



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione-DPSS

**Corso di laurea in Scienze psicologiche dello sviluppo, della personalità e delle
differenze individuali**

Elaborato finale

**Gioco d'azzardo patologico e ADHD: comorbidità e strumenti di
valutazione**

Pathological gambling and ADHD: comorbidity and assesement tools

Relatore:

Prof. Alessio Vieno

Laureando: Zattra Francesco

Matricola: 1223934

Anno accademico 2021/2022

Indice

Introduzione	3
Capitolo 1: Presentazione dei disturbi	4
1.1 Gioco d'Azzardo Patologico	4
1.1.1 Caratteristiche generali e criteri diagnostici.....	4
1.1.2 Epidemiologia	6
1.1.3 Tipologie di gioco d'azzardo	7
1.1.5 Modelli interpretativi	9
1.2 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività.....	12
1.2.1 Caratteristiche generali	12
1.2.2 Eziologia.....	12
1.2.3 Prognosi.....	13
Capitolo 2: GAP e ADHD: comorbidità dei disturbi	15
2.1: ADHD e GAP: esiste una correlazione?.....	15
2.1.1: ADHD e dipendenze.....	15
2.1.2: ADHD e gioco d'azzardo	15
2.1.3: Analisi del fenomeno.....	16
2.2: Differenze tra giocatori d'azzardo con e senza ADHD.....	18
2.2.1: Distorsioni cognitive	18
2.2.2 Un tratto chiave: l'impulsività	20
2.3: Conclusione	23
Capitolo 3: Strumenti di valutazione	25
3.1 Introduzione	25
3.2 Strumenti di valutazione per GAP	26
3.2.1 South Oaks Gambling Screen (SOGS)	26
3.2.2: Canadian Problem Gambling Index (CPGI)	30
3.3: Valutazione ADHD	33
3.3.1: ADHD Self-Report Scale (ASRS)	33
Bibliografia.....	36
Sitografia.....	36

Introduzione

Gioco d'azzardo patologico (GAP) e disturbo da deficit di attenzione/iperattività (ADHD) sono due disturbi che possono sembrare molto lontani l'uno dall'altro. In realtà, esiste un filone di ricerca che si è occupato di indagare in che modo i due disturbi entrano in relazione tra loro.

Nel primo capitolo vengono presentati gioco d'azzardo patologico e ADHD, in che modo si presenta la sintomatologia, i criteri diagnostici e l'incidenza sulla popolazione. Per il GAP vengono, inoltre, descritte le diverse modalità di gioco, le distorsioni cognitive e i modelli interpretativi più diffusi che hanno cercato di dare una spiegazione al fenomeno. Per quanto riguarda l'ADHD, è presente un ulteriore approfondimento sulla prognosi del disturbo, ovvero, in che modo esso permane nell'età adulta degli individui e le conseguenze.

La seconda parte dell'elaborato consiste in una analisi di diversi studi, presenti nella letteratura, che si sono posti l'obiettivo di indagare la comorbidità dei due disturbi. I risultati, come si leggerà, non hanno portato ad una conclusione univoca, lasciando aperta la possibilità di ulteriori approfondimenti. Alcune ricerche citate mostrano le differenze che intercorrono tra i giocatori patologici con ADHD e i giocatori senza. Si pone particolare attenzione all'aspetto delle distorsioni cognitive e al ruolo fondamentale che gioca l'impulsività degli individui.

Nell'ultimo capitolo vengono presentate tre diverse scale di valutazione molto diffuse attualmente. Dopo aver ripercorso brevemente la storia della nascita di questi strumenti, essi verranno descritti nella struttura, nei costrutti misurati e nella loro affidabilità. Si vuole fornire, con questa ultima parte, un'idea dei principali ausili che i clinici hanno nel formulare una diagnosi e, successivamente, individuare un piano terapeutico per il paziente.

Capitolo 1: Presentazione dei disturbi

1.1 Gioco d'Azzardo Patologico

1.1.1 Caratteristiche generali e criteri diagnostici

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è attualmente la dipendenza senza uso di sostanze più studiata. Nel corso dei vari anni ci sono stati numerosi studi e ricerche che hanno permesso una migliore comprensione di questo fenomeno che, nonostante sia considerato da molte persone come un innocuo passatempo, nasconde degli aspetti molto pericolosi che possono dare inizio ad una vera e propria dipendenza.

Il gioco è una dimensione fondamentale dell'essere umano, è presente sin dai popoli più antichi e la sua importanza legata ad un corretto sviluppo è ormai ben nota. Permette inoltre di rilassare il corpo e la mente, è un luogo di evasione che permette agli individui di rilassarsi e allo stesso tempo socializzare. Il gioco d'azzardo ha radici molto antiche, se ne trovano tracce già nei popoli degli Assiri e dei Sumeri e già da allora veniva visto come un'attività di intrattenimento.

Oggi la maggior parte degli autori ha adottato la nomenclatura "Gioco d'azzardo patologico" che è il risultato di diversi anni di modifiche nelle definizioni. Molti autori prima di giungere a questo risultato hanno dato a questo fenomeno e ai giocatori stessi diversi nomi a seconda dell'approccio di studio adottato. Tra i principali ricordiamo la definizione data da Moran negli anni '70 in cui evidenziava il carattere patologico del gioco piuttosto che il carattere compulsivo, mentre in tempi più recenti sono stati introdotti termini come "giocatore a rischio" oppure "problematico". La distinzione proposta da Abbott & Volberg si basava su criteri ben precisi, ad esempio dalla frequenza con cui il giocatore si recava a giocare, sul tempo trascorso in ogni sessione e sulla somma di denaro impegnata nell'attività di gioco. Il limite di tutte le definizioni precedenti a quella odierna era quello di non utilizzare dei precisi criteri diagnostici che permettessero di distinguere le varie fasi e la gravità del disturbo nel paziente. Il problema in questi casi era che anche giocatori problematici o soggetti tendenti al gioco erano classificati come pazienti patologici. Per questo motivo, dal 1994, la classificazione più completa e più usata è quella di "GAP" fornita dalla American Psychological Association. Nel corso delle varie edizioni del Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM) il fenomeno in questione ha subito numerose modifiche dal punto di vista dei criteri diagnostici e della classificazione. Nella versione attuale il Disturbo da Gioco d'Azzardo è inserito nella categoria "Disturbi non correlati all'uso di sostanze" all'interno della più ampia categoria delle Dipendenze, mentre nella versione precedente rientrava nella categoria dei disturbi del controllo degli impulsi. La versione attuale prevede anche una distinzione

della gravità del disturbo in *lieve*, *moderato*, e *grave*. Nella Tabella 1 sono riportati i criteri diagnostici per il gioco d'azzardo patologico.

Tabella 1.1: criteri diagnostici disturbo gioco d'azzardo

DSM-V: criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo	
<p>Gioco d'azzardo persistente e ricorrente che porta a sofferenza ed invalidità clinicamente significative indicate dalla presenza di 4 (o più) dei seguenti segni nell'arco di 12 mesi;</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bisogno di puntare una quantità di soldi crescenti per ottenere l'eccitazione desiderata 2. Mostra irrequietezza ed irritabilità quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo 3. Ha più volte tentato, senza successo, di controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo 4. E' spesso assorbito dal pensiero del gioco d'azzardo 5. Spesso gioca quando si sente sofferente (es. colpevole, ansioso, depresso) 6. Dopo aver perso denaro nel gioco, spesso ritorna un altro giorno per rifarsi 7. Nasconde il suo coinvolgimento con il gioco d'azzardo 8. Ha messo in pericolo o perso una relazione significativa, il lavoro, opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo 9. Fa affidamento sugli altri per procurarsi i soldi per tamponare una situazione finanziaria disperata causata dal gioco d'azzardo 	<p>Il disturbo da gioco d'azzardo può essere:</p> <p>Episodico: i criteri diagnostici vengono riscontrati in diversi periodi con i sintomi che diminuiscono per diversi mesi fra i periodi di manifestazione della patologia.</p> <p>Persistente: i sintomi sono continui e persistono per diversi anni.</p> <p>Severità:</p> <p>lieve: sono riscontrati 4-5 criteri</p> <p>moderata: sono riscontrati 6-7 criteri</p> <p>severa: sono riscontrati 8-9 criteri</p>

Fatta esclusione per un solo criterio diagnostico, tutti gli altri utilizzati nella diagnosi di GAP vengono indicati anche nella diagnosi delle dipendenze da sostanze. Da questo punto di vista i meccanismi che stanno alla base dello sviluppo e del mantenimento della dipendenza da gioco sono gli stessi responsabili anche dei pazienti tossicodipendenti: si possono infatti notare in entrambi i casi momenti di *high* che vedono il soggetto in uno stato euforico connesso alla giocata e alle forti emozioni che si provano in caso di vincita (allo stesso modo di un paziente tossicodipendente al momento dell'assunzione della sostanza), e momenti di *down* con stati depressivi o ansiosi dovuti

all'attesa di poter giocare nuovamente (come un paziente tossicodipendente aspetta tra un'assunzione e l'altra). Altri aspetti comuni ad entrambe le tipologie di dipendenze sono le tradizionali condotte assunte dai soggetti con dipendenza da sostanze; una di esse è il *craving*, letteralmente, desiderio, voglia, che viene utilizzato come termine per indicare quel desiderio persistente ed irresistibile per una determinata sostanza (APA 2013). Altre caratteristiche comuni sono assuefazione, astinenza, la tendenza a mantenere il comportamento nonostante il soggetto sia consapevole delle numerose conseguenze negative e l'incapacità a terminare l'attività.

1.1.2 Epidemiologia

In Italia le ricerche epidemiologiche condotte riguardano soprattutto le dipendenze da sostanze, dunque al momento non esistono dei dati aggiornati per quanto riguarda l'incidenza del gioco d'azzardo patologico sulla popolazione. Alcuni tra i dati più accreditati sono stati forniti dal Rapporto Eurispes del 2009 che stimava la presenza di una percentuale che varia tra il 70 e l'80% di persone adulte che giocano d'azzardo in Italia. I giocatori sono distribuiti per la maggior parte nelle regioni centro-meridionali e nelle isole, sono prevalentemente maschi (86,4%) e spesso presentano problemi di abuso di alcool (56,4% bevitori a rischio) o tabacco (34,4% forti fumatori). Per quanto riguarda invece il gioco patologico l'incidenza è più bassa e si aggira intorno al 3%. Generalmente, uomini e donne giocano per motivi differenti: i primi sono alla ricerca di sensazioni forti, vogliono "sentirsi vivi", ricercano "azione" o sensazioni di piacere, oppure qualche guadagno facile; le donne, invece, vedono tendenzialmente il gioco come una via di fuga da situazioni particolarmente spiacevoli, come profonde delusioni amorose, momenti di forte solitudine o relazioni conflittuali (Lesieur et al, 1991). La fascia indicata come più a rischio per quanto riguarda lo sviluppo della dipendenza invece è l'età adolescenziale, soprattutto per i soggetti maschi (Lesieur et al, 1998).

Molto più precisi, invece, sono i dati raccolti riguardo l'aspetto economico legato al gioco. L'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli ha pubblicato nel settembre del 2021 il *Libro Blu per il 2020*, una pubblicazione annuale che riporta i dati principali sul mercato del gioco d'azzardo in Italia. Il volume di denaro raccolto nel corso del 2020 è calato del 20% rispetto all'anno precedente e si aggira intorno agli 88,38 miliardi di euro; il calo così importante è dovuto alle restrizioni date dal *Covid-19* e alla conseguente assenza di luoghi fisici in cui poter giocare. Per questo motivo, durante il 2020 abbiamo assistito per la prima volta ad un sorpasso della quantità di denaro giocata online anziché in luoghi fisici. Per quanto riguarda le modalità di gioco preferite dalla popolazione,

al primo posto abbiamo le slot machine o Videolottery (nonostante il grande calo rispetto l'anno precedente) e a seguire scommesse a base sportiva, lotterie, gratta e vinci e lotto.

1.1.3 Tipologie di gioco d'azzardo

In generale, il gioco d'azzardo viene definito come l'attività di eseguire una scommessa o una puntata con denaro, o qualsiasi altro bene, sull'esito di un evento futuro. Su questa definizione si evince che viene definito "azzardo" qualsiasi tipologia di gioco in cui è presente una vincita che come variabile ha il caso o la fortuna e non la bravura o le capacità del giocatore. Si può quindi fare una distinzione tra due differenti gruppi di giochi, uno di essi che vede il giocatore avere un ruolo attivo (poker, scacchi), mentre l'altro gruppo è caratterizzato dalla totale passività del giocatore (gratta e vinci, lotterie) e l'esito dipende completamente dalla sorte. Un'altra importante distinzione vede la divisione tra giochi dall'esito immediato (slot machine, bingo) e invece giochi che prevedono un'attesa prima di conoscere l'esito (lotterie o scommesse sportive). I giochi a riscossione immediata sono stati individuati come più pericolosi per quanto riguarda lo sviluppo di una dipendenza, dato che stimolano il cosiddetto "circuit del piacere" che rilascia una maggiore dose di dopamina. Questo processo va quindi a costituire un rinforzo al comportamento del gioco basato sull'eccitazione che il soggetto prova tra il momento della giocata e quello della riscossione dell'eventuale vincita.

1.1.4 Tratti psicologici e credenze erranee dei giocatori d'azzardo

Diversi studi si sono posti come obiettivo quello di tracciare una sorta di profilo tipico del giocatore d'azzardo, con un focus particolare sui soggetti più a rischio e su quelli nelle fasi più avanzate della dipendenza. Si parla di fasi perché a seconda del tempo trascorso a giocare, delle somme di denaro spese e delle conseguenze sul piano sociale e/o familiare si può rientrare in una fase più o meno avanzata della malattia. Diversi autori hanno inoltre riportato come sia presente un'associazione tra il GAP e depressione, ipomania, disturbo bipolare, impulsività, disturbo da dipendenza da sostanze, disturbo da deficit di disattenzione e iperattività (ADHD) e disturbi psicosomatici legati allo stress (Gherardi et al, 1996; Blaszczynski 1997). Uno studio italiano condotto da Savron e Guerreschi nel 2001 è andato ad indagare i tratti psicologici tipici di soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico, con l'obiettivo di individuare delle caratteristiche comuni ai diversi individui.

Come già affermato, i giocatori patologici hanno riportato, rispetto al gruppo di controllo, livelli più elevati di ansia, depressione e ostilità. Per quanto riguarda quest'ultimo tratto particolare, tuttavia, non è stato possibile individuarne con precisione l'oggetto; nonostante ciò, è emersa comunque una correlazione con il mascheramento delle emozioni e con il fattore inibitorio causato da familiari, società e altri tratti psicologici del soggetto, che farebbero aumentare il livello di frustrazione. E', inoltre, emerso che i soggetti mostrano alti livelli di ricerca di novità e alta impulsività, appaiono come persone disordinate e che ricercano costantemente sensazioni molto forti. Un altro aspetto cognitivo particolarmente importante coinvolto nel gioco è l'evitamento del pericolo; in questi casi i valori sono molto bassi e ciò indica una tendenza a valutare in maniera più ottimistica gli eventi, sottostimando le conseguenze negative, soprattutto se c'è la possibilità di ricevere una ricompensa.

Il profilo emotivo del giocatore, invece, ci restituisce un individuo molto inibito dal punto di vista verbale, più portato al ritiro sociale e con una maggiore tendenza a mentire rispetto ai non giocatori. Infine, l'alta impulsività è correlata fortemente con la gratificazione provata in seguito all'ottenimento di una ricompensa.

Nei giocatori, in particolare in quelli patologici, sono presenti le cosiddette "credenze erranee": degli errori nel processo di ragionamento razionale che violano il principio della logica e giocano un ruolo fondamentale sia nella nascita della dipendenza, sia nel suo mantenimento (Ladoceur et al, 2001).

Alcuni autori si sono dunque proposti di individuare questi errori dei pazienti in modo da poterli poi modificare una volta iniziata la terapia al fine di curare la dipendenza. Di seguito sono presentate le varie credenze erranee.

- Illusione di controllo (Langers, 1975): il giocatore è fermamente convinto di poter controllare la fortuna e di conseguenza la vittoria al gioco. Il soggetto in questi casi si concentra su una strategia da adottare escludendo di fatto che l'esito sia completamente, o quasi, dipendente dal caso. Il gioco, quindi, viene visto come un modo per dimostrare la propria bravura.
- Fallacia di Montecarlo (Cohen, 1972): è la tendenza di un giocatore a sottostimare la probabilità di una vincita in seguito ad una puntata vinta o, viceversa, di sopravvalutare la probabilità di vittoria in seguito ad una perdita. Questo meccanismo sta alla base della cosiddetta "rincorsa delle perdite", che vede il soggetto continuare a scommettere con l'obiettivo di vincere per rifarsi del denaro perso. Questa convinzione spinge la persona a pensare, che dopo una lunga serie di puntate perse, deve seguire necessariamente una grossa

vincita che gli permetterebbe di diminuire il danno: per questo motivo il giocatore punta somme sempre più alte. Nella rincorsa delle perdite sono coinvolte anche quelle situazioni in cui il giocatore sfiora la vittoria, ad esempio mancando di un solo numero quello vincente; di conseguenza, egli si sente più vicino alla vittoria e continua a puntare, nonostante la probabilità di vincita sia comunque invariata.

- Tendenze nei numeri (Kahneman & Tversky, 1974): i giocatori pensano che i numeri che risultano non vincenti da molto tempo abbiano più probabilità di essere estratti e, viceversa, un numero appena estratto ha meno probabilità di essere di nuovo vincente.
- Over confidence (Kahneman & Tversky, 1974): il giocatore è fermamente convinto di avere della capacità che gli altri non hanno, o comunque di essere più bravo degli altri, ad esempio di essere capace di indovinare i prossimi numeri o di aver capito come funziona il meccanismo di estrazione del numero vincente.
- Vincite altrui (Kahneman & Tversky, 1974): in seguito alle informazioni di vincite di altre persone che giungono al giocatore, egli inizia a pensare che queste vittorie siano effettivamente degli eventi molto probabili che possono capitare a chiunque, compreso lui. In questo caso giocano un ruolo molto importante i racconti di amici e conoscenti, ma soprattutto la pubblicità e i mass media. Servizi giornalistici, articoli di giornale o post sui social network alimentano questa credenza erronea.
- Pregiudizi inerenti la memoria (Kahneman & Tversky, 1974): il giocatore tende a ricordare più spesso, e impegnando meno risorse cognitive, le vincite piuttosto che le perdite. In questo modo si favorisce il mantenimento del comportamento che viene vissuto come un insieme di sensazioni più positive che negative.
- Correlazioni illusorie (Kahneman & Tversky, 1974): sono quei comportamenti che stanno alla base dei riti scaramantici che consistono, dunque, nell'associare due eventi e giudicarli l'uno dipendente dall'altro quando in realtà non hanno nessun legame, ad esempio pensare che porti più fortuna giocare alla stessa slot machine in cui si sono vinti dei soldi precedentemente.

1.1.5 Modelli interpretativi

Come già scritto in precedenza, il gioco d'azzardo patologico è un fenomeno che nel corso degli anni è stato ampiamente studiato da molti autori. Proprio per questo, sono stati individuati diversi

modelli interpretativi che hanno avuto come obiettivo quello di facilitare diagnosi, trattamento e spiegare l'eziologia della patologia. Le prime interpretazioni risalgono a Freud che nel 1927, in un suo scritto, definisce Dostoevskij affetto da *gambling* compulsivo, individuando come causa principale il lutto causato dalla morte del padre e affermando che il gioco era diventato per lui non più un passatempo, ma una distrazione tramutata poi in dipendenza. Nella seconda metà del secolo scorso, invece, sono nati dei modelli interpretativi differenti che si sono avvalsi anche dello sviluppo della ricerca nel campo delle dipendenze. Tra i principali possiamo ricordare il modello neurobiologico, il modello neurocognitivo ed infine il modello interpretativo integrato (bio-psico-sociale). Il primo di essi si basa sulle ricerche che dimostrano come il funzionamento dei sistemi di neurotrasmettitori influenzino ciò che facciamo e pensiamo, e sul fatto che questo sia applicabile anche nel GAP (Conversano et al, 2012). Secondo quest'ottica la via dopaminergica giocherebbe un ruolo fondamentale nel programmare quei comportamenti finalizzati alla ricerca del piacere (Zack et al, 2009; Blum et al, 1996). A sostegno di questa tesi giungono anche degli studi che hanno dimostrato, con la tecnica del neuroimaging, come durante l'attività del gioco si verifici una ipoattivazione della corteccia prefrontale, ventrolaterale e ventromediale mostrando, quindi, una risposta fisiologica nei giocatori patologici (Reuter et al, 2005). Il mantenimento dell'attività, nonostante il soggetto sia consapevole delle conseguenze negative, individuata come compulsività è quindi dovuta ad una serie di meccanismi di rinforzo che coinvolgono l'individuo e le aree cerebrali elencate sopra (Everitt et al, 2005).

I modelli neurocognitivi propongono invece un'analisi del fenomeno basandosi sui risultati ottenuti dalla somministrazione di test cognitivi. E' stato dimostrato che alcune funzioni cognitive, come linguaggio, percezione e memoria lavoro, non risultano particolarmente alterate rispetto al gruppo di controllo; tuttavia, aspetti riguardanti il funzionamento esecutivo, in particolare inibizione, pianificazione, flessibilità e prendere decisioni, mostrano delle significative alterazioni (Rock et al, 2008; Lawrence et al, 2009).

Questi modelli non riescono a rispondere ad alcuni quesiti, come ad esempio se il danno neuropsicologico relativo al prendere decisioni sia una causa o una conseguenza del GAP, inoltre, non tengono in considerazione aspetti sociali connessi al gioco.

I modelli bio-psico-sociali, a differenza delle due precedenti tipologie, hanno cercato di coinvolgere più aspetti legati al gioco, e non solamente il lato cognitivo o biologico. Per la prima volta, infatti, è stato indagato anche il background sociale e demografico di un giocatore, anziché solamente quello psicologico. Il modello ad oggi più utilizzato è quello fornito da Blaszczynski et al. nel 1997. Il modello presuppone l'esistenza di tre diversi modi in cui un giocatore arriva a sviluppare una

dipendenza e cerca di integrare fattori biologici, di personalità, ambientali e la teoria dell'apprendimento.

- **Giocatore senza Psicopatologia:** è la prima tipologia di giocatore individuata dall'autore. In questo caso il soggetto ha sviluppato una dipendenza esclusivamente in seguito al condizionamento classico e operante, dato che non sono presenti problemi psicologici nell'individuo. Questi giocatori vedono il gioco come un mezzo per divertirsi e per passare del tempo insieme ad altre persone, tuttavia, risentono ugualmente dei sintomi negativi una volta instauratasi la dipendenza, in particolare sintomi di ansia o depressione. Questi segni nascono dalle conseguenze negative che ha il gioco per loro, ovvero perdite sostanziali di denaro, peggioramento dei rapporti con amici o familiari ecc. Per quanto riguarda l'aspetto terapeutico invece, questi sono i pazienti che risentono in modo più positivo del trattamento, data la mancanza di una grave psicopatologia.
- **Giocatore Emotivamente Labile:** la seconda tipologia di giocatore vede il soggetto mostrare sintomi di ansia e depressione in una situazione precedente rispetto lo sviluppo della dipendenza. Sono presenti, inoltre, dei modi disfunzionali di affrontare gli eventi stressanti della vita e, spesso, anche delle situazioni familiari problematiche. Il gioco in questo caso viene visto come un trattamento per i propri stati emotivi negativi e come ricerca di stimolazione e fuga dalla quotidianità. La terapia di questi pazienti dovrebbe consistere in due parti differenti, una che interviene sulla modifica dei comportamenti legati al gioco, mentre l'altra che tratta la psicopatologia.
- **Giocatori con Tratti Antisociali:** la terza e ultima tipologia di giocatori si riferisce a quelle persone che soffrono della stessa vulnerabilità emotiva dei soggetti della seconda tipologia, ma caratterizzate anche dalla presenza di tratti di personalità antisociale, difficoltà attentive, comportamenti impulsivi o altre psicopatologie. Sono persone, che nella maggior parte dei casi, presentano anche problemi legali e/o abusano di alcool o altre sostanze. Questa tipologia di giocatore è molto poco incline alla richiesta di aiuto, la motivazione ad intraprendere e mantenere un trattamento è molto bassa e, tendenzialmente, la prognosi è negativa.

Queste tre tipologie di giocatori presentano alcuni tratti comuni come l'ambiente ecologico (normativa, facilità di accesso al gioco, giudizio sociale sui giocatori, ecc), ma anche l'aspetto del condizionamento classico e operante e infine lo sviluppo di credenze erranee.

1.2 Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività

1.2.1 Caratteristiche generali

Il Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) rientra, secondo la classificazione proposta dal DSM-5, nella categoria dei Disturbi del Neurosviluppo e si manifesta a partire dalle prime fasi evolutive. Allo stesso modo di altri disturbi, anche questo interessa diversi ambiti della vita dell'individuo, come la scuola prima e il lavoro poi, ma anche l'ambiente familiare e quello sociale. Secondo la letteratura internazionale, circa il 5.3% della popolazione tra i 5 e i 17 anni è affetta da ADHD.

Sebbene l'ADHD rientri nei disturbi evolutivi, si stima che circa il 60% dei bambini, una volta diventati adulti, continuano a soddisfare i criteri diagnostici (Spencer, Biederman & Wilens, 1998) e che circa il 20% rientri nella diagnosi di disturbo antisociale di personalità (Mannuzza et al, 1993).

Nella classificazione del DSM-5 i principali sintomi nei bambini riguardano: *pattern di disattenzione e/o iperattività* che interferiscono con il funzionamento e lo sviluppo dell'individuo (difficoltà a mantenere l'attenzione, a portare a termine i compiti, facile distraibilità, ecc). Altri sintomi riguardano *iperattività e impulsività* che permangono per almeno 6 mesi e interferiscono nelle attività sociali, scolastiche o lavorative (difficoltà a rimanere seduti, spesso sotto pressione, parlano troppo, difficoltà ad aspettare il proprio turno ecc). Viene proposta anche una distinzione tra disturbo lieve, moderato, grave e in parziale remissione.

1.2.2 Eziologia

Alcune ricerche dimostrano come tra le cause di sviluppo dell'ADHD la componente genetica giochi un ruolo importante (Thapar et al, 2007). Uno studio condotto da Levy et al, nel 1997 suggerisce anche che il disturbo ha una ereditabilità che arriva fino al 70-80%. Le ricerche più recenti vedono coinvolti alcuni geni nelle cause dell'insorgenza del disturbo, parte di essi riguarda il controllo dei neurotrasmettitori della dopamina (Gizer et al, 2009). Le ricerche più recenti hanno, tuttavia, escluso che la responsabilità della comparsa del disturbo sia riconducibile ad un solo gene o alla sola componente genetica; è più probabile che l'interazione che l'individuo ha con l'ambiente, combinata ad una certa predisposizione genetica, faciliti lo sviluppo del disturbo (Nigg, 2013). Anche la componente neurobiologica ha un ruolo considerevole nell'insorgenza dell'ADHD. Alcuni studi hanno mostrato come le aree dopaminergiche, in particolare i lobi frontali, siano meno sviluppati nei bambini con ADHD rispetto a quelli senza ADHD, così come nei test neuropsicologici si registrano delle prestazioni inferiori rispetto la norma (Nigg & Casey, 2005).

Altre ricerche, invece, hanno messo in evidenza come anche fattori prenatali e perinatali possano concorrere nell'insorgenza del disturbo. Un basso peso alla nascita è infatti riconosciuto come fattore predittivo abbastanza specifico per lo sviluppo di ADHD (Butta et al, 2002), così come anche la tossicità ambientale. Alcuni additivi alimentari possono interferire nella corretta crescita del bambino mentre è ancora nel grembo della madre. L'uso di nicotina durante la gravidanza a causa di una madre fumatrice influenza lo sviluppo del disturbo, aumentando la probabilità che insorga.

Anche i fattori familiari sono importanti nell'eziologia, soprattutto se essi entrano in interazione con una predisposizione genetica o neurobiologica. Uno studio condotto da Heller nel 1996 fa notare come i genitori di bambini con ADHD tendano ad essere più autoritari e ad avere un maggior numero di interazioni negative con i figli. Questo perché, solitamente, il bambino ha dei comportamenti difficili dovuti ai sintomi del disturbo, ad esempio, assume una condotta aggressiva, spesso ha comportamenti ribelli o arroganti, è impulsivo e fatica a seguire le istruzioni dei genitori. Dato che l'ADHD ha una forte componente ereditaria è necessario prendere in considerazione anche la storia personale dei genitori, che potrebbero avere il disturbo, seppur non diagnosticato, e di conseguenza avere una maggiore difficoltà nello svolgere il ruolo parentale (Arnold et al, 1997).

1.2.3 Prognosi

Poiché in questo elaborato verrà affrontata successivamente l'interazione tra ADHD e GAP ed essendo quest'ultimo un fenomeno che coinvolge principalmente età adulta e tarda adolescenza, è importante descrivere come i sintomi mostrati durante l'infanzia si evolvano nel corso della vita dell'individuo.

L'avanzamento dell'età dei soggetti affetti da questo disturbo porta ad una modificazione dell'espressione della sintomatologia, in particolar modo per quanto riguarda i sintomi esternalizzanti, come l'iperattività. Alcune ricerche hanno mostrato come anche i sintomi legati all'impulsività diminuiscano nel tempo, a differenza invece dell'aspetto della disattenzione. C'è inoltre un'alta probabilità che insorgano problematiche legate all'ansia e al basso tono dell'umore (Mannuzza et al, 1993).

In adolescenza iniziano a comparire i primi sintomi internalizzanti, in concomitanza con la diminuzione di quelli esternalizzanti, come ad esempio irrequietezza interiore, insofferenza o impazienza. Un tratto che sembra rimanere stabile nel tempo, invece, è la difficoltà di

pianificazione che può creare grosse difficoltà agli individui, non solo nella relazione con gli altri, ma anche nell'inserimento lavorativo e nella gestione del denaro.

Il quadro clinico dell'adulto vede, dunque, la permanenza di una disattenzione cronica che può essere espressa in diverse forme, come ad esempio frequenti dimenticanze, difficoltà a concentrare l'attenzione, facile distraibilità e difficoltà a portare a termine i compiti. Sono presenti ancora alcuni sintomi di impulsività verbale e comportamentale, come non pensare alle conseguenze delle proprie azioni, essere logorroici, non aspettare che l'interlocutore finisca di parlare interrompendolo. In età adulta diventano sintomi comuni anche sentimenti di noia o insoddisfazione del proprio lavoro o della propria vita in generale. Particolarmente problematici sono i sintomi legati alla disorganizzazione: essi creano difficoltà nel rispettare appuntamenti o scadenze e impediscono l'organizzazione del pensiero e dell'azione, fattori che hanno un grande peso nella vita, soprattutto lavorativa. Vengono infine mantenute frustrazione e labilità emotiva. Bisogna tenere in considerazione anche quelle situazioni in cui il bambino, seppur affetto da ADHD, non ha mai ricevuto una diagnosi e di conseguenza nemmeno una terapia. In questi casi si è visto come questi individui vanno incontro nel corso della loro vita, a diverse forme di disagio, come più bassi rendimenti scolastici, frequenti separazioni o divorzi, difficoltà ad ottenere e mantenere un impiego; tutto ciò porta ad un minore status socioeconomico (Mannuzza et al, 1993). Gli adulti con questo disturbo mostrano, inoltre, un maggiore rischio di condotte suicidarie ed elevati tassi di comorbidità con altre patologie, tra le quali anche le dipendenze.

Capitolo 2: GAP e ADHD: comorbidità dei disturbi

2.1: ADHD e GAP: esiste una correlazione?

2.1.1: ADHD e dipendenze

Come descritto nel capitolo precedente, è noto come il disturbo da deficit di attenzione/iperattività sia coinvolto in numerose altre patologie. Circa il 75-80% delle persone adulte con ADHD presentano in comorbidità anche un altro disturbo (Torgensen et al, 2008); tra i principali possiamo ricordare i disturbi dell'umore, di personalità e di abuso di sostanze (Klassen et al, 2008). Per quanto riguarda quest'ultimo in particolare, una ricerca ha evidenziato come gli individui con ADHD siano più soggetti all'uso di sostanze psicoattive; inoltre, i sintomi iperattivi erano predittori dell'uso di sostanze come nicotina, alcool o droghe già a 14 anni e la comparsa del disturbo da uso delle stesse sostanze a 18 anni, senza grosse differenze tra maschi e femmine (Elkins, McGue & Iacono, 2007).

La mole di studi presenti nella letteratura che va ad indagare una correlazione tra il gioco d'azzardo patologico e il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è in continuo aumento. Negli ultimi anni, infatti, sempre più autori si sono interessati alla questione e, nonostante sia un campo di ricerca relativamente nuovo, ad oggi esistono diversi studi a riguardo. La conoscenza sempre più ampia che si ha del fenomeno ha dei risvolti notevoli: approfondire e aumentare le informazioni riguardo la correlazione tra ADHD e dipendenze patologiche porta a numerosi risvolti positivi, uno tra tutti, il miglioramento dell'approccio terapeutico.

2.1.2: ADHD e gioco d'azzardo

Secondo il modello eziopatogenetico di Blaszczyński & Nower (2002), già presentato nel capitolo precedente, che spiegava i meccanismi alla base del GAP, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività svolge un ruolo determinante. I tratti impulsivi e l'irrequietezza, sia motoria che mentale dell'ADHD, se aggiunti alla vulnerabilità emotiva, alla predisposizione neurobiologica e ai fattori ambientali, favoriscono lo sviluppo di tratti e comportamenti correlati al gioco d'azzardo patologico. All'interno di questo modello, i pazienti GAP con ADHD, rientrano nella terza tipologia di giocatore, data la forte componente di impulsività. È stato dimostrato (Davtian et al, 2012) che in soggetti con GAP associato ad ADHD il tasso di manifestazioni psicopatologiche è più alto rispetto al gruppo di controllo costituito da giocatori senza ADHD. Dallo stesso studio sono state inoltre tratte altre due importanti conclusioni: la prima è che i soggetti con disturbo da deficit di attenzione/iperattività mostrano una percezione della propria condizione psicopatologica inferiore rispetto agli altri giocatori senza ADHD, e una maggiore propensione a stress ed instabilità emotiva;

la seconda, che i giocatori con entrambi i disturbi, rispetto ai soli soggetti GAP, ricercano maggiormente emozioni molto intense, mostrano bassi livelli di assertività e, infine, una più alta difficoltà di mantenere il controllo delle situazioni.

2.1.3: Analisi del fenomeno

Nel corso degli ultimi anni è nata una corrente di studi che ha cercato di indagare in maniera più approfondita le correlazioni tra ADHD e GAP. L'obiettivo, in generale, era quello di approfondire l'argomento della comorbidità dei disturbi andando oltre la correlazione già affermata da diverse ricerche, citate anche in precedenza, e cercare di individuare come un disturbo interagisse con l'altro o se, eventualmente, ne modificasse la manifestazione.

Uno studio longitudinale (Breyer, Botzet et al, 2009) ha preso in considerazione dei soggetti con alle spalle una lunga storia di ADHD e diagnosticati GAP. L'ipotesi degli autori era che un'infanzia e adolescenza caratterizzate dal disturbo da deficit di attenzione/iperattività avrebbe causato, nei giocatori adulti, una maggiore severità nella manifestazione dei sintomi del gioco d'azzardo patologico. I risultati ottenuti in seguito alla somministrazione dei vari compiti hanno, di fatto, confermato l'ipotesi iniziale. Più nello specifico, i soggetti con ADHD hanno mostrato una maggiore severità nelle problematiche legate al gioco d'azzardo, sia rispetto la popolazione in generale, sia rispetto ad altri giocatori patologici senza ADHD. E' emerso, inoltre, che le difficoltà ad ottenere e mantenere un impiego per un soggetto ADHD siano notevolmente maggiori se l'individuo è affetto anche da gioco d'azzardo patologico. Gli autori concludono facendo notare come i dati raccolti abbiano fatto emergere che i sintomi di ADHD, manifestati durante l'infanzia e presenti anche in età adulta, correlino sia con una maggiore difficoltà nel contenimento del comportamento, sia con una maggiore gravità nella manifestazione dei sintomi di GAP.

Anche uno studio condotto da Ayamami et al, del 2015 ha mostrato risultati molto simili a quanto detto sopra. Si nota come la presenza durante l'infanzia di sintomi di ADHD sia un fattore predittivo della comparsa, da adulti, di una diagnosi di gioco d'azzardo patologico. Inoltre, ha anche confermato che i sintomi di GAP siano aggravati dalla presenza dell'altro disturbo. La presenza di sintomi di ADHD nei pazienti è correlata anche con punteggi più alti nella scala usata per misurare i tratti ossessivo-compulsivi e con una maggiore severità di essi.

Uno studio più recente (Brandt & Fischer, 2019) ha approfondito il tema della correlazione. Gli autori hanno affermato, in virtù dei dati raccolti, che ADHD e GAP sono fortemente correlati tra

loro. In aggiunta a questo, fanno notare anche come i sintomi del disturbo da deficit di attenzione/iperattività aggravino notevolmente la severità del disturbo.

Un ultimo punto da tenere in considerazione è il modo in cui il gioco d'azzardo viene utilizzato dai giocatori con ADHD. Alcuni studi precedenti (Alvarez et al, 2010; Suomi et al, 2014) hanno portato diversi punti a favore dell'ipotesi che i comportamenti legati al gioco d'azzardo potessero essere un tentativo, disfunzionale, di regolare gli stati emotivi negativi e lo stress nei pazienti con ADHD, andando, in questo modo, a costituire una sorta di "auto-terapia". A sostenere questa teoria è anche un altro studio (Retz et al, 2016) che aveva come obiettivo quello di misurare la correlazione tra ADHD ed altre psicopatologia. Al di là dell'obiettivo principale, i dati raccolti si sono rivelati interessanti anche per quanto riguarda l'utilizzo che il giocatore patologico fa del gioco d'azzardo, quando diagnosticato con ADHD. In linea con un altro lavoro (Davtian et al, 2012), sembra che la maggior parte dei giocatori con ADHD mostri una diminuzione dell'eccitazione e dell'irrequietezza durante l'attività di gioco; al contrario, nei giocatori senza ADHD risultavano più comuni stati emotivi particolarmente attivati durante il gioco, uniti ad una diminuzione dell'aggressività (Retz et al, 2016). In seguito all'analisi di questi risultati, anche questi autori sollevano l'ipotesi, da approfondire, che il gioco d'azzardo per i soggetti con disturbo da deficit di attenzione/iperattività possa essere utilizzato per scopi differenti rispetto ai giocatori in cui la comorbidità non è presente. Questa importante affermazione spinge gli autori ad invitare altri ricercatori ad approfondire l'argomento delle differenze individuali nei soggetti con disturbo da gioco d'azzardo, in modo da poter individuare un percorso terapeutico più specifico a seconda delle esigenze personali. La differenza della funzione del gioco per un giocatore non può, infatti, essere trascurata.

La maggior parte delle ricerche condotte in soggetti affetti da entrambi i disturbi si è concentrata sull'aspetto dell'impulsività e delle difficoltà di inibizione. Uno tra tutti (Rodriguez-Jimenez et al, 2006), ha dimostrato come i pazienti diagnosticati in età infantile con ADHD e che hanno sviluppato, successivamente, un disturbo da gioco d'azzardo, si sono rivelati essere molto meno competenti sia sull'aspetto legato al controllo inibitorio, sia nel controllo degli impulsi.

Non tutti gli studi hanno, tuttavia, portato a questo risultato. Nonostante sia innegabile il loro merito di aver fornito molte nuove informazioni sulla comorbidità dei disturbi, essi non sono esenti a critiche. Una ricerca condotta da Chamberlain et al, 2014, ha fatto notare come la maggior parte degli studi condotti fino a quel momento, avesse preso in considerazione dei campioni costituiti da partecipanti che avevano sì avuto un passato di ADHD, ma che avevano anche già intrapreso un percorso terapeutico volto alla riduzione dei sintomi di impulsività.

In questo studio, l'obiettivo era quello di indagare in che modo i tratti impulsivi di un soggetto influiscono nel comportamento di gioco d'azzardo. Voleva, inoltre, verificare se effettivamente i sintomi ADHD, non trattati precedentemente, fossero associati ad una maggiore gravità nella manifestazione dei sintomi GAP ed individuare un'eventuale associazione tra ADHD e maggiore uso di alcool e nicotina. I risultati emersi dello studio vanno in contrasto con quelli di alcune precedenti ricerche. E' stato, infatti, rilevato che i sintomi del disturbo da deficit di attenzione/iperattività non hanno affatto aggravato i sintomi del GAP nei soggetti analizzati; non ha nemmeno influito né sulla quantità di tempo passato a giocare né sulle somme di denaro spese dai giocatori. I sintomi di ADHD hanno invece correlato con una più precoce età della prima giocata e con un più precoce mantenimento del comportamento di gioco d'azzardo. Ciò significa che i giocatori con una storia passata di ADHD non trattato si sono avvicinati al gioco d'azzardo prima rispetto alla popolazione generale, così come hanno iniziato a giocare regolarmente da più giovani rispetto ai giocatori senza ADHD. Questi risultati, in accordo con un altro studio precedente (Jmenez et al, 2006), non solo non hanno rilevato un peggioramento nei giocatori d'azzardo con disturbo da deficit di attenzione/iperattività, ma hanno anche approfondito l'eziologia del GAP.

Questi studi, insieme a molti altri, hanno gettato le basi per un nuovo campo di ricerca in continua evoluzione, che ha comunque bisogno di ulteriori approfondimenti. L'aspetto più importante da approfondire, come hanno scritto gli autori degli studi appena descritti, è l'applicazione clinica di questi risultati. Conoscere in che modo i sintomi di impulsività vanno ad influire nel gioco d'azzardo patologico può aiutare i terapeuti ad individuare delle strategie mirate alla risoluzione della dipendenza tenendo conto anche della presenza della comorbidità. Inoltre, sapere che l'ADHD è correlata con un precoce avvicinamento al gioco d'azzardo può apportare importanti miglioramenti sulle strategie di prevenzione.

2.2: Differenze tra giocatori d'azzardo con e senza ADHD

2.2.1: Distorsioni cognitive

Con l'aumentare dell'interesse della comunità scientifica sulla comorbidità tra gioco d'azzardo patologico e ADHD è aumentata anche la mole di studi che ha cercato di fare chiarezza su come i due disturbi interagiscono l'un l'altro.

E' ormai certo che le distorsioni cognitive, viste nel primo capitolo, giochino un ruolo fondamentale nello sviluppo e nel mantenimento del comportamento legato al gioco d'azzardo, sia patologico che non (Clark, 2014). Sappiamo inoltre che i giocatori patologici hanno dei tassi più elevati di

credenze erranee rispetto ai giocatori sociali, o ricreativi, e che esse sono molto più radicate nella mente dell'individuo, rendendole, in questo modo, difficili da modificare durante un percorso terapeutico (Michalczuk et al, 2011; Miller & Currie, 2008). Infine, sappiamo anche che due credenze erranee in particolare, illusione di controllo e fallacia del giocatore (o di Montecarlo), unite agli alti livelli di impulsività dell'individuo concorrono sia nello sviluppo che nel mantenimento del disturbo (Toneatto, 2002).

Le distorsioni cognitive possono comunque essere ridimensionate e sradicate durante un percorso terapeutico, tuttavia, non si tratta affatto di un'operazione facile da svolgere, né per il terapeuta né per il giocatore. Gaissmaier et al (2016) ha affermato che, per quanto riguarda le scommesse, il giocatore non riesce a combattere o ignorare le distorsioni cognitive e, con il passare del tempo, esse vanno a costituire un pattern regolare all'interno della mente del paziente, passando dall'essere pensieri intrusivi fino a diventare una modalità di pensiero standard.

Uno studio condotto da Romo et al (2016) aveva, tra i diversi obiettivi, individuare un eventuale collegamento tra ADHD e distorsioni cognitive nei giocatori d'azzardo. L'ipotesi iniziale era che i giocatori con un più alto livello di credenze erranee mostrassero una maggiore severità del disturbo da gioco d'azzardo. Per quanto riguarda l'ADHD, invece, si pensava che la comorbidità dei due disturbi portasse l'individuo a sviluppare in maniera precoce le distorsioni cognitive e che esse fossero più radicate nella mente dei soggetti in questione rispetto a coloro senza ADHD.

I risultati hanno confermato alcuni studi precedenti (Cunningham et al, 2014; Xian et al, 2008) che hanno evidenziato come il livello di gravità delle distorsioni cognitive correlasse con la severità del GAP; è stato notato come a seconda del fatto che il soggetto fosse un giocatore non problematico, un giocatore patologico senza trattamento oppure un giocatore patologico che ha già iniziato una psicoterapia, il livello delle credenze erranee era differente. Ciò significa che il livello delle distorsioni cognitive può essere considerato un buon indicatore per quanto riguarda la gravità del disturbo e, dunque, può essere utilizzato per identificare i giocatori ad alto rischio in modo più rapido e, di conseguenza, costruire un intervento psicologico mirato (Mitrovic & Brown, 2009).

Ciò che più cattura l'attenzione di questo studio, dato l'argomento trattato, è senza dubbio quanto emerso riguardo l'ADHD nei soggetti partecipanti. I giocatori con disturbo da deficit di attenzione/iperattività hanno mostrato un livello significativamente più alto di distorsioni cognitive rispetto a tutti gli altri giocatori. Più nello specifico, i valori più alti sono stati rilevati su due dimensioni in particolare, ovvero quella delle Emozioni e quella della Rincorsa alle perdite. Per quanto riguarda la prima, è stato ipotizzato che i giocatori con ADHD ricerchino una sorta di effetto

negativo, ovvero una riduzione delle emozioni provate, come una forma di auto-terapia volta a calmare la loro irrequietezza interiore e, per farlo, sfruttano il gioco d'azzardo (Davtian et al, 2012).

Lo studio in questione fa emergere la possibilità che i giocatori con ADHD ricerchino attivamente alcuni effetti negativi del gioco e che il gioco stesso possa, di conseguenza, andare a complicare il disturbo da deficit di attenzione/iperattività. Per quanto riguarda l'aspetto della rincorsa delle perdite invece, gli autori ipotizzano che il soggetto con ADHD, avendo più alti livelli di impulsività, reagisca immediatamente in seguito ad una perdita e continui a scommettere soldi con la speranza di riuscire a rimediare al danno economico; così facendo, durante una stessa sessione di gioco, la rincorsa alle perdite continua ad aumentare man mano che il giocatore continua a scommettere.

Infine, in linea con un altro studio (Waluk et al, 2016), è stato riscontrato un tasso di giocatori con ADHD del 24.9% tra coloro che avevano già ricercato un percorso di psicoterapia. La presenza di entrambi i disturbi sembra, in seguito a quanto emerso, compromettere ulteriormente non solo la gravità del gioco d'azzardo patologico, ma anche il percorso terapeutico intrapreso dall'individuo.

2.2.2 Un tratto chiave: l'impulsività

Le due caratteristiche principali che concorrono al mantenimento di comportamenti legati al gioco d'azzardo sono, come abbiamo già visto, l'impulsività e le distorsioni cognitive. Burnault et al (2020) afferma che, nonostante la correlazione tra ADHD e GAP sia ormai confermata, mancano ancora degli studi che vadano ad indagare i meccanismi che stanno alla base di questa associazione. L'ipotesi di questo studio si basa sulla teoria delle differenze individuali, ovvero che queste sono fondamentali per capire i comportamenti dell'individuo e dei disturbi, l'autore ritiene che ciò valga anche per il GAP. Si ipotizzava che i fattori coinvolti nello sviluppo del gioco d'azzardo patologico fossero differenti tra gli individui con e senza ADHD. Inoltre, sempre per la stessa teoria, si voleva verificare anche se ci fossero differenze rilevanti anche tra giocatori con disturbo da deficit di attenzione/iperattività, a seconda della gravità del disturbo e/o della manifestazione dei sintomi. Così facendo, sarebbe stato possibile individuare un più accurato profilo psicologico del paziente e, di conseguenza, un intervento più mirato.

Nel suo studio, Burnault, ha deciso di concentrarsi in particolar modo sui tratti impulsivi e delle distorsioni cognitive e misurare in che modo questi due fattori vanno ad influenzare i giocatori d'azzardo con e senza ADHD. Sono stati scelti questi due parametri perché, come è già stato dimostrato in precedenza (Chamberlain, 2017), sono i due principali fattori di rischio per lo

sviluppo del GAP; soprattutto, sempre in un'ottica volta al trattamento, si tratta di due componenti psicologiche soggette a terapia e, di conseguenza, modificazioni.

Al fine di comprendere meglio i risultati dello studio, è necessario conoscere i cinque tratti tramite cui si manifesta l'impulsività individuati da Whiteside & Lynam (2001); questi tratti, che verranno elencati di seguito, sono specifici per i soggetti che hanno sviluppato una dipendenza patologica.

- Urgenza negativa: la tendenza ad agire in modo avventato nelle situazioni stressanti.
- Urgenza positiva: la tendenza ad agire in modo avventato quando l'umore è particolarmente positivo.
- Mancanza di premeditazione: la tendenza ad agire senza pensare a cosa si sta per fare o alle conseguenze.
- Mancanza di perseveranza: difficoltà, talvolta incapacità, di rimanere concentrati sul compito che si sta svolgendo.
- Ricerca di sensazioni (*sensation seeking*): la tendenza a cercare continuamente situazioni nuove ed emozionanti

Alcuni studi precedenti (Roberts et al, 2014) hanno già dimostrato come urgenza negativa, mancanza di premeditazione e *sensation seeking* siano associate, in individui con ADHD, con uso e abuso di alcool e cannabis. L'obiettivo primario degli autori del nostro studio era quello di confrontare i tratti di impulsività tra giocatori con e senza ADHD per verificare, sempre se presenti, quali fossero le differenze tra i due gruppi di soggetti. In secondo luogo, si voleva investigare quali distorsioni cognitive fossero presenti in entrambi i gruppi ed il loro livello di severità a seconda della condizione del giocatore, se solo con GAP, oppure anche con ADHD.

I risultati hanno mostrato come urgenza positiva e negativa fossero associate al gioco d'azzardo patologico in entrambi i gruppi, mentre *sensation seeking* e mancanza di premeditazione fossero associate al gioco patologico solamente nel gruppo senza ADHD. Per quanto riguarda le distorsioni cognitive non è stata trovata nessuna differenza tra i due gruppi, ma solo dal punto di vista delle credenze erronee coinvolte.

Questi risultati sono in linea con un'altra ricerca (Hodgins & Holub, 2015) che ha indagato in che modo l'impulsività è coinvolta nel GAP. Il risultato principale ottenuto consiste nell'affermazione, fatta dagli autori, che i sintomi di impulsività dell'ADHD correlino in modo significativo con una maggiore severità dei comportamenti legati al gioco d'azzardo patologico. Un approfondimento è

stato condotto sui diversi tratti dell'impulsività, in particolare nel *sensation seeking*. E' emerso che questa componente dell'impulsività in particolare, non è correlata con la severità del GAP. Al contrario, si nota una forte correlazione con la quantità differente di tipologie di giochi d'azzardo utilizzati dal soggetto negli ultimi sei mesi. Da questi risultati, gli autori ipotizzano che ci siano alcuni tratti dell'impulsività che interessano il coinvolgimento del giocatore nel gioco d'azzardo, mentre altri che prevedono un coinvolgimento problematico del giocatore nel gioco d'azzardo.

Riprendendo lo studio di Roberts citato poco fa, possiamo individuare un altro risultato molto importante emerso dall'analisi dei dati raccolti. Gli autori fanno notare come solamente le due urgenze, quella positiva e quella negativa, fossero associate al gioco d'azzardo nei giocatori con ADHD. Quanto emerso è in linea con un altro studio (Pedersen et al, 2016) che dimostrava come soggetti con ADHD in infanzia e adolescenza fossero maggiormente soggetti allo sviluppo di una dipendenza da alcool, soprattutto a causa degli alti livelli di impulsività emotiva. Essendo, l'urgenza positiva e negativa, due tratti impulsivi che riguardano il prendere decisioni di fronte ad una situazione emotiva particolarmente intensa, positiva o negativa che sia, è importante evidenziare il ruolo centrale che riveste l'ADHD nella sua forma particolare della disregolazione emotiva in una situazione di gioco d'azzardo patologico. Si presume che la disregolazione emotiva si manifesti quando i processi adattivi dell'individuo risultano compromessi e ciò porta il soggetto ad assumere un comportamento che va oltre i propri interessi e non rispecchia ciò che vorrebbe effettivamente fare.

E' importante citare un ulteriore studio, pubblicato nel 2019 da Mestre-Bach et al, che ha fornito una più recente visione dell'argomento. E' emersa una significativa correlazione tra la disregolazione emotiva ed entrambi i disturbi, ADHD e GAP. Anche questi autori sostengono la tesi che la disregolazione emotiva sia correlata ad un maggiore coinvolgimento e un maggiore tempo trascorso a giocare; i giocatori utilizzerebbero il gioco come strategia di coping per far fronte alle difficoltà affrontate nella regolazione delle emozioni.

Gli autori hanno, inoltre, confermato la forte correlazione presente tra disregolazione emotiva e ADHD, già evidenziata precedentemente da altri studi (Faraone et al, 2018, Rosen et al, 2015).

Dall'analisi dei dati raccolti emerge una forte associazione tra disregolazione emotiva e i sintomi di ADHD e tra disregolazione emotiva e severità del GAP; si nota quindi come questo costrutto giochi un ruolo di mediazione tra i due disturbi. Un ultimo risultato mostra come i giocatori patologici con ADHD mostrino livelli più gravi di disregolazione emotiva rispetto ai giocatori senza ADHD.

Questa caratteristica è tipica degli adulti con ADHD, tanto che fino al 70% dei soggetti riporta di dover affrontare questa situazione (Shaw et al, 2014), e, nei giocatori d'azzardo, può andare a costituire un grosso fattore di rischio.

Un altro risultato interessante è che, nonostante i giocatori con ADHD riportassero valori più alti rispetto alla popolazione in *sensation seeking*, mancanza di premeditazione e mancanza di perseveranza, questi fattori non vadano a costituire un fattore di rischio per il gioco d'azzardo. In linea con altri studi (Belin et al, 2008), di cui uno già visto in precedenza (Chamberlain et al, 2014), un individuo con ADHD non è più propenso a sviluppare una dipendenza, soprattutto non legata all'uso di sostanze, ma è più vulnerabile, rispetto alla popolazione generale, di avvicinarsi a quel comportamento. Ciò significa che l'ADHD non costituisce un fattore di rischio per la dipendenza da gioco d'azzardo, ma lo è per il gioco d'azzardo in generale (Roberts et al, 2014).

Questo studio ha, comunque, confermato la forte associazione tra GAP e ADHD; l'impulsività è fortemente associata al gioco d'azzardo patologico, ma il disturbo da deficit di attenzione/iperattività rimane comunque la variabile maggiormente correlata al GAP.

Per quanto riguarda le distorsioni cognitive, questo studio non ha dimostrato nessuna sostanziale differenza in quelle coinvolte tra giocatori con e senza ADHD; nemmeno l'impatto relativo ad ogni singola distorsione ha mostrato differenze. Tuttavia, i giocatori con ADHD hanno riportato punteggi significativamente più alti nelle credenze erranee, mostrando, quindi, una maggiore severità di esse, rispetto ai giocatori senza ADHD.

2.3: Conclusione

L'associazione tra disturbo da deficit di attenzione/iperattività e gioco d'azzardo patologico è supportata da un numero di evidenze in letteratura in costante crescita. Si tratta infatti di un campo di studi che, seppur relativamente nuovo ed inesplorato, ha portato dei notevoli risultati per quanto riguarda la conoscenza dell'argomento, andando, inoltre, ad aumentare sempre più l'interesse per coloro che si occupano di ricerca. Questi disturbi sono caratterizzati da un pattern comune di caratteristiche cliniche, una su tutte, l'impulsività. Tuttavia, rimangono ancora molti aspetti da indagare per giungere ad una migliore comprensione dell'associazione dei due disturbi.

Ad oggi la ricerca del fenomeno non può dirsi esaurita. Come si è letto nel capitolo, non tutti gli autori sono giunti alla medesima conclusione e sono presenti alcuni risultati contrastanti tra loro. La

comorbidità tra ADHD e GAP è un aspetto clinico che merita di essere approfondito data la sempre maggiore diffusione di entrambi i disturbi.

Tutti i dati raccolti vanno, comunque, a costituire delle importanti implicazioni cliniche, sia dal punto di vista della prevenzione, sia per quanto riguarda il trattamento e la terapia. Sono necessari ulteriori studi futuri che riescano ad individuare precocemente i sintomi di ADHD in bambini e adolescenti in modo da prevenire un'eventuale insorgenza del GAP una volta cresciuti.

I dati raccolti sono, senza dubbio, molto utili anche per quanto riguarda il trattamento della comorbidità ADHD-GAP, in particolare, le informazioni ricavate su come l'impulsività sia coinvolta in entrambi i disturbi. Questo specifico ambito potrebbe essere ulteriormente approfondito da studi futuri in modo da poter fare ancora più chiarezza su come l'impulsività sia coinvolta nella comorbidità. Infine, una maggiore conoscenza di questo fenomeno potrebbe portare a notevoli miglioramenti riguardo lo sviluppo di interventi e tecniche mirate alla gestione e al trattamento di questo ultimo aspetto.

Capitolo 3: Strumenti di valutazione

3.1 Introduzione

In questo capitolo verranno descritti i principali test e scale di valutazione che vengono attualmente utilizzati per una diagnosi di ADHD o di gioco d'azzardo patologico. E' importante una premessa: una diagnosi di un disturbo non può essere fornita solamente in seguito alla somministrazione di una scala di valutazione. Sebbene gli strumenti validati siano riconosciuti come validi e affidabili a livello internazionale, tutti gli autori che li hanno ideati specificano che un colloquio clinico sia fondamentale al fine di individuare una diagnosi.

I test che vedremo di seguito possono offrire un grande supporto ai clinici per quanto riguarda lo screening del disturbo e per individuarne la severità; tuttavia, non esime i professionisti dal tenere un colloquio con il paziente; il colloquio risulta particolarmente utile soprattutto per ricostruire la storia clinica del paziente, il periodo di insorgenza del disturbo e il modo in cui il paziente lo affronta.

Il test per la valutazione dell'ADHD è, in questo caso, validato per soggetti adulti o in tarda adolescenza, questo perché per l'età infantile esistono altre scale più specifiche per quell'età e il processo di diagnosi segue un percorso differente. Ci concentriamo sulla versione per adulti per il semplice motivo che i pazienti che si rivolgono ai servizi, riportando un problema legato al gioco d'azzardo, naturalmente, non rientrano nell'età infantile. Attualmente la scala più utilizzata è l'Adult ADHD Self-Report Scale v. 1.1 (Kessler et al, 2017).

Anche per la valutazione del disturbo da gioco d'azzardo vengono utilizzati dei test, in questo capitolo ne vedremo due in particolare: il Canadian Problem Gambling Index (Ferris & Wynne, 2001) e il South Oaks Gambling Screen (Lesieur & Blume, 1987). In entrambi i casi si tratta di uno strumento self-report che il paziente deve compilare in maniera autonoma o, quando necessario, con l'aiuto di un professionista. Come per la diagnosi di ADHD, ad un risultato positivo ad uno dei test deve seguire necessariamente un colloquio clinico con uno specialista, in questo modo è possibile procedere con la diagnosi e, successivamente, individuare un piano terapeutico specifico per il paziente a seconda della severità del disturbo e delle sue caratteristiche personali.

3.2 Strumenti di valutazione per GAP

3.2.1 South Oaks Gambling Screen (SOGS)

Il SOGS (Lesieur et al, 1987) è un questionario composto da 20 item che viene attualmente usato come strumento di screening della popolazione per quanto riguarda il gioco d'azzardo patologico. Può essere compilato sia dal paziente in maniera autonoma ma, ove necessario, può essere somministrato sia da professionisti che non. Gli autori hanno ideato il questionario nel 1987, usando come riferimento i criteri diagnostici per il gioco d'azzardo patologico presenti nel DSM-III. Nonostante la creazione di questo strumento risulti lontana nel tempo, è ancora uno strumento molto in voga tra i professionisti che decidono di eseguire uno screening iniziale sui loro pazienti.

Negli anni in cui gli autori hanno ideato il SOGS, il gioco d'azzardo era un fenomeno che stava suscitando sempre più interesse negli Stati Uniti: in quegli anni infatti emergevano le prime ricerche sperimentali che cercavano di individuare l'incidenza del gioco d'azzardo nella popolazione. I primi dati raccolti erano spesso in contrasto tra loro, le percentuali di giocatori erano molto differenti da uno studio all'altro e da uno Stato all'altro. Gli autori hanno citato due studi, Lesieur et al (1985) e Custer & Custer (1978), che avevano il merito di aver individuato i primi "effetti collaterali" del gioco d'azzardo, ovvero la presenza di comorbidità con uso e abuso di alcool e nicotina, una maggiore probabilità per il giocatore di affrontare problemi legali, divorzi e suicidi.

In seguito all'aumentare della preoccupazione della salute dei giocatori d'azzardo problematici, così era la diagnosi secondo i criteri di quell'anno, nasce l'esigenza di creare uno strumento che possa favorire l'individuazione dei pazienti in modo veloce e affidabile. Per rendere più semplice l'utilizzo dello strumento, esso è stato pensato per essere somministrato non solo da professionisti, ma anche da un personale non specificatamente formato all'utilizzo del test e, infine, anche dal paziente stesso tramite self-report. Lo strumento principalmente usato in quegli anni erano i criteri del DSM III; nel paper di pubblicazione del SOGS, Lesieur citava un suo stesso studio, condotto nel 1984, in cui giudicava i criteri diagnostici del DSM III come "troppo restrittivi" e quindi non adatti, da soli, alla diagnosi.

Il questionario va a misurare sette differenti dimensioni:

1. disfunzionalità familiare
2. disfunzionalità lavorativa
3. menzogne sulle vincite o le perdite delle puntate

4. situazione debitoria
5. chiedere denaro ad altre persone per risolvere una disperata situazione economica dovuta al gioco d'azzardo
6. chiedere denaro in prestito in maniera non lecita
7. commettere atti illegali volti a raccogliere denaro da spendere nel gioco d'azzardo

Nella fase di costruzione del test, le domande dei questionari di prova sono state somministrate sia ai pazienti partecipanti alla ricerca, sia alle loro figure di riferimento. Allo stesso modo, anche i colloqui individuali seguiti alla risposta al questionario sono stati tenuti con i familiari più stretti. L'obiettivo non era solamente quello di validare il questionario tramite un ulteriore gruppo di controllo, ma indagare altri due aspetti: il primo, capire se familiari o amici stretti giocassero regolarmente d'azzardo, il secondo, quale fosse il loro grado di interesse riguardo la malattia del paziente.

Alla fine del processo di somministrazione ed in seguito alla valutazione psicometrica il risultato ha soddisfatto le aspettative degli autori. Il questionario è infatti risultato possedere una buona validità e affidabilità per quanto riguarda lo screening di soggetti con dipendenza da gioco d'azzardo. La percentuale di falsi negativi e falsi positivi era stata drasticamente ridotta.

Il merito del SOGS, e di coloro che l'hanno ideato, è quello di aver creato uno dei primi questionari validati per lo screening del gioco d'azzardo patologico. Un altro grande vantaggio, già citato, è la mancata necessità di personale debitamente formato per utilizzarlo. Si trattava di una grande novità perché, come fa notare l'autore stesso, i pazienti non erano concentrati solamente negli ospedali o in strutture specifiche, molti erano presenti anche nelle carceri, spesso a causa dei reati commessi per guadagnare soldi da giocare poi in un secondo momento; questa ultima affermazione deriva da uno studio, non pubblicato, dello stesso Lesieur.

La prima parte del test consiste in una tabella da compilare in cui vengono poste diverse domande legate alla frequenza del gioco d'azzardo. Le opzioni di risposta possono essere "Mai", "Meno di una volta a settimana", "Più di una volta a settimana" (Figura 3.1).

Figura 3.1: Esempio di item della prima parte

	MAI	MENO DI 1 VOLTA A SETTIMANA	PIÙ DI 1 VOLTA A SETTIMANA
A) Giocare a carte per soldi			
B) Scommettere su cavalli, cani, o altri animali (in agenzia, alla pista, o con un bookmakers)			

Nella seconda parte del test sono presente diverse domande a risposta chiusa che vanno ad indagare più dimensioni come, ad esempio, le menzogne su vittorie o perdite, la percezione che il soggetto ha del proprio problema o se il gioco d'azzardo riguarda anche altri familiari. (Figura 3.2)

Figura 3.2: Esempio di item della seconda parte

5. Avete mai preteso (o vi siete mai vantati) di aver vinto al gioco una somma di denaro che invece avevate perso?

- Mai
- Sì, ma meno della metà delle volte che perdo
- Sì, la maggior parte delle volte

Infine, nella terza e ultima parte del questionario, le domande a risposta dicotomica "sì/no" indagano in che modo il gioco interferisce con la vita del paziente, in particolare come esso influisce nelle dinamiche relazionali dell'individuo. Valuta, inoltre, in che modo il soggetto reperisce del denaro da spendere (Figura 3.3).

Figura 3.3: Esempio di item dicotomico della terza parte

11. Avete mai nascosto al/vostro/a partner, ai vostri figli, oppure ad altre persone importanti per voi, scontrini di puntata, fisches, biglietti dalle lotteria, o altri oggetti legati al gioco d'azzardo?

- Sì
- No

Il SOGS non è stato esente a critiche. Già dopo pochi anni dalla sua pubblicazione diversi autori hanno mosso delle critiche contro questo test (Battersby et al, 2002; Gerstein et al, 2002), come ha citato lo stesso Lesieur in uno studio da lui condotto, insieme a Gambino, nel 2006. Questo loro nuovo lavoro aveva l'obiettivo di validare ancora una volta, a distanza di diversi anni, il

questionario da loro creato, dimostrando che si trattasse di uno strumento valido ed utile per lo screening dei pazienti. Tra le critiche principali citate dagli autori in questo loro studio, troviamo che il test non può essere considerato valido per lo screening della popolazione poiché esso è stato costruito partendo da altri pazienti (Rubin, 1988). Altri autori hanno, invece, fatto notare come fosse difficile creare uno strumento di valutazione per il gioco d'azzardo patologico perché, in quegli anni, i criteri diagnostici del disturbo subivano diverse modifiche man mano che il DSM si aggiornava nelle sue versioni (Zhou, 2002). In questo caso, gli autori hanno risposto aggiornando il questionario man mano che i criteri diagnostici si evolvevano.

Nella conclusione del loro studio, si può leggere che, in seguito a calcoli statistici e psicometrici, il questionario risulta ancora valido e affidabile. L'alto indice di consistenza nei risultati e ripetibilità del test, utilizzando anche diverse versioni, rendono ogni nuova evoluzione del questionario valida. Gli autori affermano anche che il loro test non avanza nessuna pretesa di sostituirsi ad altri strumenti diagnostici o al colloquio clinico, ma vuole solamente fornire un ulteriore supporto ai clinici che hanno la necessità di eseguire screening sui loro pazienti.

L'ultimo punto del loro studio riguarda l'evoluzione dei criteri diagnostici. Gli autori fanno notare come il SOGS, data la sua solidità come strumento, potrebbe fornire una sorta di "ponte" nel processo di transizione dal DSM IV al DSM IV-TER e, più avanti, al DSM 5. In questo senso, gli autori del manuale, durante la definizione dei criteri diagnostici, potrebbero tenere in considerazione anche alcuni item del SOGS ed utilizzare il questionario come strumento di supporto nella definizione del disturbo.

Nonostante il SOGS sia uno strumento ideato nel 1987, il continuo aggiornamento che ha seguito i nuovi criteri diagnostici e che ha superato tutte le analisi statistiche e psicometriche, risulta essere ancora valido oggi. Per questo motivo, è ancora ampiamente utilizzato, anche in Italia.

Alcuni anni dopo la creazione, e la diffusione, del SOGS, alcuni autori hanno deciso di creare una versione dello stesso test più specifica per l'età adolescenziale. Nasce così il South Oaks Gambling Screen-Revised Adolescent (SOGS-RA; Winters et al, 1993). Il SOGS-RA può essere somministrato alla popolazione compresa tra i 15 e i 19 anni.

La struttura del questionario rimane pressoché invariata, ci sono alcune differenze in alcuni item che pongono più enfasi, rispetto l'originale, sulle relazioni familiari, sul modo in cui gli adolescenti ottengono il denaro da spendere e se genitori, o parenti stretti, sono coinvolti in attività di gioco d'azzardo.

Il SOGS-RA è stato validato anche in Italia da Colasante et al, nel 2006. La necessità di questo processo, scrivono gli autori nel loro studio, nasce dal fatto che, in quel momento, non esisteva un test di screening specifico per gli adolescenti. I risultati sono stati positivi: il test ha mostrato dei buoni valori di affidabilità e validità per quanto riguarda lo screening di soggetti compresi nell'età target del questionario, ovvero 15-19 anni. Grazie a questo studio, il SOGS-RA ha iniziato a diffondersi anche in Italia, fornendo un nuovo strumento di screening per i pazienti adolescenti.

3.2.2: Canadian Problem Gambling Index (CPGI)

Con il passare degli anni e l'aumentare della mole di studi sul GAP, è stato notato come il SOGS risulti affidabile per lo screening della popolazione clinica, ovvero già inserita in qualche struttura e con un altro disturbo oltre a quello del gioco d'azzardo; tuttavia, per quanto riguarda la popolazione generale, pur mostrando dei valori accettabili, si notava una percentuale troppo elevata di falsi positivi, come riporta Currie in una più recente ricerca (2013).

Il Canadian Problem Gambling Index (CPGI; Wynne et al, 2001) è il risultato di un lavoro di diversi autori, iniziato nel 1996. Si tratta di un altro questionario che oggi viene utilizzato per lo screening del gioco d'azzardo patologico ed è, quindi, pensato per la popolazione generale. Questo progetto è iniziato come risposta ai limiti, sopra citati, del SOGS che, per alcuni autori, rendevano quel test non abbastanza preciso nello screening della popolazione generale.

L'importante novità introdotta dagli autori del CPGI fu il cambiamento di approccio alla costruzione del test. Mentre il SOGS si concentrava sul gioco d'azzardo patologico principalmente dal punto di vista clinico, gli autori del CPGI adottarono una visione più olistica del problema. Non si tenne conto soltanto delle implicazioni cognitive e comportamentali del gioco, ma anche della sua valenza sociale e delle conseguenze dannose che il GAP portasse sia all'individuo che al suo ambiente.

Sulla base di questo, è nato un questionario di 31 item, divisi in 9 per lo screening della popolazione generale, mentre i restanti 22 indagano il coinvolgimento del soggetto nel gioco; in questo modo, è possibile ottenere un profilo psicologico più preciso del giocatore. Il questionario costruito in questo modo non si pone come obiettivo quello di restituire una diagnosi specifica. Lo strumento restituisce invece, un livello di problematicità; in questo senso, gli autori del CPGI miravano ad individuare anche i giocatori che non rientrano nel classico profilo psicologico del giocatore dipendente.

Anche il CPGI, come il SOGS, è diviso in tre parti differenti, ognuna delle quali misura una diversa caratteristica.

La prima parte del questionario misura il *gambling involvement*, ovvero il coinvolgimento nel gioco d'azzardo. Gli item di questa sezione pongono domande al soggetto rispondente riguardo quale tipologia di gioco preferisce, la frequenza del gioco, la durata delle sue sessioni e, infine, le somme di denaro che vengono giocate. La prima domanda, quella sulla tipologia di gioco, è differente nei diversi Paesi a seconda della legislazione dello Stato. La prima parte è, generalmente, molto veloce da compilare: la maggior parte dei pazienti che si rivolge ai servizi e soffre di una dipendenza da gioco, tendenzialmente, predilige poche differenti modalità (Wynne et al, 2003). Gli item di questa parte prevedono una risposta dicotomica, le opzioni sono "Si" oppure "No" (Figura 3.4).

Figura 3.4: Esempio item della prima parte

	SI	NO
Ha mai puntato denaro su scommesse sportive?		

La seconda parte riguarda il *problem gambling assessment*, valutazione del gioco d'azzardo, e indaga due domini: il comportamento legato al GAP e le conseguenze, per il soggetto o per altri, di quel comportamento. In questa parte sono presenti 12 diversi item, 9 dei quali vanno a costituire un subtest che può essere usato separatamente rispetto al questionario generale. Si tratta del Problem Gambling Severity Index (PGSI) e viene utilizzato, sia inserito nel questionario generale che da solo, per inquadrare il soggetto rispondente in una delle quattro categorie: giocatore non problematico, giocatore a basso rischio, giocatore a rischio moderato, giocatore ad alto rischio. Gli autori del CPGI hanno invitato i professionisti che utilizzano il loro questionario a non modificare, o togliere, i 9 item della scala PGSI. Il motivo, è che questi item risultano centrali nell'inquadramento della severità del disturbo del paziente. Al contrario, è possibile utilizzare il subtest PSGI separatamente rispetto al questionario generale nelle situazioni in cui al clinico serva esclusivamente un'indicazione per l'inquadramento. Ancora una volta, gli autori ricordano che la sola somministrazione del test non restituisce una diagnosi e sono necessari ulteriori approfondimenti tramite colloquio clinico. Gli item prevedono una risposta data su scala Likert , il punteggio è riportato sul questionario stesso; le opzioni di risposta sono: mai, talvolta, la maggior parte delle volte, quasi sempre (Figura 3.5).

Figura 3.5: esempio di item della seconda parte

		Mai	Talvolta	La maggior parte delle volte	Quasi sempre
Q 1	Ha scommesso più di quanto potesse realmente permettersi di perdere?	0	1	2	3

La terza ed ultima parte del questionario, *correlation*, misura i correlati del gioco d'azzardo. In altre parole, gli item vanno ad indagare diversi ambiti della vita del giocatore, come ad esempio le conseguenze del gioco, sia dal punto di vista personale che ambientale, problemi familiari causati dal gioco, stress, depressione, situazione economica, percezione di perdite e vincite, errori cognitivi, comorbidità e pensieri suicidari. L'obiettivo di questa parte del questionario è fornire al clinico delle ulteriori informazioni per quanto riguarda il profilo psicologico del giocatore, integrando la severità del disturbo che può essere ricavata dalla seconda parte del test. Nell'idea degli autori, questa parte sarebbe stata la più soggetta a modifiche nel tempo, a seconda dell'evoluzione dei criteri diagnostici e delle conoscenze scientifiche riguardo il GAP. Gli item di questa parte prevedono una risposta dicotomica "sì/no" (Figura 3.6).

Figura 3.6: esempio di item della terza parte

	Sì	No
In seguito all'avvenimento di qualcosa di molto doloroso per lei, sente il bisogno di giocare?		

Il questionario nel complesso ha mostrato dei buoni valori psicometrici. Esso è correlato ai criteri diagnostici del DSM, al SOGS e, infine, anche alla valutazione clinica. Il vantaggio di questo test è quello di essere riuscito a minimizzare il numero di falsi positivi, una delle critiche mosse al SOGS, e di avere una buona affidabilità nel determinare i soggetti positivi.

Sono presenti anche dei limiti. Nonostante la buona capacità discriminativa dei giocatori non problematici e dei giocatori a rischio, le due fasce intermedie non sempre risultano ben distinte (Currie et al, 2013). Gli autori erano consapevoli di questo limite, tanto da aver proposto, nel loro studio del 2001, due valide opzioni. La prima era unificare le due categorie centrali ottenendo solamente tre diverse tipologie di giocatore, mentre la seconda, considerata più opportuna per gli

autori, modificare le soglie di punteggio per il passaggio da una categoria all'altra. Nonostante ciò, la maggior parte dei ricercatori e dei clinici utilizza il questionario nella sua forma originale.

Il CPGI è attualmente utilizzato anche in Italia in seguito alla pubblicazione della versione italiana a cura di Colasante et al, nel 2013.

Il questionario, come già accennato, è stato pensato dagli autori come strumento utile per lo screening della popolazione generale. Nonostante ciò, nel corso degli anni, con la diffusione del CPGI, sono stati sempre più numerosi i clinici che hanno iniziato ad utilizzarlo anche sui pazienti. L'utilizzo clinico del CPGI, attualmente, non è supportato da nessuna ricerca.

Uno studio condotto da Merkious et al, nel 2020, ha rilevato che la classificazione dei giocatori ad alto rischio poteva essere suddivisa in due ulteriori classi, a difficoltà crescente. Questa stessa classificazione inoltre, è correlata in modo positivo con la classificazione proposta dal SOGS per gli stessi soggetti. Tuttavia, gli item del CPGI erano maggiormente informativi rispetto a quelli del SOGS.

Concludendo il paragrafo, possiamo affermare che i due questionari descritti, nonostante non possano essere utilizzati per la diagnosi, forniscono un grande supporto sia alle istituzioni che si occupano dello screening generale della popolazione, sia ai clinici che intendono verificare la presenza di comportamenti legati al gioco d'azzardo nei loro pazienti. Dal punto di vista psicometrico, possiamo notare come il SOGS sia più indicato nello screening della popolazione clinica, che presenta quindi un altro disturbo in comorbidità con il GAP, mentre il CPGI sembra essere più indicato nello screening generale della popolazione. Indipendentemente da come gli strumenti vengano impiegati, è necessario sempre un ulteriore approfondimento da parte di un professionista, in modo da poter superare i limiti presenti in entrambi i questionari.

3.3: Valutazione ADHD

3.3.1: ADHD Self-Report Scale (ASRS)

Nel primo capitolo è già stato descritto come l'ADHD non sia un fenomeno legato solamente all'infanzia e l'adolescenza. Il disturbo può infatti permanere anche in età adulta, con una modifica nella manifestazione dei sintomi, che può comunque andare ad inficiare nella qualità di vita del soggetto. Esistono diversi strumenti che possono aiutare i clinici nello screening e nei test dell'ADHD nei bambini, tuttavia, fino al 2005, non esisteva nessuno strumento standardizzato specifico per l'età adulta. Da qui, nasce la necessità di creare una scala di valutazione da poter

utilizzare nello screening di pazienti adulti. Il lavoro, commissionato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, si è concluso con la creazione dell'ADHD self-report scale (ASRS) (Kessler et al, 2005).

Come si può leggere nello studio pubblicato da Kessler et al (2005), la necessità della creazione di questa scala nasce dalla difficoltà di stabilire la diffusione del disturbo. Prima di loro, altri ricercatori (Weiss et al, 1995; Murphy et al, 1996) hanno tentato di individuare la percentuale di popolazione interessata dall'ADHD. I dati, tuttavia, erano molto ampi, mostrando un range che va dall'uno ai sei punti percentuali. Nei bambini, invece, i dati erano molto più precisi grazie all'esistenza di opportuni strumenti di valutazione già validati e ampiamente utilizzati per lo screening della popolazione generale. Fino a quel momento, per lo screening degli adulti, era utilizzata una scala somministrata anche ai bambini, la CIDI (Robins et al, 1988). Tuttavia, lo strumento non risultava validato anche per gli adulti e, di conseguenza, non era da potersi considerare affidabile.

L'OMS decise quindi di finanziare un progetto che portasse alla costruzione di uno strumento valido ed affidabile per lo screening specifico della popolazione adulta, data la difficoltà delle istituzioni di indagare la diffusione dell'ADHD dopo il superamento dell'età adolescenziale.

Dopo alcuni anni, nel 2005, viene pubblicata l'ASRS. I risultati ottenuti sono stati molto soddisfacenti per gli autori. In primo luogo, lo strumento ha mostrato un buon livello di affidabilità e validità, rendendolo quindi uno strumento da poter essere utilizzato in più contesti. Il vantaggio del test è la rapidità e la possibilità che esso venga compilato dal soggetto stesso, escludendo, di conseguenza, la necessità che sia presente un professionista al momento della compilazione. Per quest'ultimo motivo, il test può essere impiegato anche su larga scala dalle istituzioni che intendono eseguire uno screening della popolazione generale.

La scala ha mostrato buoni valori di correlazione con i criteri diagnostici del DSM IV, utilizzati per la costruzione della scala stessa.

Esistono due versioni dell'ASRS, una ridotta, composta da soli 6 item (Figura 3.7), e una più estesa, composta da 18 item (Figura 3.8), 6 dei quali sono quelli della versione ridotta. Gli autori affermano che la versione ridotta risulti in egual modo affidabile nell'individuare un soggetto positivo se comparata alla versione estesa. Quest'ultima infatti risulta più utile se l'intento è quello di raccogliere un maggior numero di informazioni sul soggetto in vista di un ulteriore approfondimento clinico. La versione estesa risulta, nel suo modello finale, divisa in due parti: la prima corrisponde ai 6 item della versione ridotta, la seconda comprende i restanti 12 item. Le

opzioni di risposta sono disposte su scala Likert ed indagano la frequenza con cui il soggetto sperimenta quanto chiesto dall'item. Le possibilità di risposta sono: mai, raramente, talvolta, spesso, molto spesso.

Figura 3.7: Esempio di item della prima parte

La preghiamo di rispondere alle domande qui sotto, valutandoci su ciascuno dei criteri elencati attraverso la scala sul lato di destra della pagina. Per rispondere a ciascuna domanda, metta una X nella casella che descrive meglio come si è sentito/a e comportato/a nel corso degli ultimi 6 mesi. La preghiamo di consegnare questo elenco completato al suo professionista della salute per discuterne durante il suo appuntamento di oggi.	Mai	Raramente	Talvolta	Spesso	Molto spesso
1. Con che frequenza ha difficoltà a concludere i dettagli finali di un progetto, una volta che le parti più stimolanti sono state fatte?					

Figura 3.8: Esempio di item della seconda parte

9. Con che frequenza ha difficoltà a concentrarsi su quello che le persone le dicono, anche quando stanno parlando a lei direttamente?					
--	--	--	--	--	--

L'ASRS, da sola, non è sufficiente per formulare una diagnosi, rendendo necessari ulteriori approfondimenti da parte di un professionista.

La scala è stata sottoposta, più recentemente, ad altri processi di validazione. E' considerata ancora oggi una scala molto soddisfacente dal punto di vista statistico e psicometrico, mostrando ottimi valori di discriminazione tra soggetti positivi e negativi e una buona correlazione con l'individuazione dei sintomi di ADHD (Adler et al, 2011).

Un'ultima ricerca che merita di essere citata è quella condotta da De Glind et al (2013). Lo studio si è posto come obiettivo quello di validare l'ASRS negli adulti con disturbo da dipendenza, sia da sostanze che non. La scala ha, ancora una volta, superato il test di validazione, mostrando dei buoni valori nel riconoscimento dei sintomi ADHD anche nei soggetti con dipendenza patologica.

Bibliografia

Kring, A; Johnson, S; Davison, G & Neale, J. (2017). *Psicologia clinica*. Bologna: Zanichelli

Vianello, R & Mammarella, I.C. (2015). *Psicologia delle disabilità. Una prospettiva life span*. Parma: Gruppo Spaggiari

Sitografia

Adler, R.A.; Spencer, T.; Faraone, S.V.; Kessler, R.; Howes, M.J.; Biederman, J. et al. (2011). Validity of pilot Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) to rate adult ADHD symptoms. *Analysis of Clinical Psychiatry* (18,3).145-148. Retrieved from:<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10401230600801077>

Agenzia delle Accise, Dogane e Monopoli. (2021). Libro Blu per il 2020. Consultato da:<https://www.avvisopubblico.it/home/wp-content/uploads/2021/09/Libro-Blu-2020.pdf>

AULSS 8 Veneto. *Canadian Problem Gambling Index*. Consultato da:https://www.aulss8.veneto.it/allegati/3624-Questionario_di_autovalutazione_CPGI.pdf

Aymamì, N; Jimenez-Murcia, S; Granero, R; Ramos-Quiroga, J.A.; Fernández-Aranda, F; Claes, L.; Sauvaget, A et al. (2015). Clinical, Psychopathological and Personality Characteristic associated with ADHD among individuals seeking treatment for gambling disorder. *Biomed Research International*. Retrieved from: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2015/965303/>

Bellio, G. (2020). Facciamo chiarezza sul Canadian Problem Gambling Index-CPGI. *ALEA Bulletin* (8,3). 37-42. Consultato da: https://www.gambling.it/images/pdf_bulletin/Bulletin%202020-3.pdf

Brandt, L. & Fischer, G. (2017). Adult ADHD is associated with gambling severity and psychiatric comorbidity among treatment-seeking problem gamblers. *Journals of attention disorder* (23,12). 1383-1395. Retrieved from:<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1087054717690232>

Breyer, J. L, Botzet, A. M., Winters, K. C., Stinchfield, R. D., August, G. & Realmuto, G. (2009). Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *J Gambl Stud* (25,2). 227-238. Retrieved from: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s10899-009-9126-z>

Burnaut, P.; Mathieu, S.; Fussat, C.; Barrault, S. & Varescon, I. (2020). Impulsivity facets and cognitive distortion associated with problem gambling: Differences between ADHD and non-ADHD gamblers. *European Review of Applied Psychology* (70,4). Retrieved from:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1162908820300554>

Capolongo, M & Tramontano, M. (2017, 13 dicembre). ADHD negli adulti:cosa ne sappiamo oggi?Diagnosi, valutazione e trattamento di una condizione clinica largamente sottostimata. *State of Mind*. Consultato da: <https://www.stateofmind.it/2017/12/adhd-nell-adulto-diagnosi-trattamento/>

Chamberlain, S. R., Derbyshire, K, Leppink, E & Grant, J. E. (2015). Impact of ADHD symptoms on clinical and cognitive aspects of problem gambling. *ScienceDirect* (57). 51-57. Retrieved from:<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X14003058>

Colasante, E.; Gori, M; Bastiani, L; Scalese, M.; Siciliano, V. & Molinaro, S. (2014). Italian adolescent gambling behavior: Psychometry evaluation of the Soth Oaks Gambling Screen: revised for adolescents (SOGS-RA) among a sample of italian students. *Journal of Gambling Studies* (30). 789-801. Retrived from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10899-013-9385-6>

Coriale, G; Ceccanti, M; De Filippis, S; Caravasso, C.F & De Persis, S. (2015). Disturbo da gioco d'azzardo: epidemiologia, diagnosi, modelli interpretativi e trattamento. *Rivista di psichiatria*, (50, 5). 216-227. Consultato da: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/2040/articoli/22162/>

Davtian, M.; Raid, R. C. & Fong, T. W. (2012). Investigating facetes of personality in adult pathological gamblers with ADHD. *National Library of Medicine* (2,2). 163-174. Retrived from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3397924/>

Gambino, B. & Lesieur, H. (2006). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a rebuttal to critics. *Journal of Gambling Issues* (17, 17). 1-16. Retrived from: https://www.researchgate.net/publication/237373326_The_South_Oaks_Gambling_Screen_SOGS_A_rebuttal_to_critics

Hodgins, D. C. & Holub, A. (2015). Components of impulsivity in gambling disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction* (13). 699-711. Retrived from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-015-9572-z#Sec6>

Kessler, R.C.; Adler, L.; Ames, M.; Demler, O.; Faraone, S.; Hiripi, E. et al. (2005). The World Health Organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine* (35,02). 245-256. Retrived from: <https://sci-hub.hkvisa.net/10.1017/S0033291704002892>

La Barbera, D. & La Cascia C. (2008). Il gioco d'azzardo patologico. *Nòs Aggiornamenti psichiatria*, 14 (2). 129-138. Consultato da: https://www.academia.edu/3274636/delle_dipendenze_patologiche

Ladoceur, R.; Bouchard, C.; Rhéaume, N.; Jacques, C.; Ferland, F.; Leblond, J. et al. (2000). Is the SOGS an accurate measure of pathological gambling among children, adolescents and adults? *Journal of Gambling Studies* (16). 1-24. Retrived from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1023/A:1009443516329.pdf>

Ladouceur, R; Sylvain, C; Boutin, C; Lachance, S; Doucet, C; Leblond, J & Jaques, C. (2001). Cognitive treatment of pathological gambling. *The Journal of nervous and mental disease* (189, 11). 774-780. Retrived from: https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2001/11000/Cognitive_Treatment_of_Pathological_Gambling.7.aspx

Lesieur, H. & Blume, S. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry* (144,9). 1184-1188. Retrived from: https://www.researchgate.net/profile/Henry-Lesieur/publication/19531246_The_South_Oaks_Gambling_Screen_SOGS_A_New_Instrument_for_the_Identification_of_Pathological_Gamblers/links/00b4952bca30ea1cea000000/The-South-Oaks-Gambling-Screen-SOGS-A-New-Instrument-for-the-Identification-of-Pathological-Gamblers.pdf

Mestre-Bach, G.; Steward, T.; Potenza, M. N.; Granero, R.; Fernández-Aranda, R.; Mena-Moreno, T. Et al (2019). The role of ADHD symptomatology and emotion dysregulation in gambling disorder. *Journal of Attention Disorder* (25,9). 1230-1239. Retrived from:<https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1087054719894378>

Organizzazione Mondiale della Sanità. (2017). *Scala autosomministrata per il DDAI dell'adulto-V1.1 (ASRS V1.1)*. Consultato da:https://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/adhd/18Q_Italian_final.pdf

Osservatorio Nomisma. (2021). *Il gioco d'azzardo in Italia secondo l'osservatorio Nomisma*. Bergamo. Consultato da: <https://www.nomisma.it/gioco-dazzardo-in-italia-osservatorio-nomisma/>

Retz, W.; Ringling, J.; Retz-Jungiger P.; Vogelgesang, M. & Rosler, M. (2016). Association of attention-deficit/hyperactivity disorder with gambling disorder. *Journal of Neural Transmission* (123). 1013-1019. Retrived from:<https://link.springer.com/article/10.1007/s00702-016-1566-x>

Romo, L; Legauffre, C; Guilleux, A; Fatséas, M; Chéreau-Boudet, I; Luquiens, A; Vénisse, J.C. et al. (2016). Cognitive distortion and ADHD in pathological gambling: a national longitudinal case control cohort study. *Journal of Behavioral Addictions* (5,4). 649-657. Retrived from:<https://akjournals.com/view/journals/2006/5/4/article-p649.xml>

Savron, G & Guerreschi, C. (2001). Psicopatologia e gioco d'azzardo: uno studio preliminare su un campione di Giocatori d'Azzardo Patologici. *Rivista di psichiatria*, (36,1). 14-21. Consultato da: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/41862512/14-21-with-cover-page-v2.pdf?Expires=1655904596&Signature=dXpsi9c5NFsblSelQWRbaiDgMsU8uBgA-RluAsKz-deIPrlvb9KFQzlg8FLD6hhpa3EiAqDMLxy4twySj3aJXVYKnvaXncdIA~CmSErhi0CGslRox9mdlSYazFT3Cj3NFK5nAlgasnWA042mFFNhr10hfQU~VewoLVT~A6nXuB5JBxlZOeNdPZZPbGtNyvkTIWksGhaBbcITDxTcClceF9ZuOCiPAsfBgzWEkq6Q3TqIaPUdG4NrJP-QfKCK-b8EOW8vCQv4Fjb8ZIEbhhhXzOgxDQhekyoqHSetKi9NTQ0lSHmLNasFUeoYNib~aVYV0md7zZXxOdHmDbC0fYKUg_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Savron, G; Pitti, P & De Luca, R. (2003). Stati dell'umore e tratti di personalità in un campione di giocatori d'azzardo patologici e dei loro familiari. *Rivista di psichiatria* (38, 5). 247-258. Consultato da: <https://www.sosazzardo.it/pdf/RicercheSperimentali004.pdf>

Van de Glind, G.; Brynte, C.; Skutle, A.; Caye, S.; Konstenius, M.; Levin, F. et al. (2020). The international collaboration on ADHD and substance abuse (ICASA): mission, results and future activities. *European Addiction Research* (26,5). 173-178. Retrived from:<https://www.karger.com/Article/Abstract/508870>

Winters, K.C.; Stinchfield, R.D. & Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies* (9). 63-84. Retrived from:<https://link.springer.com/article/10.1007/BF01019925>

Wynnie, H. (2003). Introducing the Canadian Problem Gambling Index. Retrived from:https://www.researchgate.net/profile/Harold_Wynnie/publication/228460062_Introducing_the_Canadian_problem_gambling_index/links/0046351472fee04668000000/Introducing-the-Canadian-problem-gambling-index.pdf

Young, M.M. & Wohl, M.J.A. (2011). The Canadian Problem Gambling Index: an evaluation of the scale and its accompanying profiler software in a clinical setting. *J Gambl Stud.* (27,3). 467-485.
Retrieved from:<https://sci-hub.hkvisa.net/10.1007/s10899-010-9224-y>