

Il Gambling Patologico nel nuovo DSM-5 -Graziano Bellio

Alla fine del maggio scorso il nuovo DSM-5 è giunto finalmente al traguardo della pubblicazione. La quinta edizione del Manuale Diagnostico Statistico dell'Associazione Psichiatrica Americana (APA) rappresenta il punto d'arrivo di un processo durato oltre un decennio, puntellato dallo svolgersi di molte ricerche sul campo al fine di validare i criteri e l'organizzazione nosografica. Il lavoro che ha portato alla pubblicazione del DSM-5 è stato trasparente: l'APA aveva aperto un sito Internet (www.dsm5.org) all'interno del quale venivano resi disponibili le proposte di modifica del manuale precedente, materiali, e discussioni. Gli operatori di tutto il mondo erano stati invitati a presentare liberamente osservazioni e raccomandazioni. Le proposte e i criteri diagnostici che emergevano dai gruppi di lavoro potevano essere consultate e commentate.

Il DSM-5 è stato anche vivacemente contestato da autorevoli esponenti della psichiatria mondiale, come ad esempio Spitzer e Frances, i capi delle Task Force che hanno prodotto rispettivamente DSM-III e DSM-IV. Ma a loro si sono aggiunti anche personaggi del calibro di Fonagy, Gabbard, Kernberg, Gunderson, Westen. Addirittura il gruppo di lavoro sui disturbi di personalità ha visto le dimissioni dei due componenti non statunitensi (Roel Verheul e John Livesley). E in effetti il risultato del lavoro sui disturbi di personalità lascia perplessi: il DSM-5 infatti propone non una, bensì due classificazioni differenti tra loro.

Il DSM-5 ha abbandonato la tradizionale classificazione multiassiale e ha adottato un'ottica più 'dimensionale'. Quest'ultima caratteristica è stata peraltro ritenuta da alcuni come una sorta di cavallo di troia per abbassare le soglie diagnostiche e aumentare il numero di soggetti diagnosticabili come affetti da disturbi e per tale motivo trattabili farmacologicamente.

Per quanto attiene il gioco d'azzardo, il DSM-5 propone dei cambiamenti importanti relativamente a:

1. Classificazione

Rispetto al precedente DSM-IV, una modifica apportata che potremmo considerare fondamentale è lo spostamento del gioco d'azzardo patologico nel capitolo delle dipendenze (Substance-Related and Addictive Disorders). Lo spostamento del 'disturbo da gioco d'azzardo' (Gambling Disorder), come viene ora denominato nel nuovo Manuale, è l'espressione di un cambiamento epistemologico che riguarda sia il GAP (per semplicità in questo scritto continuiamo ad adottare la vecchia denominazione) sia le dipendenze nel loro complesso. La ricerca scientifica ha infatti rilevato che le analogie tra GAP e dipendenze chimiche vanno ben al di là della fenomenologia comportamentale. La ricerca neurobiologica e la neuroimaging hanno mostrato sovrapposizioni dei quadri di addiction, innanzi tutto per quanto riguarda le diverse dipendenze chimiche e più recentemente tra dipendenze chimiche e non chimiche. A tutti gli effetti quindi il DSM-5 riconosce al GAP lo status di dipendenza. La questione ha rilevanza clinica in quanto autorizza gli operatori ad applicare al gambling patologico strumenti terapeutici propri dei programmi per l'addiction. Se da un lato appare necessario operare un adattamento di tali strumenti ed una loro integrazione con altri trattamenti più specifici per i giocatori, dall'altro si può sostenere che ogni operatore delle dipendenze possiede nel proprio bagaglio culturale e operativo adeguati strumenti per il trattamento dei giocatori.

2. Denominazione

La denominazione viene modificata da Gioco d'Azzardo Patologico a Disturbo da Gioco d'Azzardo. Il cambiamento non appare meramente linguistico e va nella stessa direzione della evoluzione dei disturbi da uso di sostanze. Il Manuale infatti elimina qualsiasi distinzione tra diagnosi di abuso e dipendenza da sostanze per unificarla in una sindrome alla quale viene assegnato un gradiente di gravità sulla base del numero di criteri che sono soddisfatti nello specifico quadro clinico. Lo stesso avviene con il gioco patologico.

Quindi appare logico che al Substance Use Disorder corrisponda il Gambling Disorder. Si spera che questa nuova denominazione possa fare ordine in una materia in cui i nomi utilizzati sono stati i più

vari. Si auspica inoltre che essa contribuisca a ridurre il carico di condanna morale e stigma che il giocatore dipendente si porta appresso.

3. Criteri diagnostici

Nel DSM-5 i criteri diagnostici per il GAP non hanno subito significativi cambiamenti sul piano qualitativo (a onor del vero la definizione di alcuni criteri ha effettivamente subito alcune piccole modificazioni linguistiche allo scopo di meglio precisarne natura ed interpretazione). Il nuovo Manuale ha però cancellato il criterio degli atti antisociali: 'ha commesso atti illegali come falsificazioni, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo', riducendone il numero da 10 a 9, ma. Il motivo della cancellazione non riguarda ovviamente la rilevanza in sé degli atti antisociali nell'ambito del quadro clinico, quanto piuttosto lo scarso contributo che tale criterio porta alla possibilità di formulare la diagnosi. Ricordiamo infatti che il DSM è un manuale diagnostico e non un trattato di psichiatria clinica: i criteri del DSM non descrivono un quadro clinico nella sua completezza e complessità, ma ne definiscono i confini diagnostici. Alcuni studi avevano sottolineato che il criterio degli atti antisociali veniva soddisfatto quando la diagnosi poteva essere già confermata dalla presenza dei altri sintomi.

Era stato evidenziato infatti che tra tutti era il criterio che compariva più tardivamente nella evoluzione clinica dei casi più gravi, risultando quindi il meno frequente. Il suo peso sulla determinazione della diagnosi era di fatto trascurabile. Se da un lato la scelta di escludere il criterio degli atti antisociali può risultare giustificato sulla base di un ragionamento statistico ed epidemiologico, dall'altro si corre il rischio di dar loro minore rilevanza, orientando il clinico a trascurare l'approfondimento dei comportamenti illegali. Essi invece, quando presenti, esprimono un livello di gravità rilevante del GAP. L'operatore dovrebbe indagare esplicitamente ed accuratamente anche sulla presenza di atti violenti intra ed extra familiari, pur se non ricompresi tra gli atti illegali compiuti per procurarsi denaro. Va infine precisato che il testo del DSM-5 considera esplicitamente gli atti illegali all'interno del criterio della menzogna: in altri termini pur escludendoli relativamente alla diagnosi, il Gruppo di Lavoro non ha ritenuto di ignorare completamente il rischio di antisocialità del giocatore.

I criteri diagnostici necessari per diagnosticare il disturbo da gioco d'azzardo sono stati ridotti da 5 a 4. Anche in questo caso, similmente agli altri disturbi di dipendenza, sembra di capire che il Gruppo di Lavoro abbia inteso includere nell'area diagnosticabile forme di gioco problematico precedentemente sottosoglia che però meritano una attenzione clinica. Qualche studio sostiene comunque che l'abbassamento della soglia potrebbe non avere significative conseguenze in termini di incremento del numero di soggetti diagnosticabili, sia per quanto riguarda i soggetti che si rivolgono ai servizi, sia nelle indagini epidemiologiche della popolazione generale. Al contrario, sembra che l'accuratezza diagnostica sia migliore con l'abbassamento a quattro criteri su nove.

Come nel DSM-IV, anche la quinta edizione del Manuale prevede che la diagnosi di GAP venga esclusa se il quadro di gioco eccessivo compare nel corso di un disturbo maniacale (o ipomaniacale). Vale però la pena di ricordare che tale limitazione è valida solamente se il gioco patologico compare unicamente nel corso degli episodi di eccitamento maniacale, rappresentando in questo caso una modalità di espressione della ben nota prodigalità maniacale. Se invece il gioco patologico è diagnosticabile anche al di fuori dei periodi di euforia, allora le due diagnosi possono coesistere. Ai fini della diagnosi differenziale va comunque tenuto presente che molti giocatori manifestano una elevazione del tono dell'umore secondaria all'attività di gioco.

4. Finestra temporale

Il DSM-5 prevede che i criteri diagnostici siano evidenziabili nel soggetto nell'arco di un periodo massimo di dodici mesi affinché la diagnosi sia valida. Questa modificazione sembra correggere una errata presunzione del DSM-IV secondo la quale la diagnosi di GAP era lifetime, e non appariva necessario che i sintomi fossero concentrati in uno stesso periodo per superare la soglia diagnostica.

Alcune ricerche hanno al contrario evidenziato che una buona fetta di giocatori patologici non risultavano più diagnosticabili come tali ad una indagine successiva, indipendentemente dall'aver

intrapreso trattamenti. In ogni caso la precisazione dell'arco temporale dei 12 mesi è logica e di buon senso, anche se sul piano pratico non sembra avere particolare importanza sulla diagnosticabilità dei pazienti. In ogni caso la delimitazione temporale apre il campo alle specificazioni di decorso e al concetto di remissione.

5. Specificazioni

Il DSM-5 introduce alcune specificazioni diagnostiche: di decorso, di gravità, di esito.

Il decorso viene definito come episodico o persistente a seconda dell'andamento temporale del quadro clinico. Un soggetto può infatti presentare un quadro sintomatologico persistente, in cui il comportamento di gioco eccessivo dura diversi anni e dove è rilevabile la presenza di criteri diagnostici oltre la soglia minima dei 4 necessari per la diagnosi. In altri casi invece l'andamento clinico è più oscillante, con il superamento della soglia minima diagnostica più volte nel corso degli anni, inframmezzato da periodi di attenuazione sintomatologica della durata di mesi o anni.

La gravità clinica viene definita dal Manuale sulla base del numero di criteri diagnostici presenti, presupponendo che un soggetto con 5 criteri sia meno grave di un altro con otto criteri.

Lieve = riscontro di 4 o 5 criteri

Moderata = riscontro di 6 o 7 criteri

Grave = riscontro di 8 o 9 criteri

A prescindere dalla validità clinico-pratica di questo presupposto, una gravità clinica definita in questo modo appare comunque piuttosto limitativa, focalizzata com'è sui comportamenti di gioco. Anzi, solamente su alcuni comportamenti, ovvero quei nove che rappresentano i criteri diagnostici. Sicuramente l'operatore dei servizi non si accontenterà di definire in questi termini la gravità di un quadro complesso come il GAP: si veda ad esempio l'ampio dibattito emerso durante il meeting di Vinci (2013) organizzato da AND-Azzardo e Nuove Dipendenze e i cui atti sono pubblicati presso il sito Internet andinrete.it. Sarà necessario tener presente questa impostazione per interpretare correttamente i dati che emergeranno dalle ricerche future basate sulle definizioni del quinto Manuale Diagnostico.

Il DSM-5 infine introduce anche per il GAP la specificazione di esito: remissione precoce e remissione prolungata. Nel primo caso il soggetto, dopo un periodo in cui era stato diagnosticato il GAP, si trova in una condizione in cui c'è una assenza completa di criteri da almeno 3 mesi. Se tale condizione si stabilizza per oltre 12 mesi consecutivi allora si può parlare di remissione completa.

Va notato che manca il concetto di remissione parziale (il paziente presenta ancora qualche sintomo) o completa (il paziente non ha più alcun sintomo) che era presente nei disturbi da uso di sostanze del DSM-IV. L'aver previsto la specificazione di esito è importante perché facilita il clinico nell'affermare il superamento del problema. Secondo il DSM-IV invece per il paziente era di fatto impossibile, a rigor di termini, togliersi di dosso l'etichetta diagnostica una volta assegnatagli. Va infine osservato che per avere una remissione non è necessaria l'assenza di qualsiasi manifestazione clinica, ma solamente di quelle che rappresentano dei criteri diagnostici.

Conclusioni.

La pubblicazione del DSM-5 è destinata ad alimentare un ulteriore, intenso dibattito scientifico che coinvolgerà anche gli specialisti del gambling. Le ricerche future potranno chiarire definitivamente se i cambiamenti apportati saranno utili al clinico e allo scienziato, e se contribuiranno a delimitare in modo adeguato le forme di comportamento che richiedono trattamenti rispetto ai quadri 'minori'. Vero è che noi operatori delle dipendenze, che abbiamo da sempre adottato un modello di salute pubblica, riteniamo meritevoli di attenzione tutti i comportamenti a rischio, se non per il trattamento, almeno per interventi preventivi di vario livello (primari, secondari, terziari). Tuttavia in una epoca in cui l'ottimizzazione delle risorse è indispensabile, sarà inevitabile che le popolazioni cliniche vengano delimitate sempre di più e che i trattamenti, anche nel nostro campo, divengano oggetto di valutazione di efficienza ed efficacia. Un buon sistema diagnostico potrà essere utile in questo senso.

Il DSM-5 arriva a distanza di 13 anni dal suo predecessore (DSM-IVTR, 2000) e dopo 19 anni dall'ultima revisione maggiore (DSM-IV, 1994). E' un lungo periodo di tempo, non solo per un

sistema diagnostico sensibile alla ricerca scientifica in continua evoluzione, ma anche per la vita professionale dell'operatore. Per alcuni di noi rappresenta verosimilmente l'ultimo manuale con cui avremo l'occasione di confrontarci professionalmente. Non fosse altro che per questo, il DSM-5 si è guadagnato tutta la nostra attenzione.

Graziano Bellio