

14.5

DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO E ADHD NELL'ADULTO: CORRELATI CLINICI, PSICOPATOLOGICI E COMPORTAMENTALI IN UN CAMPIONE CLINICO DI UN SERD ITALIANO

Annunziata V.*[2], Negri A.[1], Besana F.[1], Barbini D.[1], Barbieri E.[1], De Rosa M.[1], Minci M.[1], Papaluca S.[1], Micheli D.[1], Nicolai C.[1], D'Agostino A.[2]

[1]ASST Santi Paolo e Carlo ~ Milano ~ Italy,
[2]Università degli Studi di Milano ~ Milano ~ Italy

Questo studio ha analizzato la presenza di sintomi correlati ad ADHD in pazienti con Disturbo da Gioco d'Azzardo: si è rilevata un'associazione con vulnerabilità emotiva, impulsività e gravità dei sintomi correlati al gioco d'azzardo.

Introduzione

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è riconosciuto dal DSM-5 come una patologia psichiatrica appartenente ai Disturbi correlati a sostanze e non correlati a sostanze, caratterizzata da persistente e ricorrente comportamento di gioco nonostante le conseguenze negative (American Psychiatric Association, 2013). In Italia, la prevalenza di DGA nella popolazione adulta è stimata tra l'1,3% e il 3,8%, con tassi più elevati nei soggetti giovani e nei maschi (Ministero della Salute, 2022). Diversi studi indicano un'alta comorbidità tra DGA e Disturbo da Deficit di Attenzione/Iperattività (ADHD) in età adulta, con tassi di co-occorrenza che possono superare il 20% nei campioni clinici (Breyer et al., 2011; Fatseas et al., 2016). L'ADHD può contribuire alla vulnerabilità verso il gioco patologico attraverso meccanismi di impulsività, difficoltà di regolazione emotiva e ricerca di stimoli ad alta gratificazione immediata (Chamberlain et al., 2017).

L'obiettivo di questo studio è stato indagare, in un campione clinico di pazienti con DGA in carico al SerD di Via Boifava (ASST Santi Paolo e Carlo, Milano), la frequenza di punteggi positivi all'Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), le differenze socio-demografiche, cliniche e di uso di sostanze in base all'esito della

scala di screening.

Metodi

Sono stati raccolti dati socio-demografici (età, genere, scolarità, stato civile, occupazione) e clinici (tipologia di gioco prevalente, uso di sostanze, terapie farmacologiche in atto, familiarità per DGA, fasi del cambiamento).

Gli strumenti psicometrici utilizzati sono stati:

- Il Lie-Bet Questionnaire, per lo screening del comportamento di gioco d'azzardo (Johnson et al., 1997).
- Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS v1.1), strumento di screening per sintomi di ADHD in età adulta (Kessler et al., 2005).
- Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) per la valutazione dell'impulsività (Patton, Stanford, & Barratt, 1995).
- Problem Gambling Severity Index (PGSI) per la gravità del gioco d'azzardo e delle sue conseguenze (Ferris & Wynne, 2001).
- Symptom Checklist-90 (SCL-90-R) per la valutazione della sintomatologia psico-fisica generale (Derogatis, 1994).
- Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) per la misurazione dell'alessitimia (Bagby et al., 1994).

Sono state condotte analisi descrittive, confronti tra gruppi ASRS-positivi e negativi (test χ^2 e t-test), e una regressione logistica binaria per individuare i predittori indipendenti di ASRS positivo.

I pazienti inclusi nello studio sono stati utenti in carico al SerD Boifava per Disturbo da Gioco d'Azzardo. I criteri di inclusione erano: (1) avere ottenuto un risultato positivo al test di screening lie-bet (almeno una risposta "sì"); (2) possedere le capacità cognitive e linguistiche necessarie per completare gli strumenti di valutazione. Sono stati esclusi i pazienti con altre dipendenze comportamentali con spesa di denaro (ad es. trading, Internet Gaming Disorder, shopping compulsivo, sex addiction). Inoltre, sono stati esclusi i pazienti per i quali non erano disponibili dati clinici sufficienti.

Risultati

Il campione analizzato (N = 72) aveva un'età media di 38,8 anni (DS = 15,6), con prevalenza maschile. Il 26,4% è risultato positivo allo screening ASRS. Le tipologie di gioco più frequenti erano scommesse sportive (36,6%) e slot machines (31,0%), seguite da casinò (14,1%), giochi online e lotterie (12,7%) e poker (5,6%).

L'uso di sostanze psicoattive era elevato: il 61,1% rife-

riva uso di almeno una sostanza, di cui il 30,1% cocaina, il 29,2% cannabis e il 23,6% alcol. Una quota minore assumeva farmaci antidepressivi (20,8%), antipsicotici (9,9%) o stabilizzatori dell'umore (5,6%). La familiarità per DGA era presente nel 23,6% del campione. Le analisi univariate sono riportate in Tabella 1 (variabili socio-demografiche) e in Tabella 2 (variabili cliniche). All'analisi univariata, i soggetti con ASRS positivo risultano significativamente più giovani (media 30 anni) rispetto ai negativi (media 42 anni; $p = 0.006$). Inoltre, la quota di single è nettamente più alta tra gli ASRS positivi (77,8% vs 47,2%; $p = 0.024$). Per quanto riguarda le variabili psicometriche, i punteggi medi all'SCL-90 sono significativamente più alti negli ASRS positivi (75,7 vs 59,3; $p = 0.012$), indicando una maggiore gravità complessiva di sintomi psico-fisici in questo gruppo. L'alessitimia è significativamente più elevata nei giocatori ASRS positivi (53,6 vs 37,8; $p = 0.002$).

- Variabili socio-demografiche: divise per variabile di outcome
- Variabili cliniche (Tabella 2)
- Variabili psicometriche (Tabella 3)
- La regressione logistica è invece riportata in Tabella 4.

Tabella 1. *Variabili socio-demografiche*

	ASRS NEG (N=53)	ASRS POS (N=19)	p value
Genere	F: 8 (15.1%) M: 45 (84.9%)	F: 1 (5.3%) M: 18 (94.7%)	0.266
Età (Media, SD, range)	42, 16.3, 18-77	30, 8.53, 21-50	0.006
Scolarità	Meno di 8 anni 7 (13.2%) Più di 8 anni 46 (86.8%)	Meno di 8 anni 1 (5.3%) Più di 8 anni 17 (89.5%)	0.166 χ^2 3.60
Occupazione	Occupato 45 (84.9%), Disoccupato 8 (15.1%)	Occupato 14 (77.8%), Disoccupato 4 (22.2%)	0.486 χ^2 0.486
Stato civile	Single 25 (47.2%), Coniugato/Convivent e 28 (52.8%)	Single 14 (77.8%), Coniugato/Convivent e 4 (22.2%)	0.024 χ^2 5.08
Nazionalità	Italiana: 48 (90.6%) Non Italiana: 5 (9.4%)	Italiana: 17 (89.5%) Non Italiana: 2 (10.5%)	0.890 χ^2 0.0190
Problemi legali	No 42 (79.2%), Si 11 (20.8%)	No 16 (84.2%), Si 3 (15.8%)	0.639 χ^2 0.220
Famigliarità per DGA	No: 37 (69.8%) Si: 13 (24.5%)	No: 13 (68.4%) Si: 4 (21.1%)	0.663 χ^2 1.58

Nella regressione logistica, tre variabili sono risultate predittori significativi di ASRS positivo:

- Età ($\beta = -0.090$; $p = 0.025$): soggetti più giovani avevano maggiore probabilità di ASRS positivo.
- Alessitimia (TAS-20) ($\beta = 0.052$; $p = 0.044$): punteggi più alti di alessitimia sono associati a rischio aumentato (~5% in più per punto).
- Gravità del gioco e delle sue conseguenze associate (PGSI) ($\beta = 0.196$; $p = 0.040$): gravità maggiore del gioco associata a incremento del 22% della probabilità

Tabella 2. *Variabili cliniche*

	ASRS NEG (N=53)	ASRS POS (N=19)	p value
Tipo di gioco	Scommesse sportive: 17 (32.7%) Slot machines: 18 (34.6%) Poker: 3 (5.8%) Casinò: 6 (11.5%) GeV + lotterie: 8 (15.4%)	Scommesse sportive: 9 (47.4%) Slot machines: 4 (21.1%) Poker: 1 (5.3%) Casinò: 4 (21.1%) GeV + lotterie: 1 (5.3%)	0.453 χ^2 4
N. di sostanze utilizzate (media, DS, range)	0.83 (0.94)	1.16 (0.96)	0.197 χ^2 70.0
Uso di sostanze	Si: 30 (56.6%) No: 23 (43.4%)	Si: 14 (73.7%) No: 5 (26.3%)	0.190 χ^2 1.72
Cocaina	No: 39 (73.6%) Si: 14 (26.4%)	No: 11 (57.9%) Si: 8 (42.1%)	0.203 χ^2 1.62
Cannabis	No: 38 (71.7%) Si: 15 (28.3%)	No: 13 (68.4%) Si: 6 (31.6%)	0.787 χ^2 0.073
Alcool	No: 42 (79.2%) Si: 11 (20.8%)	No: 13 (68.4%) Si: 6 (31.6%)	0.341 χ^2 0.909
Terapia psicofarmacologica	Si: 12 (22.6%) No: 41 (77.4%)	Si: 8 (42.1%) No: 11 (57.9%)	0.104 χ^2 2.64
Antidepressivi	Si: 9 (17.0%) No: 44 (83.0%)	Si: 6 (31.6%) No: 13 (68.4%)	0.17 χ^2 1.81
Antipsicotici	Si: 5 (9.4%) No: 48 (90.6%)	Si: 2 (11.1%) No: 16 (88.9%)	0.837 χ^2 0.0425
Stabilizzatori dell'umore	Si: 3 (5.7%) No: 50 (94.3%)	Si: 1 (5.3%) No: 18 (94.7%)	0.948 χ^2 0.00421
Stadio del cambiamento	Determinazione/Azione/Mantenimento: 35 (67.3%) Precontemplazione/Contemplazione: 17 (32.7%)	Determinazione/Azione/Mantenimento: 15 (78.9%) Precontemplazione/Contemplazione: 4 (21.1%)	0.341 χ^2 0.905

Tabella 3. *Variabili psicometriche*

	ASRS NEG (N=53)	ASRS POS (N=19)	p value
BIS-11 (Media, Dev. Standard, range)	70.6 (SD = 12.2; 43.0-96.0)	75.7 (SD = 8.91; 58.0-87.0)	0.122; 63.0
PGSI	15.7 (SD = 5.47; 4.00-25.0)	17.1 (SD = 4.97; 3.00-24.0)	0.340; 65.0
SCL-90	59.3 (SD = 19.7; 40.0-124.0)	75.7 (SD = 29.2; 40.0-132.0)	0.012 ; 64.0
TAS-20	37.8 (SD = 24.3; 10.00-100.0)	53.6 (SD = 23.7; 12.00-89.0)	0.002 ; 65.0

- Gravità del gioco e delle sue conseguenze associate (PGSI) ($\beta = 0.196$; $p = 0.040$): gravità maggiore del gioco associata a incremento del 22% della probabilità di ASRS positivo per ogni punto in più al PGSI.

Genere maschile, numero di sostanze utilizzate e punteggio SCL-90 non raggiungevano la significatività statistica, pur mostrando un trend di associazione. Il modello complessivo spiegava il 43% della variabilità (R^2 di Nagelkerke), con un buon adattamento ai dati (Deviance = 49.7; AIC = 61.7).

Conclusioni

I risultati indicano che circa un quarto dei pazienti con DGA presenta sintomi positivi allo screening ADHD in età adulta, associati a un profilo clinico più complesso, caratterizzato da maggiore gravità di gioco, alessitimia e vulnerabilità nei soggetti più giovani.

Tabella 4. *Regressione logistica*

Predittore	Estimate	SE	Z	p	Odds ratio	IC 95%
Intercept	-6.12645	2.9880	-2.050	0.040	—	[-11.98275, -0.2702]
Età	-0.09032	0.0403	-2.241	0.025	0.91364	[-0.16931, -0.0113]
Scl-90	0.00672	0.0194	0.346	0.729	1.00674	[-0.03135, 0.0448]
TAS-20	0.05237	0.0261	2.010	0.044	1.05376	[0.00129, 0.1034]
PGSI	0.19595	0.0954	2.054	0.040	1.21647	[0.00896, 0.3829]
Genere (M vs F)	1.33668	1.3998	0.955	0.340	3.80 640	[-1.40690, 4.0803]
N. di sostanze	0.67423	0.4019	1.677	0.093	1.96251	[-0.11353, 1.4620]

Questi dati sono coerenti con quanto riportato in letteratura, che evidenzia come l'ADHD possa amplificare l'impulsività, la disregolazione emotiva e la ricerca di gratificazione immediata, aumentando il rischio di condotte di gioco problematico (Chamberlain et al., 2017; Fatseas et al., 2016). In questo contesto, come sottolineato da precedenti studi, l'alestitimia Tabella 4. *Regressione logistica* emerge come un nodo centrale in questa triade clinica: da un lato può amplificare la disregolazione emotiva e la difficoltà di autocontrollo tipiche dell'ADHD, dall'altro può ostacolare l'elaborazione delle esperienze interne e favorire il ricorso al gioco come strategia disfunzionale di regolazione affettiva (Marchetti et al., 2019).

Considerata l'alta prevalenza e il rilevante impatto clinico, l'inserimento sistematico dell'ASRS nello screening di routine per i pazienti con DGA appare una strategia efficace per migliorare l'identificazione precoce dei sintomi correlati all'ADHD, favorendo interventi multimodali personalizzati. Studi precedenti mostrano che la gestione integrata di ADHD e DGA può migliorare la prognosi e ridurre il rischio di ricaduta (Breyer et al., 2011; Strydom et al., 2021). Sulla base di ciò, i nostri dati sottolineano l'importanza di promuovere la formazione specifica degli operatori dei servizi per le dipendenze sui disturbi del neurosviluppo, così da migliorare le competenze diagnostiche e l'efficacia degli interventi clinici in pazienti con profili complessi. In questa direzione, stante il progressivo aumento della prevalenza dei Disturbi del neurosviluppo in comorbilità con le Dipendenze, sarà fondamentale implementare la cooperazione fra i Servizi delle

Dipendenze e i Servizi psichiatrici al fine di favorire una presa in carico integrata.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
- Breyer, J. L., Botzet, A. M., Winters, K. C., Stinchfield, R. D., August, G., & Realmuto, G. (2011). Young adult gambling behaviors and their relationship with the persistence of ADHD. *Journal of Gambling Studies*, 27(3), 387-399. <https://doi.org/10.1007/s10899-010-9214-7>
- Chamberlain, S. R., Derbyshire, K., Leppink, E., & Grant, J. E. (2017). Impact of ADHD symptoms on clinical and cognitive aspects of problem gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 72, 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.09.006>
- Derogatis, L. R. (1994). SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R: Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Fatseas, M., Alexandre, J. M., Romo, L., Valleur, M., Magalon, D., Chereau-Boudet, I., ... & Auriacombe, M. (2016). Gambling behaviors and psychopathology related to attention-deficit/hyperactivity disorder in problem gamblers seeking treatment. *Journal of Behavioral Addictions*, 5(3), 421-430. <https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.058>
- Ferris, J., & Wynne, H. (2001). The Canadian Problem Gambling Index. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
- Johnson EE, Hamer R, Nora RM, Tan B, Eisenstein N, Engelhart C. The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychol Rep.* 1997 Feb;80(1):83-8. doi: 10.2466/pr0.1997.80.1.83. PMID: 9122356.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., ... & Ustun, T. B. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): A short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35(2), 245-256. <https://doi.org/10.1017/S0033291704002892>
- Marchetti D, Verrocchio MC, Porcelli P. Gambling Problems and Alexithymia: A Systematic Review. *Brain*

Sci. 2019 Aug 7;9(8):191. doi: 10.3390/brainsci9080191. PMID: 31394857; PMCID: PMC6721389.

- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768–774. [https://doi.org/10.1002/1097-4679\(199511\)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1](https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1)

- Strydom, M., Strydom, W., & Thomas, K. (2021). ADHD and gambling disorder: A review of the literature and proposed future research directions. *Current Addiction Reports*, 8, 34–43. <https://doi.org/10.1007/s40429-020-00350-2>

- World Health Organization. (2019). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/>