

La comorbidità nel Disturbo da Gioco d'Azzardo

Marco Riglietta*

SUMMARY

■ *Although Gambling Disorder has been recognized in disease classification systems as an addictive behaviour with the V edition of the DSM (2015), addiction services have long since highlighted the presence of Gambling disorder as an additional diagnosis in patients with substance use disorder.*

Many services have begun to treat the DGA even before it was included in the essential levels of assistance (LEA) based on the request of the same patients who recognized themselves in the characteristics of patients with drug, alcohol or tobacco addiction and therefore accessed the SerDs recognizing them as appropriate services.

Comorbidity rates have been established as significant, particularly with substance use, personality disorders, mood disorders, and anxiety disorders as the most common concomitant disorders with gambling. Evaluation of the effects of gambling symptoms on other psychiatric conditions is also extensive, concluding that in both cases, the co-presence of multiple disorders exacerbates any existing pathology, worsens treatment outcomes, and compromises overall functioning. This effect appears to positively correlate with the number of associated disorders. ■

Keywords: *Gambling disorder, Comorbidity, Addiction, Personality, Post traumatic disorder.*

Parole chiave: *Disturbo da gioco d'azzardo, Comorbidità, Dipendenze, Personalità, Disturbo post traumatico da stress.*

Introduzione

La ricerca sulla comorbidità nel gioco d'azzardo patologico è moderatamente disponibile e sta lentamente progredendo lungo una traiettoria simile a quella della ricerca sull'uso di sostanze. I tassi di comorbidità sono stati stabiliti come significativi, in particolare con l'uso di sostanze, i disturbi di personalità, i disturbi dell'umore e i disturbi d'ansia come i più comuni disturbi concomitanti con il gioco d'azzardo.

Anche la valutazione degli effetti dei sintomi del gioco d'azzardo su altre condizioni psichiatriche è ampia, concludendo che in entrambi i casi, la co-presenza di più disturbi esacerbano qualsiasi patologia esistente, peggiorano gli esiti del trattamento e compromettono il funzionamento generale. Questo effetto sembra correlare positivamente con il numero di disturbi associati.

Nonostante i progressi di cui sopra, rimane una grave mancanza di ipotesi pratiche e verificabili basate su risultati esistenti con la maggior parte degli autori che relegano le conclusioni dello studio individuale a riconoscimenti di elevata ricorrenza tra i disturbi.

Questo modello ha provocato una sorta di stagnazione, per cui esistono pochi studi su programmi terapeutici, sui meccanismi di azione e l'eziologia della comorbidità con il DGA.

Tuttavia, basta guardare alla letteratura sull'uso delle sostanze per vedere un modello di fruttuosi esempi di progetti di ricerca e studi futuri per integrare la ricerca esistente e migliorare la compren-

sione di questo fenomeno anche nel disturbo da gioco d'azzardo ed essere in linea con le aree più mature della dipendenza.

Un confronto di entrambe le letterature fornisce diverse conclusioni per gli attuali ricercatori del gioco d'azzardo: la comorbidità nel DGA è comune e i risultati possono essere migliorati quando si offrono in combinazione modalità di trattamento separate per questi disturbi; non è chiaro quanto questa integrazione possa funzionare per tutti i pazienti, e in tutti i sistemi organizzativi ma le prove di ricerca attuali giustificano l'implementazione di servizi integrati e finanziamenti aggiuntivi per il loro sviluppo.

I Sistemi nosografici possono cambiare lo scenario?

Con la creazione della categoria dei disturbi correlati all'uso di sostanze nella quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico DSM-5 (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 5ª edizione, American Psychiatric Association) sono state apportate modifiche sostanziali, inclusa l'aggiunta del disturbo da gioco d'azzardo e una riduzione della soglia minima dei criteri diagnostici richiesti per la sua diagnosi.

Poiché il gioco d'azzardo condivide molte somiglianze con i disturbi dell'uso di sostanze, ragionare sui tassi di comorbidità di altri disturbi psichiatrici è importante e ci si potrebbe aspettare che i tassi di comorbidità possano essere sovrapponibili ai disturbi da uso di sostanze.

Uno studio recente di Ryan Nicholson *et al.* (2) pubblicato nel 2019, ha verificato se i cambiamenti dei criteri diagnostici di disturbo da gioco d'azzardo intercorso con il passaggio dal

* Direttore UOC Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII - Bergamo.
Presidente FeDerSerD Lombardia.

DSM-IV al DSM-5 corrispondessero a cambiamenti di prevalenza di comorbidità con altri disturbi psichiatrici con una prevalenza simile a quelli osservati nei disturbi da alcol e cannabis.

L'analisi dei dati del National Epidemiological Survey for Alcohol and Related Conditions (NESARC) ha suggerito che la prevalenza di qualsiasi disturbo mentale nel DGA erano simili a prescindere dal sistema nosografico di classificazione dal DSM-IV (56,7%) al DSM-5 (53,7%).

Il confronto con altri disturbi da uso di sostanze era notevolmente più elevato rispetto al disturbo da uso di alcol (25,3%) e di cannabis (37,7%), con tendenze simili nella maggior parte dei disturbi/raggruppamenti di comorbidità esaminati.

I risultati suggeriscono che abbassare la soglia per la diagnosi minima del disturbo del gioco d'azzardo ha comportato una leggera riduzione dei tassi di comorbidità sebbene permangano differenze sostanziali tra i dati relativi al DGA e i DUS analizzati.

Il suggerimento ulteriore è che le future edizioni potrebbero prendere in considerazione un'ulteriore riduzione della soglia diagnostica e che questo potrebbe comportare un avvicinamento nei tassi di comorbidità ai disturbi da uso di sostanze.

I dati più recenti

In uno studio australiano del 2015 (1) è stata condotta una ricerca sistematica di studi peer-reviewed che hanno fornito stime di prevalenza dei disturbi psichiatrici dell'Asse I in soggetti con richiesta di trattamento (sia psicologico che farmacologiche) per il gioco d'azzardo problematico (incluso il disturbo da gioco d'azzardo patologico).

Sono state eseguite tecniche meta-analitiche per stimare la dimensione media ponderata dell'effetto e l'eterogeneità tra gli studi.

I risultati di 36 studi hanno identificato alti tassi di attuale comorbidità (74,8%, IC 95% 36,5-93,9) e durata (75,5%, IC 95% 46,5-91,8) per disturbi di asse I.

Ci sono stati alti tassi di disturbi dell'umore attuali (23,1%, IC 95% 14,9-34,0), disturbi dell'uso di alcol (21,2%, IC 95% 15,6-28,1), disturbi d'ansia (17,6%, IC 95% 10,8-27,3) e disturbi da uso di sostanze (non alcolici) (7,0%, IC 95% 1,7-24,9).

In particolare, la prevalenza media più alta degli attuali disturbi psichiatrici era per la dipendenza da nicotina (56,4%, IC 95% 35,7-75,2) e il disturbo depressivo maggiore (29,9%, IC 95% 20,5-41,3), con stime minori per l'abuso di alcol (18,2%, IC 95% 13,4-24,2), dipendenza da alcol (15,2%, IC 95% 10,2-22,0), fobia sociale (14,9%, IC 95% 2,0-59,8), disturbo d'ansia generalizzato (14,4%, IC 95% 3,9-40,8), disturbo di panico (13,7%, IC 95% 6,7-26,0), disturbo post traumatico da stress (12,3%, IC 95% 3,4-35,7), disturbo da uso di cannabis (11,5%, IC 95% 4,8-25,0), il disturbo da deficit dell'attenzione con iperattività (9,3%, IC 95% 4,1-19,6), il disturbo dell'adattamento (9,2%, IC 95% 4,8-17,2), il disturbo bipolare (8,8%, IC 95% 4,4-17,1) e il disturbo ossessivo-compulsivo (8,2%, IC 95% 3,4-18,6).

Non ci sono stati modelli coerenti in base alla gravità del problema di gioco, al tipo di struttura di trattamento e al quadro istituzionale dei servizi.

Sebbene queste stime siano robuste per l'inclusione di studi con errori di campionamento non rappresentativi, dovrebbero essere interpretate con cautela in quanto altamente variabili tra gli studi. I risultati evidenziano la necessità che i servizi di trattamento del gioco d'azzardo intraprendano lo screening e la valutazione di routine della comorbidità psichiatrica e forniscano approcci terapeutici che gestiscano adeguatamente questi disturbi morbosi.

Sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare le ragioni della variabilità osservata nelle stime di prevalenza.

È nato prima l'uovo o la gallina?

È noto che molti giocatori problematici soffrono anche di altre condizioni psichiatriche, tuttavia, manca la conoscenza del "sequenziamento" temporale delle condizioni nonché approfondimenti su possibili modelli specifici di genere.

Uno studio svedese pubblicato nel 2019 sul *Journal of Gambling Studies* (3) ha provato ad analizzare il rischio di comorbidità psichiatrica tra i giocatori problematici rispetto a quelli non problematici nella popolazione svedese generale, nonché l'età di insorgenza e il "sequenziamento temporale" del gioco d'azzardo problematico e di altre condizioni psichiatriche nella vita.

È stato utilizzato uno studio caso-controllo

Per entrambi, femmine e maschi, giocatori d'azzardo problematici, il rischio di avere avuto un disturbo psichico lifetime era doppia o più che doppia rispetto ai controlli.

La presenza di un pregresso disturbo d'ansia o depressivo costituivano un rischio per lo sviluppo di un problema di gioco d'azzardo per le donne ma non per gli uomini.

I casi femminili di disturbo da gioco d'azzardo avevano iniziato il gioco dopo la comparsa di un disturbo d'ansia, depressivo o di uso di sostanze.

Differente il quadro maschile in cui i pazienti avevano iniziato il gioco d'azzardo prima che si evolessero gli altri disturbi.

Nelle donne vi sono anche grandi differenze nell'età media di insorgenza tra i casi e i loro controlli, cosa che non succede nella popolazione maschile.

Modelli specifici di genere evidentemente devono essere considerati: l'associazione tra problematica del gioco d'azzardo e comorbidità psichiatrica.

Nello studio svedese sia per gli uomini che per le donne, l'associazione disturbi psichici lifetime e il gioco d'azzardo problematico era statisticamente significativo.

Rispetto ai controlli, il rischio per i casi era raddoppiato o più che raddoppiato.

Tutte le condizioni erano più comuni tra le donne e, inoltre, l'associazione tra disturbo psichico e gioco problematico era leggermente più forti per le donne.

Il disturbo da uso di alcol era fortemente associato al problema del gioco d'azzardo sia per gli uomini che per le donne, con un rischio 3 volte superiore per i casi rispetto ai controlli.

Le donne che avevano sperimentato l'ansia o la depressione prima dell'inizio del gioco avevano un rischio di sviluppare problemi di gioco 2,6-3,1 volte superiore, rispetto ai controlli.

Per gli uomini, invece, soffrire di altri disturbi psichici prima dell'inizio del gioco non costituiva un rischio statisticamente significativo.

Quando si esamina l'età di esordio medio per tutte le condizioni tra le donne intervistate, il gioco d'azzardo aveva un'insorgenza successiva (media = 19,3) rispetto all'insorgenza di tutte le altre condizioni psichiatriche, ad eccezione dell'evento suicidio. Tra le donne, il problema del gioco d'azzardo era l'ultima condizione a svilupparsi a un'età media di 22,6 anni.

Gli intervistati di sesso maschile avevano iniziato a giocare d'azzardo mediamente 16,0 anni prima l'insorgenza di qualsiasi altra condizione.

Questo è in linea con precedenti studi di comunità che avevano trovato la presenza di disturbi dell'umore o dell'ansia precedenti al problema del gioco d'azzardo per le donne ma non per gli uomini (Blanco *et al.*, 2006; Desai e Potenza, 2008).

Una possibile spiegazione di ciò è che non solo l'ansia e i disturbi affettivi sono più comuni tra le donne rispetto agli uomini nella popolazione generale (Piccinelli e Wilkinson, 2000; OMS,

2001), ma anche come fosse maggiore il peso della malattia rispetto agli uomini (McLean *et al.*, 2011).

Per le donne, l'ansia precedeva il problema il gioco d'azzardo in quasi tutti i casi mentre il DUS da alcol o sostanze era riferito a poco più della metà dei casi.

Per gli uomini, l'ansia era il disturbo più comune a precedere il problema il gioco d'azzardo (67%) mentre la depressione era il meno comune (52%).

Ciò è in linea con lo studio di Kessler *et al.* (2008), dove l'ansia era la più alta il disturbo comune per precedere il gioco d'azzardo problematico (82%) e i disturbi da uso di sostanze era il disturbo meno comune che precede il problema del gioco d'azzardo (57%).

Ciò suggerisce, come dimostra anche nelle analisi di regressione, che le donne, ma non gli uomini, con malattia mentale siano un gruppo vulnerabile per lo sviluppo di problemi di gioco d'azzardo.

Se per le donne il gioco d'azzardo problematico sembra essere una conseguenza della malattia mentale, per gli uomini, il gioco d'azzardo problematico fa parte di un processo che porta poi verso la depressione e gli eventi suicidari.

Nel campo della ricerca sull'alcol è stato sostenuto che il legame tra depressione, uso di sostanze e danno può essere più forte tra le donne rispetto agli uomini a causa di una maggiore tendenza tra le donne a usare sostanze psicoattive come strategia di coping (Conner *et al.*, 2009).

Il disturbo post traumatico da stress

Il disturbo da gioco d'azzardo e il disturbo da stress post-traumatico sono altamente comorbili.

Numerosi studi suggeriscono che la presenza di uno (gioco d'azzardo patologico o stress post-traumatico) aumenta sostanzialmente le probabilità di sviluppare successivamente l'altro.

Tuttavia, poco è noto sui legami eziologici tra questi due domini o sulle sfumature della comorbidità.

Ricerche precedenti hanno suggerito che i sintomi dello stress post-traumatico potrebbero essere correlati a motivazioni uniche e credenze sul gioco d'azzardo.

Un lavoro di Grubbs e Chapman (4) del 2019 ha cercato di esaminare se o meno i sintomi dello stress post-traumatico potrebbero anche essere correlati a specifiche vulnerabilità situazionali a comportamenti di gioco d'azzardo.

Usando un grande campione trasversale di adulti che usano Internet negli Stati Uniti che erano principalmente giocatori (N = 743; 46% uomini, età media = 36,0, SD = 11.1), e un campione ospedaliero di veterani delle forze armate statunitensi con richiesta di trattamento per il disturbo del gioco (N = 332, 80% uomini, età media = 53,5, SD = 11.5), il lavoro ha testato se i sintomi dello stress post-traumatico fossero unicamente correlati a una varietà di situazioni di gioco.

I risultati di entrambi i campioni hanno rivelato che anche quando si controllano variabili potenzialmente confondenti (ad es. uso di sostanze e tratto impulsivo), i sintomi dello stress post-traumatico erano univocamente correlati al gioco d'azzardo in risposta a influenze negative, o in risposta alla pressione sociale, o alla ricerca di eccitazione.

Questi risultati sono coerenti con altri lavori che suggeriscono che le persone con sintomi da stress post-traumatico hanno maggiori probabilità di impegnarsi in comportamenti di gioco per ragioni che differiscono dai giocatori senza tali sintomi.

Nonostante i collegamenti eziologici poco chiari tra PTSD e DGA (e le loro manifestazioni sub-diagnostiche), alcune lavori

hanno coerentemente osservato che la presentazione di questa comorbidità è particolarmente grave.

Ad esempio, i soggetti con PTSD e GD tendono ad essere fortemente angosciati in generale, più inclini alla suicidalità, e sono alti utilizzatori di servizi di trattamento della salute mentale.

Allo stesso modo, l'evidenza suggerisce che le persone con entrambi i disturbi riportano livelli generalmente più alti di affettività negativa e maggiore motivazione a utilizzare il gioco d'azzardo per far fronte a regolazioni emotive negative.

I risultati dello studio suggeriscono che gli individui con PTSD e GD siano un sottoinsieme considerevole e particolarmente vulnerabile di giocatori patologici, e che siano a rischio per problemi più complessi e una sostanziale diminuzione del benessere generale.

La comorbidità di DGA e PTSD è un'area di maggiore attenzione nella recente ricerca; diverse analisi hanno collegato tra loro anche i livelli subclinici di entrambi i disturbi (ad es. sintomi di stress post-traumatico e sintomi di gioco problematici) che suggeriscono come PTSS/PTSD siano legati con motivazioni uniche e vulnerabilità ai comportamenti di gioco.

In particolare sarebbero chiaramente associati a maggiori rischi di gioco d'azzardo in risposta a emozioni negative.

Tratti di personalità e Disturbo da Gioco d'Azzardo (Big Five)

È evidente che l'inserimento del DSM-5 del disturbo da gioco d'azzardo all'interno del capitolo di disturbi di addiction porta a sviluppare studi di collegamento fra le diverse tipologie di addiction sempre più frequente.

Un confronto fra i differenti disturbi di addiction in relazione ai tratti di personalità (Big Five) è stato portato avanti da un gruppo australiano (5) che in particolare ha voluto verificare alcune condizioni:

- le associazioni dei "Big Five" dimensioni della personalità (l'estroversione-introversione, gradevolezza-sgradevolezza, coscienziosità-negligenza, nevroticismo-stabilità emotiva, apertura mentale-chiusura mentale) con i disturbi da uso di alcol, nicotina, cannabis e disturbi del gioco d'azzardo;
- la comorbidità tra questi disturbi;
- la misura in cui le basi della personalità comune spiegano la comorbidità;
- se i risultati differivano per uomini e donne;
- l'entità delle differenze di personalità corrispondente ai 4 disturbi.

I partecipanti erano 3.785 gemelli e fratelli (1.365 uomini, 2.420 donne; Mago 32 anni, range 21-46 anni) dall'Australian Twin Registry.

Coerente con l'ipotesi di un contributo dei tratti di personalità comune a queste comorbidità, tre delle dimensioni della personalità, alto nevroticismo, bassa gradevolezza e bassa coscienziosità erano significativamente associati a tutti e quattro questi disturbi.

In particolare bassa estroversione era associata a Nicotine Dependence e Cannabis Use Disorder (CUD) mentre apertura mentale è stata unicamente associata al CUD.

Già Kotov *et al.*, 2010, avevano sottolineato la probabile associazione fra tratti di personalità e patologia; "Riflette le radici condivise e forse la sovrapposizione concettuale" tra i domini di personalità e i disturbi, tali che la manifestazione comportamentale del disturbo può essere un'esacerbazione di un tratto stabile esistente.

Ad esempio, individui con elevati livelli di nevroticismo sono più inclini ad utilizzare le sostanze psicoattive come metodo per

alleviare gli effetti negativi (Cooper, 1994; Simons, Correia, Carey e Borsari, 1998).

Individui con bassi livelli di coscienziosità tendono ad essere più impulsivi e meno attenti a comportamenti che promuovono la salute e di conseguenza quindi più propensi a comportamenti rischiosi come l'uso di sostanze (Raynor & Levine, 2009).

Tuttavia, questa spiegazione presenta alcune falle e non tiene in considerazione la complessità delle iterazioni (Kotov *et al.*, 2010). È stato anche suggerito che l'associazione di alcuni tratti di personalità con il funzionamento sociale, e gli stati affettivo-emozionali (ad es. associazione del nevroticismo con affettività negativa), e l'autoregolazione (ad es. associazione a bassa coscienziosità con l'impulsività) può spiegare il ruolo della personalità nello sviluppo dei DUS.

Seguendo questo filone di pensiero, si potrebbe spiegare l'associazione del disturbo da uso di cannabis con il tratto di maggior apertura mentale: questa caratteristica renderebbe più facile la ricerca di potenziamento delle esperienze percettive e cognitive indotta dalla cannabis (Simons *et al.*, 1998).

Queste persone sono propense a cercare nuove esperienze in una ricerca introspettiva, che le proprietà psichedeliche di cannabis tendono a facilitare.

Questa motivazione vale per l'utilizzo di cannabis e non è applicabile alle altre sostanze esaminate dallo studio.

I quattro disturbi che creano dipendenza di disturbo da uso di alcol (AUD), dipendenza da nicotina (ND), disturbo da uso di cannabis (CUD) e disturbo da gioco d'azzardo (DGA) erano tutti caratterizzati da alto nevroticismo, bassa gradevolezza e bassa coscienziosità.

Anche se questi i risultati potrebbero indicare una propensione generale a sviluppare un disturbo da addiction, i risultati di uno studio che ha incluso 11 diversi disturbi psichiatrici ha mostrato che questi tre tratti erano associati con una propensione più generale anche per altri disturbi psichiatrici (Caspi *et al.*, 2014). D'altra parte, un'elevata "apertura mentale" sembra essere un correlato specifico del CUD.

Sebbene esistessero solide associazioni tra i disturbi di addiction e i tratti di personalità, solo in modesta parte si possono spiegare le differenze con i tratti di personalità, in particolare lo studio riporta il 7% per AUD; 4% per ND; 5% per CUD; 2% per GD. Questo indica l'importanza di costrutti diversi dalla personalità nel manifestazione di disturbi che creano dipendenza.

È per altro stato suggerito di influenze genetiche sovrapposte tra tratti di personalità e disturbi di dipendenza possono spiegare parzialmente le associazioni tra loro (Lahey, 2009).

La differenza principale tra i quattro disturbi sembrava essere dato delle loro dimensioni di effetto. I profili per AUD e ND erano relativamente piatti, seguito da CUD e poi DGA (usando entrambi DSM-IV e DSM-5 criteri).

La questione dei criteri diagnostici impatta anche sui risultati dello studio: per il DGA si sono avute più discrepanze ed un profilo più elevato.

Questo confronto all'interno dello studio sulle differenze di personalità corrispondenti fornisce informazioni sulla gravità relativa dei disturbi per come sono attualmente diagnosticati (Kotov *et al.*, 2010).

Nello studio si sono trovati profili di personalità simili se vengono equiparati il numero dei sintomi necessari per una diagnosi tra i disturbi; cioè allineando i criteri diagnostici per DGA con quelli per la dipendenza da sostanze, che notoriamente richiedono da due a tre sintomi per un lieve disturbo, da quattro a cinque per un disturbo moderato e sei o più per un disturbo grave. Un lavoro di ricerca ha evidenziato che il DGA subclinico (sostenendo da due a tre criteri) era associato con un livello di

disfunzione psicosociale comparabile con quello del DUS lieve (approvando da due a tre sintomi; Weinstock *et al.*, 2017).

Ora che il DGA è stato inserito nei disturbi di addiction è indispensabile calibrare la gravità della diagnosi in modo che sia più in linea con gli altri disturbi.

Il lavoro sui tratti di personalità oltre ai suoi potenziali contributi come strumento per approfondire la diagnosi allineando i disturbi "additivi" mostra risultati promettenti da una prospettiva traslazionale, clinica (Costa *et al.*, 1992a).

Prevalenza di comorbidità nel disturbo da gioco d'azzardo

Un grosso lavoro di metanalisi (6) ha evidenziato che tutti gli articoli sono incentrati principalmente sulla segnalazione dei tassi di prevalenza di comorbidità tra disturbo da gioco d'azzardo e altri disturbi.

I risultati hanno rivelato che una grande parte degli studi ha riportato solo tassi di prevalenza senza altre analisi al di là di quelle minime statistiche.

Il 15% degli studi inclusi è stato classificato come indagine di prevalenza di comorbidità nelle popolazioni cliniche (ad es. giocatori patologici con richiesta di trattamento).

Il 13% è stato classificato come analisi su popolazioni generali (ad es. sondaggi nazionali) e il 7% che studia popolazioni speciali di interesse (ad es. studenti delle scuole superiori, adulti più anziani). La maggior parte degli studi si è concentrata sulle comorbidità del disturbo da uso di sostanze e alcol.

Altri disturbi identificati sono stati i disturbi dell'umore e d'ansia, i disturbi di personalità e il disturbo da deficit di attenzione con iperattività (ADHD).

Una minoranza di studi ha esaminato la comorbidità con disturbi del controllo degli impulsi (ad es. Acquisti compulsivi), dipendenze comportamentali (ad es. giochi su Internet) e disturbi dello spettro psicotico.

Le stime di prevalenza sono state condotte in una vasta gamma di località geografiche tra cui Stati Uniti, Canada, Hong Kong, Australia, Francia, Germania, Norvegia, Spagna e Svezia.

Le dimensioni dei campioni variavano da 50 a oltre 40.000 partecipanti, fornendo stime statistiche generalmente affidabili e solide. Le popolazioni intervistate erano relativamente ristrette con la maggioranza costituita da popolazione generale o persone con richiesta di trattamento.

Come riportato da Lorains *et al.* (2011) in una revisione sistematica, i risultati di tali studi convergono sul fatto che il disturbo da gioco d'azzardo coesiste frequentemente con disturbi da uso di sostanze, vari disturbi della personalità, disturbi dell'umore e d'ansia.

In particolare, nei risultati erano più rappresentati il disturbo da uso di alcol, il disturbo depressivo maggiore, il disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo ossessivo-compulsivo.

I tassi di comorbidità variavano dal 6% al 94% del campione, con popolazioni cliniche che riportavano tassi di comorbidità tipici nell'intervallo 30-60%.

Alcuni autori hanno tentato di identificare le variazioni di prevalenza in base a caratteristiche demografiche come genere ed etnia.

Tuttavia, questi risultati erano incoerenti e non hanno fornito alcun chiaro consenso sulle fluttuazioni della comorbidità tra le sottopopolazioni.

È interessante notare che un numero limitato di studi ha esaminato gli adulti più anziani e gli studenti delle scuole superiori, rilevando che entrambe le popolazioni hanno registrato tassi di

co-morbilità del gioco d'azzardo superiori a quanto si pensasse in precedenza.

Ad esempio, McCready e colleghi (2008) hanno riferito che il 6,8% degli adulti di età superiore ai 55 anni, in un campione canadese, ha avuto problemi legati al gioco d'azzardo.

Avere un disturbo da uso di sostanze in comorbilità ha aumentato di quasi quattro volte le probabilità di una diagnosi di DGA. Allo stesso modo, Cook e colleghi (2015) hanno concluso che gli studenti delle scuole superiori dell'Ontario, in Canada, che riferiscono problemi di gioco d'azzardo, mostrano tassi più elevati di dipendenza da sostanze e altri problemi di salute mentale, alla pari con quelli degli adulti.

La maggior parte degli studi non va oltre alla segnalazione di un'associazione statistiche tra disturbi.

Un numero relativamente piccolo di studi ha studiato sottopopolazioni particolari evidenziando come esista una vulnerabilità sottovalutata in popolazioni come gli anziani, gli adolescenti e le minoranze etniche.

Il trattamento integrato del disturbo da gioco d'azzardo e dei disturbi comorbili

Gli studi che affrontano il trattamento congiunto del DGA e di altri disturbi psichiatrici sono minimi e la stragrande maggioranza include semplicemente una o più variabili di comorbilità come moderatore o predittore del risultato.

Risulta però sorprendente, tuttavia, il fatto che nella maggior parte degli studi che esaminano l'effetto della comorbilità sui risultati, si sia riscontrato che gli individui con un problema comorbile hanno esiti simili a quelli senza comorbilità.

In una sua recensione Dowling, ad esempio, ha trovato che dei 12 studi che hanno esaminato la depressione come un predittore di esito, solo 2 hanno scoperto che era associato a risultati peggiori. Lo stesso risultato è stato ottenuto per altri disturbi comorbili: 1 sui 12 studi che hanno esaminato l'ansia, 3 su 11 che hanno valutato la copresenza di DUS da alcol.

Dato che la comorbilità è associata a problemi di gioco più gravi nei campioni di comunità, una possibile spiegazione per questi sorprendenti risultati è che esiste un'auto-selezione in questi campioni di trattamento.

Forse le persone che scelgono il trattamento del gioco d'azzardo sanno gestire i problemi di comorbilità (ad es., problema di alcol) ragionevolmente bene.

Un altro rilievo importante è che pochi degli studi identificati si sono concentrati sulla comorbilità come obiettivi espliciti per il trattamento.

In effetti, solo cinque degli studi inclusi nella metanalisi analizzano trattamenti specifici per i disturbi comorbili e il gioco d'azzardo: in particolare includevano il trattamento di gruppo con terapia cognitivo-comportamentale (CBT), CBT per soggetti con DGA e schizofrenia, uno studio sul naltrexone per l'alcol in soggetti con il doppio disturbo e il trattamento del gioco d'azzardo nei consumatori di cocaina.

La maggior parte della letteratura terapeutica sulla comorbilità del gioco d'azzardo disordinata consiste in singoli casi studio, che intrinsecamente portano una generalizzabilità limitata dei risultati e richiedono ulteriori ricerche con campioni più grandi per accertare i risultati.

Tuttavia la letteratura di case study pubblicata esamina una vasta gamma di trattamenti tentati, tra cui interventi psicofarmacologici per disturbi dell'umore e dell'ansia comorbili, terapia cognitiva basata sulla consapevolezza e la terapia cognitivo comportamentale.

I risultati riportati sono generalmente favorevoli con un sostanziale miglioramento sia dei sintomi del gioco d'azzardo che di altre psicopatologie fino a un follow-up di un anno.

Studi di coorte prospettici

Un altro importante modello osservato è il numero di studi prospettici per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo (4% degli studi).

I risultati, limitati, concordano sul fatto che la sintomatologia del gioco d'azzardo è esacerbata nel tempo da condizioni di comorbilità e viceversa.

Inoltre, i risultati del trattamento come i tassi di abbandono sono aggravati negativamente dallo sviluppo di comorbilità nel tempo. In generale, si può dire che manca la ricerca di intervento sul trattamento integrato dei disturbi comorbili e del DGA.

Nonostante la carenza osservata della letteratura terapeutica, i risultati di casi clinici e gli studi prospettici limitati giustificano la continua ricerca di trattamenti su misura per combinazioni specifiche di disturbi con il gioco d'azzardo poiché sono stati riportati miglioramenti in entrambi i disturbi con consegne cliniche appropriate.

L'eziologia del gioco d'azzardo e dei disturbi comorbili

Anche per quanto riguarda l'eziologia del disturbo da gioco d'azzardo e dei disturbi comorbili manca una letteratura significativa che analizzi i meccanismi comuni sottostanti.

Uno studio piuttosto vecchio (Hollander *et al.*, 2008) ha analizzato l'effetto degli inibitori del reuptake della serotonina e del litio: entrambi hanno qualche effetto nel ridurre la sintomatologia del DGA, soprattutto sul tono dell'umore, ma hanno effetti diversi ed opposti sul metabolismo a livello di corteccia prefrontale.

Il litio sembrava abbassare i tassi metabolici mentre gli SSRI li normalizzavano.

Gli autori hanno concluso che sono necessarie ulteriori ricerche per comprendere meglio la diversa fisiopatologia alla base di questi trattamenti, nonostante risultati comportamentali simili.

Un altro studio ha esaminato 7869 persone nel registro gemellare del Vietnam al fine di accertare l'ambiente relativo e i contributi genetici alla ricorrenza del DGA e della comorbilità.

I risultati hanno rivelato che potenzialmente metà del rischio di depressione maggiore nei giocatori potrebbe essere attribuibile alla presenza di altri disturbi psichiatrici.

Tuttavia, c'era anche una sostanziale sovrapposizione genetica tra gioco d'azzardo patologico e depressione maggiore.

Da tali studi non sono emersi schemi chiari, ma i primi risultati sembrano indicare un contributo condiviso di geni e ambiente allo sviluppo di comorbilità e problemi di gioco.

Questi studi rappresentano importanti esempi delle possibili future fasi nella progressione della ricerca oltre le stime di prevalenza della comorbilità.

L'identificazione di geni specifici o contributi ambientali nello sviluppo di patologie che si verificano contemporaneamente potrebbe aiutare a guidare anche lo sviluppo del trattamento.

Le ricerche pubblicate sull'eziologia offrono anche un'indicazione sui meccanismi d'azione potenzialmente molto diversi nonostante effetti osservati simili.

In particolare, è fondamentale comprendere l'effetto fisiopatologico dei farmaci poiché potrebbero esserci effetti iatrogeni, non osservabili, nel cervello nonostante il sollievo a breve termine dei sintomi.

Allo stesso modo, la scoperta di percorsi sottostanti comuni tra comportamenti di dipendenza ed elementi comorbili può aumentare l'efficienza del trattamento prendendo di mira le variabili eziologiche comuni.

Le implicazione dei disturbi comorbili sugli esiti del disturbo da gioco d'azzardo

Una grande parte della letteratura analizzata (20%) è costituita da studi trasversali, che hanno esaminato la comorbidità per DGA utilizzando una qualche forma di analisi trasversale, tipicamente come fattore di controllo o variabile di risultato.

Gli studi includevano analisi di dati secondari provenienti da ricerche di comunità, campioni di giocatori d'azzardo patologici e non nella popolazione generale, e pazienti di servizi di trattamento.

Il prodotto principale di questo corpus di lavori era la solida documentazione degli effetti del gioco d'azzardo patologico sui disturbi comorbili e viceversa evidenziando l'influenza bidirezionale tra i due disturbi.

Il modello principale di risultati supporta la conclusione che la comorbidità, indipendentemente dal tipo di disturbo, aggrava la sintomatologia del gioco patologico e i risultati funzionali associati come spese e frequenza di gioco, qualità della vita e attività della vita quotidiana.

Rispetto ai giocatori patologici senza comorbidità, quelli con disturbi comorbili tendono a iniziare con valori di base inferiori e peggiorano nel tempo come misurato dalla compromissione funzionale alla fine del trattamento, nonché dalle misure di successo del trattamento.

Fatseas e colleghi (2016) hanno concluso che i giocatori d'azzardo patologici con disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD) co-morboso presentavano una maggiore gravità del gioco d'azzardo e tassi di disoccupazione superiori rispetto a quelli senza ADHD.

Cunningham-Williams (2000) e colleghi hanno dimostrato una relazione simile nella direzione opposta all'effetto.

Nel loro campione di tossicodipendenti da strada, quelli con associato DGA presentavano livelli maggiori di problemi di salute mentale e funzionamento sociale peggiore rispetto a quelli senza gioco d'azzardo patologico con comorbidità.

È interessante notare che gli effetti avversi della comorbidità sembrano essere aggravati da più disturbi ricorrenti.

Potenza e colleghi (2005) hanno dimostrato che nei giocatori d'azzardo patologici, quando vengono valutate altre comorbidità, hanno aumentato il rischio di depressione data la presenza di giochi d'azzardo rispetto ad avere solo depressione o solo problemi di gioco.

I risultati suggeriscono una correlazione positiva tra numero di comorbidità e gravità dei sintomi di gioco esistenti e compromissione generale.

Inoltre, l'influenza tra i disturbi non differisce in modo significativo per quanto riguarda la direzione dell'effetto: il gioco d'azzardo aggrava altri sintomi di salute mentale esistenti e i disturbi della salute mentale comorbili aggravano i problemi di gioco esistenti.

Le ricerche condotte nei servizi di salute mentale sembra supportare la conclusione che coloro che lavorano in questi servizi sono consapevoli di queste comorbidità e tendono ad essere relativamente precisi riguardo alla loro valutazione (Haw, Holdsworth e Nisbet, 2012).

Vi è un consenso generale sul fatto che i disturbi più comuni erano depressione, disturbi d'ansia, disturbi da sostanze (dipen-

denza da nicotina, alcol e altre sostanze) e disturbi della personalità. Mentre alcuni partecipanti hanno espresso opinioni precise sul sequenziamento temporale dei disturbi, il consenso generale era che dipendeva in gran parte dall'individuo.

Queste conclusioni riflettono un modello simile ai risultati precedentemente discussi, in cui è presente l'identificazione dei disturbi, ma esiste un piccolo consenso o comprensione sui meccanismi di comorbidità o sui tentativi di modificare il trattamento per renderli conto.

Il rapporto con altri disturbi di addiction

Una considerazione importante della revisione dei lavori sul DGA è come questa si confronti alla ricerca sui disturbi da uso di sostanze.

Poiché il gioco d'azzardo patologico è un nuovo comportamento di addiction, ci si aspetterebbe che la letteratura sull'uso di sostanze sia in grado di fornire un punto di riferimento su come portare avanti la ricerca sulla comorbidità nel gioco d'azzardo. L'analisi della letteratura sull'abuso di alcol e droghe rivela molti degli stessi schemi.

L'epidemiologia della co-ricorrenza sembra essere una forma comune di studio: la comorbidità dei disturbi da uso di sostanze e di altri disturbi psichiatrici è comune sia nelle popolazioni generali che cliniche in più aree geografiche del mondo (Kessler *et al.*, 2005; SAMHSA, 2013).

Proprio come nel gioco d'azzardo patologico, anche gli individui con disturbi comorbili tendono a peggiorare i risultati di funzionamento e trattamento (Cleary *et al.*, 2008).

Tuttavia, mentre i ricercatori del gioco d'azzardo continuano a concentrarsi sulle stime di prevalenza, la letteratura sull'uso di sostanze ha portato avanti la ricerca ulteriormente identificando gli effetti dell'epidemiologia sui disturbi comorbili, sul decorso della malattia, inclusi gli effetti dell'insorgenza precoce dei disturbi concomitanti.

Per quanto riguarda la ricerca sull'eziologia e sui meccanismi, anche la letteratura sull'uso di sostanze fa un ulteriore passo avanti.

Una varietà molto più ampia di studi è stata pubblicata esaminando i meccanismi causali sottostanti tra la ricorrenza dell'uso di sostanze e altri disturbi tra cui la sovrapposizione genetica, la neurobiologia, i progetti prospettici che esaminano il cambiamento temporale e la ricerca qualitativa che guardano al cambiamento comportamentale (Tomasson & Vaglum, 1996, Szerman *et al.*, 2013, Whitley & Crawford, 2005).

Inoltre, studi di trattamento in quest'area hanno tentato di verificare se il trattamento di un disturbo porta alla remissione dell'altro, concludendo che ciò non è necessariamente vero e può variare a seconda di disturbi specifici e presentazione individuale (Kalina, 2013; Rigg, 2003).

Al contrario, gli studi sul gioco d'azzardo patologico devono ancora differenziare gli effetti della comorbidità sul decorso della malattia per tipo di disturbo.

Un simile approccio è stato adottato anche per quanto riguarda l'esame degli effetti di comorbidità multiple.

I ricercatori sul disturbo da gioco d'azzardo, come abbiamo visto precedentemente, si sono avventurati in questo campo.

Nell'ambito dei disturbi da uso di sostanze, i ricercatori hanno tentato di verificare se gli effetti del controllo di un singolo disturbo modifica la comorbidità e se questo varia a seconda del tipo di comorbidità.

Ad esempio, Hasin e colleghi (2007) hanno scoperto che quando altri disturbi sono controllati, l'associazione tra depressione e

uso di sostanze si riduce, ma l'associazione tra disturbo bipolare e uso di sostanze rimane significativa.

Per quanto riguarda il trattamento, i ricercatori sull'uso di sostanze hanno fatto passi da gigante rispetto ai ricercatori sui disturbi del gioco d'azzardo.

È generalmente riconosciuto, negli Stati Uniti e in alcune parti d'Europa, che i disturbi comorbili possano richiedere approcci assistenziali integrati (Carra *et al.*, 2016).

Sebbene questo tipo di approccio terapeutico sia ancora frammentato e non accettato universalmente, sono in corso studi e ricerche per valutare il trattamento integrato rispetto ai modelli di trattamento tradizionali per l'abuso di sostanze (Cleary *et al.*, 2008).

Ciò include studi multicentrici e valutazioni della fattibilità, della disponibilità e dell'efficacia dei programmi di doppia diagnosi (Baldacchino *et al.*, 2011).

Da questo punto di vista la ricerca sul gioco d'azzardo è più indietro quando si tratta di trattamenti integrati; non solo ci sono solo pochi studi che valutano il trattamento progettato specificamente per la comorbidità, ma c'è anche uno scarso consenso da parte di grandi agenzie di finanziamento per finanziare le rigorose valutazioni multicentriche necessarie per stabilire l'efficacia relativa di tali programmi rispetto a quelli esistenti.

Riepilogo delle lacune e delle raccomandazioni della letteratura

1. Pochi studi esaminano i meccanismi o l'eziologia della comorbidità nel gioco d'azzardo.

Una parte sostanziale della letteratura esaminata non va oltre le misure di associazione e le statistiche di prevalenza relative al gioco d'azzardo e ad altri disturbi psichiatrici.

Dato il vasto corpus di letteratura che replica questi risultati in differenti contesti geografici, culturali e di popolazioni, è importante andare oltre la prevalenza.

Un esempio di ciò è una meta-analisi condotta da Meng e colleghi (2014) sulla risposta funzionale del cervello ai compiti cognitivi nel disturbo del gioco.

Questa recensione ha identificato 13 studi relativi al disturbo del gioco d'azzardo che indicano nella disfunzione della via corticale fronto-striatale il punto nodale del disturbo.

2. Pochi studi riportano sul sequenziamento temporale.

Un numero molto limitato di studi ha tentato di stabilire se il gioco d'azzardo patologico ha preceduto l'insorgenza della condizione comorbile o viceversa.

Comprendere come i disturbi concomitanti interagiscono nel tempo è vitale per l'erogazione del trattamento.

Ad esempio, se i sintomi del DGA sono secondari quando si presenta con un disturbo depressivo maggiore può consentire un approccio più mirato trattando la sintomatologia depressiva come obiettivo primario del trattamento.

3. È necessario un approccio più "sottile" sugli effetti bidirezionali della comorbidità.

Sebbene esista un corpus significativo di letteratura che valuta gli effetti del gioco d'azzardo patologico su altri disturbi psichiatrici e viceversa, un importante passo successivo è iniziare a districare tali effetti per tipo di disturbo.

Ciò comporta il confronto dei risultati dei trattamenti, i livelli di funzionamento, l'insorgenza temporale e la gravità dei sintomi tra i disturbi con l'obiettivo di capire se determinate combinazioni di disturbi richiedono considerazioni uniche. In altre parole, una domanda importante è chiedersi se molteplici comorbidità peggiorino i risultati indipendentemente dal disturbo o se le traiettorie siano uniche.

4. Vi è una mancanza di valutazione del trattamento per gli individui con doppia diagnosi.

La letteratura fornisce un ampio supporto per concludere che la comorbidità aggrava la gravità dei sintomi.

Tuttavia, il suo impatto sull'esito dei trattamenti e sui risultati funzionali è meno chiaro. L'esame della comorbidità come moderatore o mediatore dell'esito dovrebbe essere di routine in tutti gli studi di trattamento del gioco d'azzardo controllati e non controllati.

Conclusioni

La ricerca sul disturbo da gioco d'azzardo e la sua comorbidità è moderatamente disponibile e sta lentamente progredendo lungo traiettorie simili a quella della ricerca sull'uso di sostanze.

I tassi di comorbidità sono stati evidenziati come significativi soprattutto con l'uso di sostanze, la personalità, l'umore e i disturbi d'ansia.

Anche l'analisi degli effetti dei sintomi del gioco d'azzardo su altre condizioni psichiatriche e viceversa sono ampi, concludendo che in entrambi i casi, gli effetti di comorbidità esacerbano qualsiasi patologia esistente, peggiorano gli esiti del trattamento, compromettendo il corso del trattamento ed il funzionamento in generale. Questo effetto sembra essere correlato positivamente con il numero di disturbi comorbili.

Nonostante questi progressi vi è una grave mancanza di ipotesi pratiche e verificabili basate su risultati esistenti

Importante guardare alla letteratura dei disturbi da uso di sostanze dove ci sono esempi significativi di studi che evidenziano come la combinazione di trattamenti migliora l'esito dei trattamenti sui singoli disturbi, anche se non è ancora chiaro quanto questa integrazione possa funzionare per tutti i pazienti, ed in tutti i contesti. Gli studi disponibili oggi, giustificano l'organizzazione di servizi integrati e di finanziamenti aggiuntivi per la loro implementazione.

Come primo livello di azione vi è sicuramente la necessità che i servizi di trattamento per il gioco d'azzardo effettuino sempre lo screening e la valutazione di routine della comorbidità psichiatrica e forniscano approcci terapeutici che gestiscano adeguatamente questi disturbi morbosi.

Bibliografia

- (1) Dowling N.A., Cowlshaw S., Jackson A.C., Merkouris S.S., Francis K.L., Christensen D.R. (2015). Prevalence of psychiatric comorbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 49: 519-539.
- (2) Nicholson R. *et al.* (2019). An Examination of Comorbid Psychiatric Disorders in Disordered Gamblers Versus Other Substance Related Disorders. *Journal of Gambling Studies*, 35: 829-847.
- (3) Sundqvist K., Rosendahl I. (2019). Problem Gambling and Psychiatric Comorbidity – Risk and Temporal Sequencing Among Women and Men: Results from the Swelogs Case – Control Study. *Journal of Gambling Studies*, 35: 757-771.
- (4) Grubbs J.B., Chapman H. (2019). Predicting Gambling Situations: The Roles of Impulsivity, Substance Use, and Post-Traumatic Stress. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 13: 1-13.
- (5) Genevieve F., Dash *et al.* (2019). Big Five Personality Traits and Alcohol, Nicotine, Cannabis, and Gambling Disorder Comorbidity. In: *Psychology of Addictive Behaviors*. American Psychological Association.
- (6) Yakovenko I., Hodgins D. C. (2017). *Final Report to Gambling Research Exchange Ontario (GREO)*. Department of Psychology, University of Calgary.