DEPENDENCE**

## Pathological gambling among methadone patients

William Feigelman\*<sup>a</sup>, Paula H. Kleinman<sup>b</sup>, Henry R. Lesieur<sup>c</sup>, Robert B. Millman<sup>b</sup>,  
Martin L. Lesser<sup>d</sup>

<sup>a</sup>*Department of Sociology, Nassau Community College, Stewart Avenue, Garden City, New York 11530, USA*

<sup>b</sup>*Cornell University Medical College, 411 East 69th Street, New York, NY 10021, USA*

<sup>c</sup>*Department of Criminal Justice Sciences, Illinois State University, Normal, IL 61790-5250, USA*

<sup>d</sup>*Division of Biostatistics, North Shore University Hospital, Research Building, 350 Community Drive, Manhasset, New York 11030, USA*

Received 24 July 1994; accepted 13 April 1995

1994....

# Pathological Gambling



Adapted From Potenza and Hol

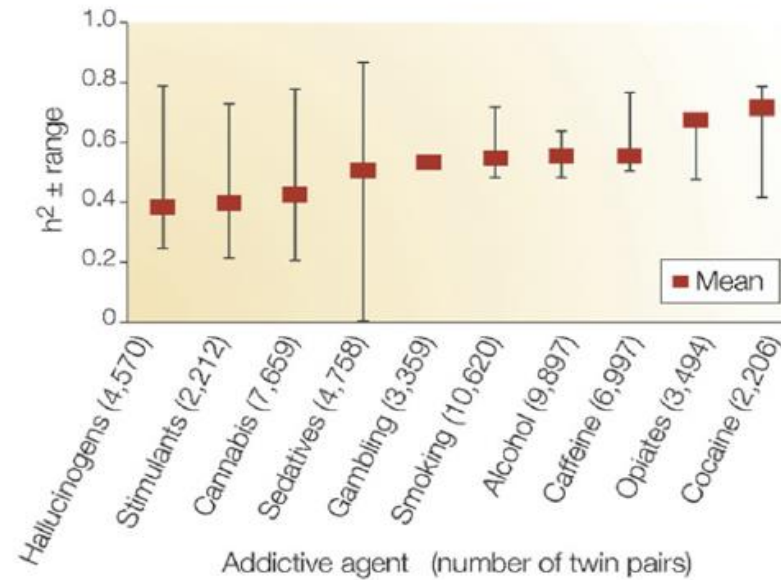


Fig. 1. Heritability (weighted means and ranges) of 10 addictive disorders: hallucinogens, cannabis, stimulants, sedatives, opiates, and cocaine dependence or abuse; alcohol dependence; smoking; caffeine consumption or heavy use; pathologic gambling. Weighted heritability ( $h^2$ ) means were computed using data from large surveys of adult twins. (Adapted from Goldman D, Oroszi G, Ducci F. The genetics of addictions: uncovering the genes. Nat Rev Genet 2005;6(7):521–32.)

### HERITABILITY OF ADDICTIONS

Evidence from family, adoption, and twin studies converges on the relevance of genetic factors in the development of addictions including SUDs and gambling.<sup>7–13</sup> Weighted mean heritabilities for addictions computed from several studies of large cohorts of twins are shown in Fig. 1.<sup>14</sup> Heritability is lowest for hallucinogens (0.39) and highest for cocaine (0.72).

Heritability estimates are usually higher for addiction than for substance use; however, “no pathologic drug use” and “initiation of use” are also heritable, indicating that genetic influences play a role also in initiation.<sup>10,12,15</sup>

# Evoluzione Edizioni DSM (da DMS III del 1980 al DSM 5 del 2013)

1980 DSM III 1987 DSM-III-R	"Pathological Gambling" Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)	Disturbi del Controllo degli Impulsi non classificati altrove
1994 DSM IV 1997 DSM-IV-TR	"Pathological Gambling" Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)	
2013 DSM-5	" <b>Gambling Disorder</b> " Disturbo da Gioco d'Azzardo	<b>Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction</b>





In light of the upcoming eleventh edition of the International Classification of Diseases (ICD-11), the question arises as to the most appropriate classification of 'Pathological Gambling' ('PG'). Some academic opinion favors leaving PG in the 'Impulse Control Disorder' ('ICD') category, as in ICD-10, whereas others argue that new data especially from the neurobiological area favor allocating it to the category of 'Substance-related and Addictive Disorders' ('SADs'), following the decision in the fifth revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders....

....In summary, the strongest arguments for subsuming PG under a larger SAD category relate to the existence of:

- similar diagnostic characteristics;
- the high co-morbidity rates between the disorders;
- their common core features including reward-related aspects (positive reinforcement: behaviors are pleasurable at the beginning which is not the case for ICDs);
- the findings that the same brain structures are involved in PG and SADs, including the ventral striatum.

Research on compulsivity suggests a relationship with PG and SAD, particularly in later stages of the disorders. Although research is limited for ICDs, current data do not support continuing to classify PG as an ICD.

06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders

Disorders due to substance use or addictive behaviours

Disorders due to addictive behaviours

- **Disorders due to addictive behaviours**

- Description

- Disorders due to addictive behaviours are recognizable and clinically significant syndromes associated with distress or interference with personal functions that develop as a result of repetitive rewarding behaviours other than the use of dependence-producing substances.

**Disorders due to addictive behaviors include gambling disorder and gaming disorder**, which may involve both online and offline behaviour.

# Modifiche nell'edizione DSM-5 2013

- **Denominazione**  
da Gioco d'Azzardo Patologico a **Disturbo da Gioco d'Azzardo**
- **Classificazione**  
dal capitolo dei Disturbi del Controllo degli Impulsi non classificati altrove al capitolo dei Disturbi Correlati a Sostanze e Disturbi da Addiction
- **Criteri diagnostici**  
riduzione del numero da 10 a 9  
riduzione da 5 a 4 dei criteri necessari per la diagnosi
- **Finestra temporale**  
criteri evidenziabili per un periodo di 12 mesi
- **Specificazioni**  
di decorso, di gravità, di esito

# DSM-5 (2013) Disturbo da gioco d'azzardo – Elenco criteri diagnostici (1)

- A. Comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato dall'individuo che presenta quattro o più delle seguenti condizioni entro un periodo di 12 mesi:
1. Il soggetto ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata
  2. Il soggetto è irrequieto o irritabile se tenta di ridurre o di smettere di giocare d'azzardo
  3. Il soggetto ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo
  4. Il soggetto è spesso preoccupato dal gioco d'azzardo

## DSM-5 (2013) Disturbo da gioco d'azzardo – Elenco criteri diagnostici (2)

5. Il soggetto spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio
6. Il soggetto dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare **CHASING**
7. Il soggetto mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo
8. Il soggetto ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo
9. Il soggetto conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevare situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo

# DSM-5 (2013) Disturbo da gioco d'azzardo – Elenco criteri diagnostici (3)

B. Il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale

Specificare se:

- Episodico
- Persistente

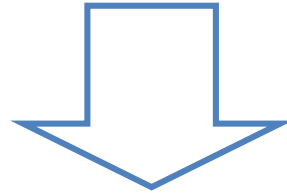
Specificare se:

- In remissione precoce
- In remissione protratta

Specificare la gravità attuale:

- Lieve (4-5 criteri)
- Moderata (6-7 criteri)
- Grave (8-9 criteri)

Gruppo eterogeneo



Implicazioni su modalità di accoglienza, trattamento  
e indicazioni prognostiche

# Classificazione Blaszczynski e Nower (2002)

- Tipo I - Giocatori condizionati nel comportamento
- Tipo II - Giocatori emotivamente vulnerabili
- Tipo III - Giocatori impulsivi antisociali

Tratti in comune:

- \* condizioni ambientali
- \* condizionamenti e schemi cognitivi distorti

*Blaszczynski, Nower (2002)*



## Tipo I - Giocatori condizionati nel comportamento

- Assenza di psicopatologia primaria rilevante
- Assenza temperamento impulsivo
- Assenza vulnerabilità genetica
- Minore gravità, migliore prognosi

= possibile ritorno ad una modalità di gioco non problematico

## Tipo II - Giocatori emotivamente vulnerabili

- Presenza psicopatologia primaria rilevante
- Esperienze traumatiche infantili
- Bassa autostima e precarie abilità cognitive
- Gioco come modulatore emotivo
- Gravità significativa

= remissione completa come obiettivo

## Tipo III – Giocatori impulsivi antisociali

- Predisposizione biologica all'impulsività
- Bassi livelli di funzionamento generale
- Comportamenti antisociali
- Gravità elevata e prognosi severa

= difficoltà a mantenere la remissione e alto rischio ricadute

# Aree di Assessment

Per un inquadramento clinico idoneo ad impostare il corretto modello di intervento, occorre effettuare un processo di assessment che prenda in considerazione le seguenti aree:

- gioco d'azzardo
- aspetti motivazionali
- comorbilità
- tratti di personalità e funzionamento dell'individuo
- area familiare
- aree sociale, economica, legale

# Area del gioco d'azzardo

- Età di esordio
- Progressione del problema
- Giochi praticati (offline e/o online)
- Frequenza
- Luoghi
- Denaro speso
- Vincite iniziali proprie o altrui
- Periodi di remissione
- Tentativi di smettere
- Distorsioni cognitive
- Craving e impulsività
- Funzioni, bisogni, significati connessi al gioco

# Aree indagabili con gli strumenti diagnostici

- Stato e gravità
- Modalità di gioco
- Caratteristiche cognitive
- Aspetti motivazionali
- Impulsività
- Comorbilità

# Strumenti di inquadramento diagnostico

Fondati sui DSM:

- **SOGS - South Oaks Gambling Screen**
- **SOGS-RA**
- **Lie/bet Questionnaire**
- Test di Beaudoin e Cox
- Fisher DSM-IV Screen
- **DSM-IV-J Gambling screen**

# Strumenti diagnostici specifici

Fondati su ipotesi diagnostiche o modelli teorici specifici:

- Diagramma di Custer
- **MAC/G Motivazione al cambiamento – gioco**
- **ASI-G Addiction Severity Index Gambling**
- PG-Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale

Fondati su elementi correlati con il disturbo:

- BIS-11 Barratt Impulsiveness Scale
- GABS Questionario sui Comportamenti e sulle Convinzioni inerenti il Gioco d'Azzardo
- **GRCS Gambling Related Cognition Scale**

Altri:

- SLUGS Sidney Laval University Gambling Screen
- **CGPI - Canadian Problem Gambling Index Short Form**
- **PGQ – Pathologica Gambling Questionnaire**



# SOGS - South Oaks Gambling Screen

- Forma: questionario auto-somministrato
- Utilizza i criteri del DSM III e indaga le modalità del comportamento di gioco
- Scoring: 3-4 gioco problematico  
≥ 5 gioco patologico
- Limiti: basato su DSM III; produce falsi positivi
- Indicazioni: non basare la diagnosi solo su questo strumento

*Lesieur, Blume (1993)*

# SOGS-RA - South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents

- Forma: questionario auto o etero-somministrato
- Indaga gli stessi criteri del SOGS, con un adattamento rispetto ai contesti sociali dell'adolescente
- Scoring: 2-3 gioco a rischio  
≥4 gioco problematico
- Limiti: basato su DSM III

*Winters, Stinchfield, Fulkerson (1993)*

# Lie/Bet Questionnaire

- Forma: test screening a due domande.
- Valuta la di presenza di una condizione di rischio sue due criteri, secondo un sistema di valutazione bipolare (sì/no):
  - tolleranza
  - menzogna
- Scoring: almeno 1 sì indica "pericolo" di gioco d'azzardo problematico
- Limiti: non differenzia gioco problematico da patologico
- Indicazioni: test di screening

*Johnson, Hamer et al. (1997)*

## Fisher DSM IV Screen

- Forma: check – list compilata dal somministratore
- Valuta la presenza (sistema di valutazione bipolare sì/no) o la frequenza (sistema di valutazione graduato) dei 10 criteri del DSM IV
- Scoring: 3-4 gioco problematico  
≥ 5 gioco patologico
- Limiti: possibile arbitrarietà nell'attribuzione dei punteggi, superato dalla graduazione del DSM – 5

*Fisher (2000)*

# DSM-IV-J Gambling Screen

- Forma: questionario auto-somministrato o etero-somministrato
- Misura la presenza di 9 criteri del DSM IV (escluso il criterio dell'indebitamento)
- Scoring:  $\geq 4$  gioco problematico.
- Limiti: traduzione italiana non validata

*Derevensky, Gupta (2000)*

# MAC/G Motivazione al Cambiamento – Gioco

- Forma: questionario somministrato dall'operatore
- Stima la disponibilità al cambiamento, la frattura interiore, il livello di autoefficacia percepita e lo stadio di cambiamento nel quale si trova il soggetto
- Si ottiene un punteggio per ognuna delle 4 aree indagate
- Limiti: la versione italiana non è validata
- Indicazioni: ripetibile per monitorare il livello motivazionale nelle diverse fasi del trattamento

*Hodgins, Currie, el-Guebaly (2001)*

# Addiction Severity Index-Gambling

- Forma: intervista semi-strutturata
- Valuta il profilo di gravità in alcune aree correlandolo alla necessità di un trattamento (sistema di valutazione bipolare)
- Scoring: indica un profilo di gravità da 0 a 9 per ognuna delle aree indagate, correlandolo alla necessità di un trattamento:
  - ✓ **0-1** nessun problema reale
  - ✓ **2-3** problema lieve
  - ✓ **4-5** problema moderato
  - ✓ **6-7** problema notevole
  - ✓ **8-9** problema estremamente grave
- Limiti: tempo lungo di somministrazione
- Indicazioni: da somministrare per l'approfondimento diagnostico

*Lesieur , Blume (1992)*

## GABS - Questionario sui comportamenti e sulle convinzioni inerenti il gioco d'azzardo

- Forma: questionario auto-somministrato
- Indaga errori cognitivi, credenze irrazionali e atteggiamenti correlati con il gioco d'azzardo, con un sistema di valutazione basato sul grado di accordo con gli item.
- Limiti: non esiste cut-off per differenziare giocatori sociali, problematici e patologici

*Breen, Zuckerman (1999)*



# GRCS – Gambling Related Cognition Scale

- Forma: questionario auto-somministrato
- Indaga le distorsioni cognitive:
  - ✓ distorsioni interpretative
  - ✓ illusione di controllo sulla sorte
  - ✓ controllo predittivo sull'esito del gioco
  - ✓ incapacità a smettere di giocare
  - ✓ aspettative verso il gioco e gli effetti del giocare
- Scoring: punteggi medi e deviazioni standard per ogni sottoscala e per la scala totale divisi per genere

*Raylu, Oei (2006)*

# CGPI–SF Canadian Pathological Gambling Short Form

- Forma: questionario auto-somministrato
- Valuta, secondo un sistema di valutazione graduato basato sulla frequenza, e facendo riferimento all'ultimo anno, la presenza di:
  - ✓ Tolleranza
  - ✓ Rincorsa delle perdite
  - ✓ Riconoscimento del problema di gioco
  - ✓ Denaro e problemi finanziari
  - ✓ Conseguenze sullo stato di salute
  - ✓ Senso di colpa per il modo di giocare o le sue conseguenze
- Scoring:
  - 0 assenza di problema
  - 1-2 rischio basso
  - 3-7 rischio moderato
  - 8+ gioco problematico/patologico

*Ferris, Wynne (2001)*

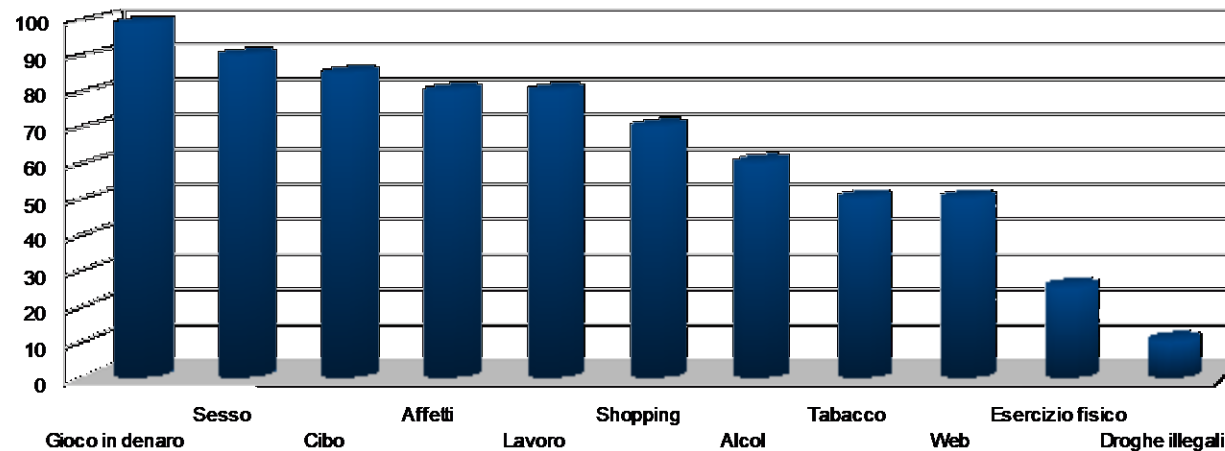
# PGQ– Pathological Gambling Questionnaire

- Forma: questionario auto-somministrato
- Esplora lo stato di nove aree:
  - ✓ Umore pregresso al problema di gioco
  - ✓ Umore successivo al problema
  - ✓ Esperienze di maltrattamento, abuso, traumatiche
  - ✓ Ruolo e significati del gioco
  - ✓ Tratti antisociali
  - ✓ Impulsività
  - ✓ Gestione dello stress
  - ✓ Propensione al rischio
  - ✓ Comportamenti sessuali a rischio
- Scoring: attribuisce il soggetto ad una delle tre tipologie di giocatore ed individua i fattori da approfondire nell'assessment

*Blaszczynski, Nower (2017)*

# Il trattamento

# Probabilità di esposizione non intenzionale all'oggetto additivo, al trigger...



Ogni giorno una persona con un disturbo correlato a ... incontra l'oggetto dei propri desideri con una probabilità del...



APRI SUBITO UN CONTO SU POKER SNAI  
**TI ASPETTA UN SUPER BONUS DI 400 EURO!**

## IPSAD 2017

Percentuale sui soggetti che riferiscono di aver giocato almeno una volta negli ultimi 12 mesi				prevalenza
15-64 anni	maschi	femmine	tot	15-64
assenza di rischio	70,0	88,6	76,5	32,8
rischio minimo	19,1	7,9	15,2	6,5
rischio moderato	8,0	1,8	5,9	2,5
rischio severo	2,9	1,6	2,4	1,0

2,6 milioni  
**1 milione**  
**400.000\***

Nella vita dichiarano di aver giocato d'azzardo almeno una volta il 64% dei 40 milioni di soggetti tra 15 e 64 anni → 25,6 milioni  
Nell'ultimo anno il 42,8 % → 17,1 milioni

\* vanno aggiunti gli ultra 64 enni (11,4 milioni tra 65 e 84 anni giocano con prevalenze simili ai più giovani) che potrebbero contribuire per un'ulteriore quota di circa 100.000 soggetti portando il totale di soggetti con rischio severo a **mezzo milione**

## IPSAAD 2017

15-64 ANNI Tipologia di problematicità	2007-2008	2007-2008	2007-2008	2010-2011	2010-2011	2010-2011	2013-2014	2013-2014	2013-2014	2017-2018	2017-2018	2017-2018
	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale	maschi	femmine	totale
Nessun rischio	79,9	87,7	80,2	79,9	87,7	83,4	76,1	87,8	79,6	70,0	88,6	76,5
Basso rischio	12,3	9,6	14,6	12,3	9,6	11,0	17,7	8,0	14,9	19,1	7,9	15,2
Rischio moderato	5,8	2,2	4,6	5,8	2,2	4,3	4,4	3,1	4,0	8,0	1,8	5,9
Gioco problematico	1,9	0,5	0,6	2,0	0,5	1,3	1,8	1,1	1,6	2,9	1,6	2,4

100.000

210.000 256.000 400.000



\* vanno aggiunti gli ultra 64 anni (11,4 milioni tra 65 e 84 anni giocano con prevalenze simili ai più giovani) che potrebbero contribuire per un'ulteriore quota di circa 100.000 soggetti portando il totale di soggetti con rischio severo a **mezzo milione**



# Indagine sui soggetti con DGA afferenti ai Servizi per le dipendenze piemontesi, anno 2018

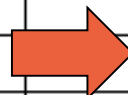
	F		M		Totale	
età	N	%	N	%	N	%
18-35	5	5,4	72	19,5	77	16,6
36-60	62	66,7	225	60,8	287	62,0
61+	26	28,0	73	19,7	99	21,4
Totale	93	100	370	100	<b>463</b>	100

Qual è il principale tipo di gioco d'azzardo TRADIZIONALE che le ha procurato i problemi che l'hanno condotta a farsi curare?

	F		M		Totale	
	N	%	N	%	N	%
<b>New slot</b>	57	61,3	255	68,9	312	<b>67,4</b>
<b>Lotterie istantanee</b>	22	23,7	30	8,1	52	<b>11,2</b>
<b>VLT</b>	9	9,7	37	10,0	46	<b>9,9</b>
Scimmesse sportive			16	4,3	16	3,5
Giochi in casinò			15	4,1	15	3,2
Lotto	4	4,3	5	1,4	9	1,9
Scimmesse virtuali	1	1,1	4	1,1	5	1,1
Nessuno			3	0,8	3	0,6
Non risponde			5	1,4	5	1,1
Totale	93	100	370	100	463	100

Percentuale sui soggetti che riferiscono di aver giocato d'azzardo negli ultimi 12 mesi, secondo tipologia di gioco		
	15-34	15-64
gratta e vinci	70,9	74,0
lotto	17,9	28,3
superenalotto	25,0	42,5
10 e lotto, win for life	11,0	13,1
totocalcio/totogol	10,6	6,2
bingo	11,6	6,0
videolottery, slot machine	8,4	5,9
scommesse sportive	43,1	28,0
scommesse su altri eventi	6,1	4,1
poker texano	14,7	7,7
altri giochi con le carte	23,3	15,5
altri giochi (roulette/dadi,...)	6,5	4,2

12,7 milioni  
 4,8 milioni  
 7,3 milioni  
 2,2 milioni  
 ....  
 .....  
**1 milione\***



\* cui si potrebbero aggiungere 290.000 soggetti ultrasessantacinquenni per un totale complessivo stimato di **giocatori di apparecchi last year di 1,29 milioni**

Il dato di dettaglio sulla raccolta e spesa per tipologia di gioco 2017 non è ancora disponibile ma rifacendosi ai dati 2016 si può affermare con buona approssimazione che la **raccolta con**


**apparecchi vale circa 50 miliardi di € e le perdite circa 10 miliardi di €**

**Ogni giocatore di apparecchi nel 2017 ha in media investito in questo gioco 38.800 € perdendone definitivamente 7750, 650 al mese**



Article

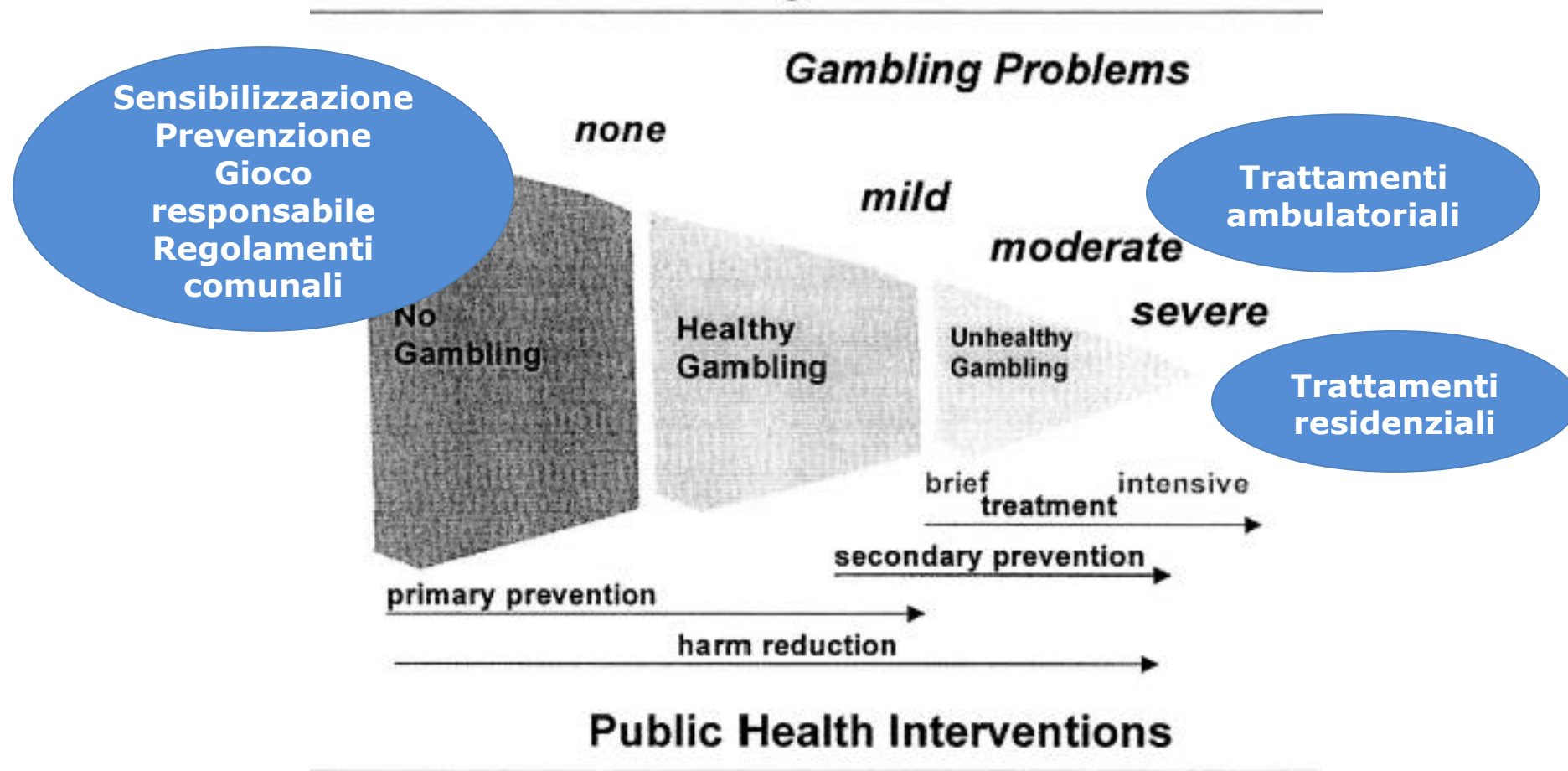
## Who Are the Subjects with Gambling-Related Problems Requiring Treatment? A Study in Northern Italy

Raimondo Maria Pavarin \* , Angelo Fioritti, Silvia Marani, Daniele Gambini, Elsa Turino and Antonella Piazza

**Abstract:** Background: This study analyzes data related to Hospital (HOS), Public Treatment Service Dedicated to Drug Addicts (SERD), or Community Mental Health Center (CMHC) clients with a first diagnosis of Pathological Gambling (PG) in the period 2000/2016 in Northern Italy. The aims were to describe trends and characteristics of pathological gamblers (PGs) and to estimate the prevalence of other diagnoses before or after the diagnosis of PG. Methods: Participants aged over 17 years with an ICD-9 or ICD-10 PG diagnosis were selected. Results: 680 PGs were identified, mean age 47.4 years, 20% female, 13% non-natives, 30% had other mental disorders diagnoses, 9% had alcohol dependence syndrome, and 11% had drug dependence. Most participants with comorbid disorders were diagnosed before PG, with a more elevated prevalence regarding mental disorders. Almost seven years had elapsed on average between the first admission and the diagnosis of PG. Conclusions: The results of this study highlight a growing demand for PG treatment addressed not only to SERD, but also to psychiatric and hospital services, based on the increase in SERD attendance from 2013. Many of them had already been treated for mental health problems before, but their percentage remained constant over time.

# Organizzazione degli interventi in un'ottica di salute pubblica

Figure 5  
Gambling and Health



Fonte: Shaffer, 1999

# Percorso di presa in carico

**ACCETTAZIONE**  
Analisi della domanda

**ACCOGLIENZA**  
Percorso diagnostico  
Diagnosi di stato  
Diagnosi di gravità  
Valutazione motivazionale  
Classificazione tipologia

**VALUTAZIONE EQUIPE MULTIPROFESSIONALE**



**DEFINIZIONE DEL PERCORSO TERAPEUTICO**

# Definizione obiettivo terapeutico

È importante aiutare i pazienti a definire **obiettivi realisticamente raggiungibili** (“mito” della remissione totale **subito**)

Contenere perdita di denaro

**Remissione iniziale**

Ridurre attività di gioco

**Remissione parziale protratta**

Astensione assoluta dal gioco

**Remissione totale protratta**

# Obiettivo del trattamento: astensione totale o gioco controllato?

Posizioni diverse:

- **Completa astensione** (modello adottato per esempio dai Giocatori Anonimi)
- **Modello del gioco controllato**



Cos'è il gioco controllato?

**Journal of Gambling Studies, Vol. 21, No. 1, Spring 2005**

***“Controlled Gambling for Pathological Gamblers”***

**Robert Ladouceur**

- Despite its high prevalence, pathological gambling often remains untreated. **It is estimated that only 10% of the pathological gamblers identified in prevalence studies will enter treatment.**
- **Within this small proportion, a high percentage will drop out.**
- Despite the facts that some researchers argue against abstinence as the unique treatment goal and that regaining control appears to be possible for some pathological gamblers, abstinence has been the only treatment goal in most problem gambling interventions thus far.

This paper examines the avenue of **controlled gambling embedded in a harm reduction context as a viable solution** for some pathological gamblers.

**Journal of Gambling Studies, Vol. 21, No. 1, Spring 2005**

***“Controlled Gambling for Pathological Gamblers”***

**Robert Ladouceur**

***... abstinence as the unique goal of treatment is not adapted to the heterogeneous population of pathological gamblers.***

Despite numerous calls from experts (clinicians and researchers) for an integration of controlled gambling as a treatment goal in a harm reduction perspective, no experimental studies have yet been conducted to test the efficacy of this treatment modality.

... The little attention that controlled gambling as an outcome has received in the literature could be due to the influence of Gamblers Anonymous on traditional psychiatric treatment centers. Anonymous Movements, such as Alcoholics Anonymous and Gamblers Anonymous, were influential among addicted individuals, their families, the legislation, as well as the paramedical and the medical professions.

**The core of this ideology is “First drink, then drunk”.**

Journal of Gambling Studies, Vol. 21, No. 1, Spring 2005 ( 2005) “*Controlled Gambling for Pathological Gamblers*”

Robert Ladouceur

### ***Rationale for Offering an Alternative to Abstinence as a Treatment Goal for Pathological Gamblers***

→ **It could attract patients unconvinced of their ability to achieve complete abstinence into treatment.** Success in controlled use during the early phase of treatment may result in increased self-efficacy, leading to an increase in the probability of the patient accepting abstinence as a treatment goal.

→ **current treatment programs, by demanding abstinence, often cause delays in seeking treatment** since troubled gamblers do not want to permanently give up an activity that serves as an important source of excitement and camaraderie in their lives. For many gamblers, abstinence appears to be unrealistic.

Journal of Gambling Studies, Vol. 21, No. 1, Spring 2005 ( 2005) “*Controlled Gambling for Pathological Gamblers*”

Robert Ladouceur

*...an idiosyncratic definition of controlled gambling would be acceptable in terms of the:*

- (a) amount of money bet per session;
- (b) amount of money bet per week;
- (c) number of gambling sessions per week and;
- (d) time (minutes/hours) spent on gambling per week.

**Moreover, no matter what took place during the gambling session, the gambler was not allowed to chase losses**

**J Gambl Stud (2009) 25:201–214**

**A Preliminary Investigation of Abstinence and Controlled Gambling as Self-Selected Goals of Treatment for Female Pathological Gambling**

Nicki Dowling, David Smith, Trang Thomas

→ The findings revealed that **pathological gamblers selecting controlled gambling displayed comparable levels of improvement to those displayed by gamblers selecting abstinence.**

→ Using a treatment completer approach, **89% of the gamblers selecting abstinence compared with 82% selecting controlled gambling no longer satisfied the diagnostic criteria** for pathological gambling by the completion of the 6-month follow-up period.

→ **the findings of this study provide preliminary support for the practice of offering controlled gambling as an alternative goal in the treatment of pathological gambling.**

**Assessing the effectiveness of a responsible gambling behavioural feedback tool for reducing the gambling expenditure of at-risk players**

Richard T.A. Wood<sup>a\*</sup> and Michael J.A. Wohl<sup>b</sup>

<sup>a</sup>*GamRes Limited, Montreal, Canada;* <sup>b</sup>*Department of Psychology, Carleton University, Ottawa, Canada*

*(Received 11 November 2014; accepted 4 May 2015)*

**Limit your time, gamble responsibly: setting a time limit (via pop-up message) on an electronic gaming machine reduces time on device**

Hyoun S. Kim<sup>a</sup>, Michael J. A. Wohl<sup>a\*</sup>, Melissa J. Stewart<sup>b</sup>, Travis Sztainert<sup>a</sup> and Sally M. Gainsbury<sup>c</sup>

**Pre-commitment in gambling: a review of the empirical evidence**

Robert Ladouceur<sup>a\*</sup>, Alex Blaszczynski<sup>b</sup> and Daniel R. Lalande<sup>c</sup>

# Pre-commitment strategies I

## Key points

**Many gamblers find it hard to control the money spent on gambling.**

Yet, features of gaming machines mean that genuinely informed choice are often not present.

**Measures that allow gamblers to determine limits on their playing** — known as ‘pre-commitment’ — **provide a key mechanism for improving informed consent.**

**Self-exclusion** allows gamblers to prevent themselves playing at specified venues, but existing arrangements have deficiencies. These could be reduced by:

- implementing jurisdiction-wide programs, supported by a **centralised** database of self-excluded gamblers and by a requirement to check the **identity** of patrons against such a database when winning large prizes
- making it is easier to self-exclude at venues and other places
- setting non-revocation periods that ensure there is a balance between flexibility and allowing agreements to bind.



# Pre-commitment strategies II

## Key points

**More flexible pre-commitment systems** that give gamblers the capacity to control their gambling, rather than cease it, are relevant to gamblers generally.

**A 'partial' system of pre-commitment** with non-binding limits would produce some benefits, and provide lessons for a later, more comprehensive, system – but the capacity for gamblers to circumvent the limits they set represents a major deficiency.

**A 'full' pre-commitment system** would allow players to set binding limits. This requires:

- identification of all players (except for occasional gamblers making small bets), but with strict privacy arrangements
- a system that applies to all machines and venues.

**To make the system work well, there would need to be 'safe' default settings** with players able to choose to override these with other (including no) limits.

**Phased implementation would involve the development of standards and the earlier adoption of partial pre-commitment as the precursor to rolling out full pre-commitment in all jurisdictions.**

**Some other regulatory measures** for gaming machines may ultimately be modified or removed if pre-commitment proved sufficiently effective.

# Definizione obiettivi terapeutici e strumenti clinici

Avviene attraverso la valutazione di:

- Fase motivazionale in cui si trova il paziente
- Risorse psicologiche del paziente
- Risorse estrinseche
- Eventuale diagnosi comorbidità
- Tipologia di giocatore
- Gravità del comportamento di gioco
- Entità dell'indebitamento

# Durata dei trattamenti e setting clinici

La durata dei trattamenti è variabile e dipende dalle caratteristiche del paziente

<b>DESTINATARI</b>	Pazienti, Familiari
<b>SETTING</b>	Individuale, Di gruppo, Familiare
<b>SEDE</b>	Ambulatoriale Residenziale

## Are Treatment Outcomes Determined by Type of Gambling? A UK Study

Silvia Ronzitti<sup>1,2</sup> · Emiliano Soldini<sup>3</sup> · Neil Smith<sup>4</sup> · Andrew Bayston<sup>4</sup> · Massimo Clerici<sup>2,5</sup> · Henrietta Bowden-Jones<sup>4,6</sup>

One of the main difficulties faced in treating gambling disorder is compliance with psychological treatment. Gambling takes many forms and can differ greatly in its features such as speed of play and skill requirements. The type of gambling a pathological gambler opts for may play a key role in treatment compliance. The study incorporated 524 treatment-seeking individuals who are clients of the National Problem Gambling Clinic in London.

The data was fitted to a multinomial logistic regression model, with the treatment outcome (i.e. pre-treatment dropouts, during treatment dropouts, and completed treatment) as the dependent variable and gambling behavior as the independent variable, whilst controlling for socio-demographic factors.

**The use of gaming machines was a significant predictor of dropping out pre-treatment** ( $p < 0.05$ , RRR 1.616), whilst **betting on sports events was a significant predictor of dropping out during treatment** ( $p < 0.01$ , RRR 2.435).

Treatment outcomes have been found to significantly differ based on participation in certain gambling activities. Further research into the salient features of these gambling activities may help to further explain pre-treatment and during treatment dropouts within this population.

# Interventi disponibili nel percorso di presa in carico

- Helpline
- Monitoraggio del sintomo/tutoraggio educativo
- Consulenza legale e finanziaria
- Psicoterapia
- Trattamento farmacologico
- Gruppi di auto aiuto per famigliari
- Interventi residenziali (breve, medio, lungo termine)

## Caratteristiche

- Diffusa prevalentemente nei paesi anglosassoni
- Garantisce anonimato
- Disponibilità 24h/24
- Offre ascolto nelle situazione di crisi
- Orienta e invia i giocatori presso Servizi che si occupano di cura

## Obiettivi

- Individuare un referente all'interno della famiglia cui affidare la gestione del denaro
- Accompagnare il giocatore nella definizione dei bisogni e nella programmazione delle spese
- Orientare il giocatore nell'utilizzo delle risorse di rete presenti sul territorio

# Tutoraggio economico

- ▶ per permettere al giocatore di recuperare un rapporto sano con il denaro



# Compiti del tutor

- ▶ mappatura della situazione finanziaria
- ▶ individuare un referente all'interno della famiglia
- ▶ ricostruire con il giocatore i movimenti in termini di denaro
- ▶ aiutare il giocatore a stabilire un ordine di priorità delle spese
- ▶ pianificare le spese – settimanali o mensili
- ▶ restituire al giocatore la responsabilità delle sue azioni

## Valutazione Situazione Finanziaria

- Analisi contratti/documenti finanziamento
- Chiusura conti correnti + restituzione carte di credito, carte revolving, bancomat e assegni
- Richiesta copia contratti
- Diffida violazione privacy e/o pratica commerciale aggressiva
- Contestazione finanziamenti
- Offerta saldo e stralcio

# Consulenza legale e finanziaria

Consulenze specifiche articolate su due livelli:

- primo livello: supporto di un **assistente sociale** del servizio
- secondo livello: ausilio di **consulenti specialisti**

## **Valutazione Situazione Legale**

**Redditi e beni di proprietà** con relativa documentazione  
(dichiarazione dei redditi);

**Lavoro** (contratto di lavoro, buste paga, CUD, visura camerale per imprenditori, certificati di iscrizione ad albi ed elenchi per professionisti e lavoratori autonomi);

**Famiglia** (atto di matrimonio, certificato residenza e stato famiglia);

**Documentazione Bancaria e Finanziaria**  
(contratti bancari e di finanziamento);

**Merito Creditizio** (prospetto riepilogativo delle informazioni creditizie acquisite dai sistemi di informazioni creditizie quali CRIF, Experian e CTC);

**Immobili** (contratto locazione, compravendita, mutuo);

**Beni dei Familiari** (elenco beni immobili e mobili iscritti in pubblici registri e relativa documentazione, successioni);

**Debiti** (prospetto debiti, lettere e solleciti di banche e finanziarie, estratti conto, ingiunzioni di pagamento e atti giudiziari, prospetto debiti vs Stato per tasse, imposte, sanzioni e contributi)

Le psicoterapie

## **Le terapie psicologiche sono efficaci per il gioco d'azzardo problematico e patologico**

### **Domanda clinica**

*Quanto sono efficaci le terapie psicologiche (terapia cognitivo comportamentale (CBT), colloqui motivazionali (MI), terapie integrative e la terapia dei dodici passi) per la cura del gioco d'azzardo patologico e problematico?*

### **Quello che conta**

I dati di nove studi indicano benefici per la **CBT** nel periodo immediatamente dopo il trattamento. Tuttavia sono pochi gli studi che ne valutano l'efficacia a lungo termine (per esempio 12 mesi dopo il trattamento), e quindi non si sa se gli effetti sono duraturi.

I dati di tre studi sull'uso della **MI** suggeriscono alcuni benefici in termini di riduzione del comportamento di gioco, ma non su altri sintomi del gioco d'azzardo patologico.

Sono pochi gli studi che forniscono le prove di efficacia delle terapie integrative (2 studi) e di altre terapie psicologiche (1 studio), le prove sono dunque insufficienti per valutarne l'efficacia.

### **Caveat**

Un buon numero di prove deriva da studi con molti limiti, che possono aver sovrastimato l'efficacia del trattamento. Vi è molta variabilità nella natura degli interventi classificati come CBT, sono stati combinati i risultati delle terapie di gruppo con quelle individuali. I dati sui colloqui motivazionali derivano da pochi studi e, per conclusioni definitive, è necessario fare ulteriori ricerche.

## **Le terapie psicologiche sono efficaci per il gioco d'azzardo problematico e patologico**

### **Contesto**

La prevalenza di gioco d'azzardo patologico e problematico è variabile, alcuni studi suggeriscono una variazione che va dallo 0.2% (in Norvegia) al 5.3% (a Hong Kong) di persone con questa patologia. Il termine gioco d'azzardo patologico deriva dal sistema diagnostico psichiatrico, quale il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Il gioco d'azzardo problematico è usato per descrivere una condizione subclinica di disordini psichiatrici o, in alternativa, una più ampia categoria di disturbi legati al gioco d'azzardo.

### **Cochrane Systematic Review**

Cowlshaw S et al. Psychological therapies for pathological and problem gambling. Cochrane Reviews, 2012, Issue 11. Art. No.:

CD008937.DOI: 10.1002/14651858. D008937 pub2.

Questa revisione contiene 14 studi che coinvolgono 1245 partecipanti.

PEARLS No. 383, febbraio 2013, scritta da Brian R. McAvoy, tradotta da DoRS, Centro di Documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte, Italia.

L'approccio cognitivo comportamentale è ritenuto il modello di riferimento.

Le strategie terapeutiche per il raggiungimento di tali obiettivi sono:

- La comprensione della nozione di caso
- L'identificazione e la comprensione delle credenze erranee
- La presa di coscienza di percezioni inesatte
- La modificazione dei pensieri erranei



Il metodo si basa sull'analisi delle idee espresse dal paziente ricostruendo con lui di seduta in seduta **situazioni" a caldo"** con l'obiettivo di identificare anche le minime discrepanze, per instillare nel paziente attraverso domande a cascata, la **dissonanza cognitiva** che lo porterà ad avanzare dubbi in merito ai presupposti delle sue azioni e dunque a modificare la propria percezione della situazione.

## **Gli Scopi della Terapia Cognitivo-Comportamentale nel Trattamento delle dipendenze**

- ✓ **Favorire il raggiungimento dell'astinenza ed una volta raggiunta mantenerla**
- ✓ **Riconoscere le situazioni ad alto rischio**
- ✓ **Modificare le situazioni di rinforzo positivo legate all'uso di sostanze**
- ✓ **Insegnare a controllare le frustrazioni**
- ✓ **Potenziare le relazioni sociali positive**



## Using Virtual Reality in the Treatment of Gambling Disorder: The Development of a New Tool for Cognitive Behavior Therapy

Stéphane Bouchard<sup>1,2\*</sup>, Geneviève Robillard<sup>1</sup>, Isabelle Giroux<sup>1</sup>, Christian Jacques<sup>1</sup>, Claudie Loranger<sup>2</sup>, Manon St-Pierre<sup>2</sup>, Maxime Chrétien<sup>2</sup> and Annie Goulet<sup>2</sup>

*Stéphane Bouchard<sup>1</sup>, Geneviève Robillard,  
Isabelle Giroux, Christian Jacques, Claudie  
Loranger, Manon St-Pierre, Maxime  
Chrétien and Annie Goulet  
Université du Québec Université Laval,  
Québec, Canada*

**Virtual reality (VR) can be used in the treatment of gambling disorder to provide emotionally charged contexts (e.g., induce cravings) where patients can practice cognitive behavior therapy (CBT) techniques in the safety of the therapist's office.**

This paper reports on three studies describing

- (a) **cravings induced in VR compared to real gambling** and a control game of skill with no money involved ( $N = 28$  frequent gamblers and 36 infrequent gamblers);
  - (b) **the usefulness of a treatment protocol with only two CBT sessions using VR** ( $N = 34$  pathological gamblers); and
  - (c) **the safety of a four-session treatment program of CBT in VR** ( $N = 25$  pathological gamblers).
- Study 1 reveals that immersions in VR can elicit desire and a positive anticipation to gamble in frequent gamblers that are (a) significantly stronger than for infrequent gamblers and for playing a control game of skill and (b) **as strong as for gambling on a real video lottery terminal.**

## Effectiveness of a Self Help Cognitive Behavioural Treatment Program for Problem Gamblers: A Randomised Controlled Trial

T. P. S. Oei<sup>1,2,3</sup> · N. Raylu<sup>1</sup> · W. W. Lai<sup>4</sup>

The study aimed to strengthen the scarce literature on self-help treatments for Problem Gambling (PG) by comparing the effectiveness of a Self-Help Cognitive Behavioral Treatment (SHCBT) program (n = 23) with a 6-week Waitlist condition (n = 32) in problem gamblers.

Participants were community volunteers with gambling problems and were randomly allocated to the Waitlist and treatment conditions.

Results showed **significant improvements at post-treatment in gambling behaviors including frequency of gambling, average amount gambled per day and PG symptoms as well as a number of gambling correlates including psychological states (e.g., depression, anxiety and stress), gambling cognitions, gambling urges, gambling related self-efficacy, satisfaction with life, and quality of life among those who completed the SHCBT program**, when compared with the waitlist condition. The effect size (partial  $\eta^2$ ) ranged from .25 to .57 for all assessed outcomes that showed significant improvement from pre- to post-treatment.

It was concluded that a **self-help CBT program** can be beneficial for treating community problem gamblers.

J Gambl Stud (2016) 32:1305–1325

## Treating Problem Gambling Samples with Cognitive Behavioural Therapy and Mindfulness-Based Interventions: A Clinical Trial

C. C. McIntosh, R. D. Crino, K. O'Neill

The problem gambling (PG) intervention literature is characterised by a variety of psychological treatments and approaches, with varying levels of. A recent PG systematic review (Maynard et al. in Res Soc Work Pract, 2015. doi:10.1177/1049731515606977) and the success of mindfulnessbased interventions to effectively treat disorders commonly comorbid with PG suggested **mindfulness-based interventions may be effective for treating PG.**

The current **study tested the effectiveness of three interventions to treat PGs:**

1. *case formulation driven Cognitive Behaviour Therapy (CBT);*
2. *manualised CBT;*
3. *mindfulness-based treatment.*

**All three interventions tested returned large effect size improvements in PG behaviour** after seven sessions (Cohen's d range 1.46–2.01), at post-treatment and at 3 and 6-month follow-up.

**This study suggests that the mindfulness-based and TAU interventions used in the current study appear to be effective at reducing PG behavior and associated distress and they also appear to generalise to improvements in other measures such as quality of life-mental functioning and certain mindfulness facets more effectively than the manualised form of CBT utilised used here.**

Secondly, **a brief mindfulness intervention delivered after psycho-education and a brief CBT intervention may be a useful supplement to traditional CBT treatments by addressing transdiagnostic processes such as rumination and thought suppression.**

Thirdly, **CBT interventions continue to report effectiveness in reducing PG behaviour and associated distress consistent with the prevailing literature and clinical direction.**

# RICADUTA

E' parte della storia naturale della dipendenza, è un evento discreto che compromette la qualità della vita che può comprendere l'uso della/e sostanza/e di dipendenza o il comportamento di dipendenza

# Psicoterapia (2)

L'Approccio psicodinamico è orientato a:

- Sostegno alle funzioni dell'Io
- Rafforzare l'autostima
- Rafforzare la percezione di auto-efficacia
- Intervenire sugli aspetti alessitimici
- Esplorare le aree di fragilità

# Monitoraggio sintomo



Il Manneken-Pis è una statua in bronzo, alta una cinquantina di centimetri, situata nel centro storico di Bruxelles.

**Approccio confrontazionale nei DUS**



# Self-report gambling behavior

date	What level of craving?	What is own craving endurance?	What is the perception to be near at goal?	Do you play today?	At what time?	How many time did you play?	In which place	How much money?	How much money did you win?	How much money did you play total?
------	------------------------	--------------------------------	--	--------------------	---------------	-----------------------------	----------------	-----------------	-----------------------------	------------------------------------

01.02	80	50	40	Yes	18.30	bingo	1 hour	40 euro	20 euro	60 euro
02.02										
03.02										
04.02										
05.02										
06.02										
07.02										

Approccio  
motivazionale  
nel DGA

# GAMBLING CRAVING SCALE

1. On the scale below, please circle the number that best describes **how strong on the average** your craving or urge to gamble has been during the past 24 hours, with "1" representing no cravings at all and "9" extremely strong cravings.

no									extremely
cravings		mild		moderate		strong			strong
1	2	3	4	5	6	7	8		9

2. On the scale below, please circle the number that best describes **how strong your worst craving or strongest urge** to gamble has been during the past 24 hours.

no									extremely
cravings		mild		moderate		strong			strong
1	2	3	4	5	6	7	8		9

3. **How many times** have you experienced an urge or craving to gamble during the past 24 hours.

\_\_\_\_\_ 0 \_\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3-5 \_\_\_\_\_ 6-10  
\_\_\_\_\_ 11-14 \_\_\_\_\_ 15-20 \_\_\_\_\_ 20-25 \_\_\_\_\_ more than 25

4. On the average, **how long has each craving or urge** to gamble lasted during the past 24 hours?

\_\_\_\_\_ 0-5 min. \_\_\_\_\_ 6-15 min. \_\_\_\_\_ 16-20 min.  
\_\_\_\_\_ 21-30 min. \_\_\_\_\_ 30-45 min. \_\_\_\_\_ 45-60min  
\_\_\_\_\_ 1-2hours \_\_\_\_\_ 2-3 hours \_\_\_\_\_ more than 3 hours

5. Overall, **do you feel your cravings or urges to gamble are:**

significantly									the		significantly
decreasing				somewhat		decreasing		same		somewhat	increasing
1	2	3	4	5	6	7	8	9		increasing	increasing

# Trattamento farmacologico

## Intervento farmacologico:

- Comorbidità trattabile farmacologicamente
- *Addiction* correlate
- Elevato livello di compulsività
- *Craving* elevato

## Categorie farmacologiche:

- SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitors*)
- Stabilizzatori dell'umore
- Antagonisti oppioidi
- Agenti glutammatergici

## Quando va proposto il trattamento farmacologico?

1

Gli interventi psicoterapici/  
comportamentali sono poco efficaci

2

Forte ricaduta verso il DGA  
Elevato livello di compulsività  
Craving elevato

4

Presenza di comorbidità psichiatriche  
trattabili farmacologicamente

Altre manifestazioni cliniche di addiction

Antagonisti dei recettori oppioidi	Autore	Tipo di studio/Durata	Dose giornaliera	Risultato
<b>Naltrexone</b>	Kim et al., 2001	Open-label/6 settimane	185	Ridotta urgenza verso il GAP
	Kim et al., 2001	Doppio cieco/12 settimane	Fino a 250	Assistenza al gioco nei pazienti e con marcata impulsività
	Grant et al., 2008	Doppio cieco/18 settimane	50-150	Miglioramento significativo nel comportamento verso il gioco
<b>Nalmefene</b>	Grant et al., 2006	Multicentrico (15 centri di studio in USA)	25-100	Miglioramento significativo della scala YBOCS 7 di 1/3
	Grant et al., 2006	Doppio cieco/12 settimane	20-80	Riduzione del craving e del desiderio del gioco

Antidepressivi (SSRI)	Autore	Tipo di studio/Durata	Dose giornaliera (mg/die)	Risultato
<b>Fluvoxamina</b>	Hollander et al., 1998	Singolo cieco/8 settimane	207	Riduzione del 25% dei sintomi ossessivo-compulsivi
	Hollander et al., 2000	Doppio cieco controllato dal placebo/16 settimane	195	Miglioramento della scala CGI-PG. Esito farmacologico positivo solo nei pazienti maschi.
	Blanco et al., 2002	Doppio cieco/ 6 mesi	200	Esito farmacologico positivo solo nei pazienti maschi.
<b>Paroxetina</b>	Kim et al., 2002	Doppio cieco/8 settimane	60	Efficacia solo nei pazienti senza comorbidità con disturbi depressivi ed ansiosi .
	Grant et al., 2003	Multicentrico/16 settimane	10-60	Nessun effetto rispetto al placebo.

Antidepressivi (SSRI)	Autore	Tipo di studio / durata	Dosaggio	Risultato
<b>Sertralina</b>	Saiz-Ruiz J et al., 2005	Doppio cieco controllato da placebo/6 settimane	50-150	Miglioramento dei sintomi del GAP in entrambi i gruppi.
	Meroni et al., 2004	Case-report	100	Esito positivo solo dopo 8 settimane.
<b>Citalopram</b>	Zimmerman, et al., 2002	Open-label/12 settimane	35	Riduzione del desiderio, durata del gioco e riduzione del denaro perso.
<b>Escitalopram</b>	Grant and Potenza 2006	Open-label seguito da doppio cieco/8 settimane	10-20	Riduzione significativa dei sintomi soprattutto quelli ansiosi.

STABILIZZANTI DELL' UMORE	Autore	Tipo di studio/Durata	Dose giornaliera (mg/die)	Risultato
<b>Litio</b>	Moskowitz (1980)	Case report /12 settimane	1800	Completa guarigione
	Pallan7 et al., 2002	Singolo cieco/14 settimane	600-1200	Astinenza al GAP per 30 mesi
	Hollander et al., 2005	Doppio cieco/10 settimane	300-900	Miglioramento significativo dei sintomi nella PGYBOCS e CGI
<b>Valproato</b>	Pallan7 et al., 2002	Open label/14 settimane	300-900	Sintomi del GAP migliora7 di 1/3
<b>Carbamazepina</b>	Black et al., 2008).	Open label/12 settimane	200 -800	Miglioramento significativo misurato da ogni parametro del GAP (PG-YBOCS; CGI; GSAS e SDS)



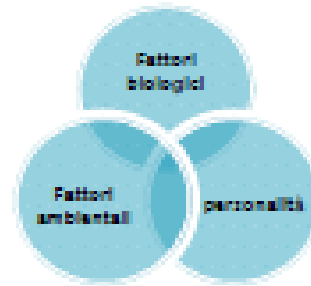
Agenti glutammatergici	Auror e	Tipo studio/durata	Dose giornaliera mg/die	Risultato
<b>Amantadina</b>	Kim et al., 2001	Open label 14 settimane	10-30	Miglioramento significativo della PGYBOCS e CGI
	Grant et al., 2010	Open label 10 settimane	10-30	Miglioramento della flessibilità cognitiva
<b>Memantina</b>	Thomas et al., 2010	Doppio cieco, controllato dal placebo /8 settimane	200	Miglioramento dei sintomi nei pazienti affetti da GAP e Parkinson
	Pettoruso et al., 2012	Case report	100	Riduzione di circa il 50 % dei sintomi del GAP
<b>N-acetilcisteina</b>	Grant et al., 2010	Doppio cieco controllato da controllo/8 settimane	1200	Riduzione del 60% dei sintomi del GAP e > della flessibilità cognitiva

Altri farmaci	Autore	Tipo di studio/ Durata	Dose giornaliera (mg/die)	Risultato
Buproprione	Black et al., 2004	Open label/8 settimane	100-300	Minore ricaduta al GAP
	Black et al., 2007	Doppio cieco controllato dal placebo/12 settimane	Dose flessibile	Miglioramento significativo della scala PGCI. Efficacia simile al placebo
Nefazodone	Pallanz et al., 2002	Open-label/8 settimane	50-500	Miglioramento del 25% della PGYBOCS e PGCI, Soprattutto miglioramento dei sintomi di tipo ossessivo-compulsivo

## Sottotipi di DGA:

La Teoria di Blaszczynsky postula che il DGA sia l'esito dell'interazione di differenti fattori:

- la personalità;
- l'ereditarietà;
- l'ambiente.



In funzione di come queste tre dimensioni s'intersecano tra loro, l'autore individua tre percorsi (pathways) fondamentali cui sono riconducibili i vari quadri clinici.

### 1 – DGA da comportamento condizionato

In questa classe il paziente ha distorsioni cognitive e scarse abilità nei processi decisionali, raramente presenta utilizzo patologico di alcol o sostanze, la depressione e l'ansia sono conseguenza del gambling. Inoltre non c'è premorbidità psicopatologica, né Disturbo di Personalità Antisociale, né familiarità per il gambling. Questi pazienti hanno un **indice di gravità basso, una buona prognosi e raramente è necessaria una farmacoterapia.**

### 2 – DGA con vulnerabilità emotiva

In questa classe abbiamo presenza di distorsioni cognitive e scarse abilità nei processi decisionali, comorbidità più frequente in particolare per abuso di alcol, disturbi d'ansia e depressione. Presenza di premorbidità per depressione e disturbi d'ansia ma non per antisocialità, la famiglia è poco contenitiva. **Livello di gravità significativo con una prognosi più complicata. La farmacoterapia è mediamente utile.**

### 3 – DGA con impulsività antisociale

Anche in questa classe si mantiene la presenza di distorsioni cognitive e di scarse abilità nei processi decisionali, ma la comorbidità è alta con presenza d'impulsività, ADHD, antisocialità, poliabuso di sostanze e alcol. È presente un alto livello di psicopatologia premorbile e di predisposizione biologica, il background familiare è decisamente sfavorevole. **La gravità è elevata, la prognosi severa, il trattamento dovrà essere di lunga durata, multidisciplinare e integrato, la terapia farmacologica è fondamentale.**

# Sottotipo del giocatore patologico

Tipo impulsivo

Stabilizzatori  
dell'umore

SSRI, SNRI,  
Trazodone

SSRI+NTX o  
Nalmefene

Tipo ossessivo  
compulsivo

SSRI

Cambiare tipo di SSRI o  
iniziare con stabilizzatore  
dell'umore

Combinazione SSRI +  
Stabilizzatore umore o  
iniziare con NTX

Dipendente da  
sostanze

Bupropione

Naltrexone o  
nalmefene

Antagonisti degli  
oppiacei+SSRI/Stabi  
lizz. Umore  
(monoterapia o  
combinata)

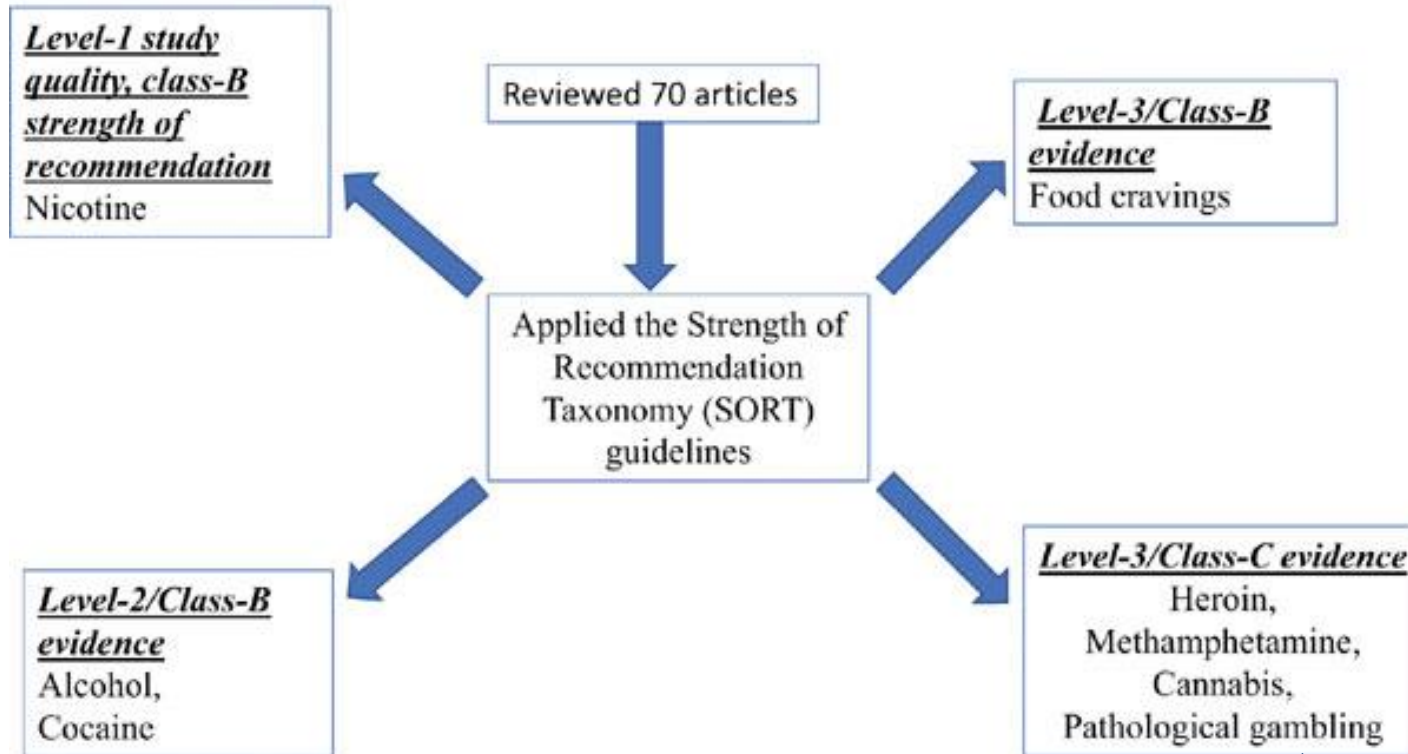
# Role of Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) in Treatment of Addiction and Related Disorders: A Systematic Review

Ramkrishna Makani, Basant Pradhan\*, Umang Shah, Tapan Parikh.

Current Drug Abuse Reviews

Volume 10 , Issue 1 , 2017

rTMS in Treatment of Addictions



III Studi descrittivi, case report ed altri studi

C Non supportati da adeguati studi di livello I o II (“indicazioni”)

# Gruppi di auto aiuto per famigliari

## Modello psicoeducativo

- Accoglienza e ascolto delle istanze portate dai famigliari
- Favorire l'accettazione della dipendenza da gioco d'azzardo come problema di salute e non vizio
- Favorire il rispecchiamento
- Fornire strumenti utili al fronteggiamento del problema
- Stimolare fra i partecipanti forme di reciproco aiuto
- Approfondire la conoscenza delle dinamiche famigliari

# Interventi residenziali (1)

L'innovatività di alcuni progetti residenziali sta nella progettazione di interventi di breve durata. Le specificità sono:

- un trattamento intensivo in un *setting* gruppale monosintomatico
- la comunità intesa come “metodo” integrato di interventi orientati ad esplorare gli aspetti cognitivi, relazionali ed emotivi connessi alla dipendenza
- integrazione del percorso residenziale con altri programmi di tipo territoriale

# Interventi residenziali (2)

## Obiettivi

- Approfondimento diagnostico
- Aumentare la consapevolezza del proprio rapporto con il gioco
- Aumentare la motivazione al cambiamento e l'autoefficacia
- Rinforzare la motivazione e la compliance al trattamento e definire indicazioni terapeutiche
- Prevenire la ricaduta precoce



- [pjarre@aslto3.piemonte.it](mailto:pjarre@aslto3.piemonte.it)
- 3382303163
- grazie