

📄 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Efficacia di Aripiprazolo Long-Acting nel disturbo schizoaffettivo associato a gioco d'azzardo patologico. Un case report

Marianna Boso*, Irene Famularo**, Guido Nosari**, Alessandro Castellana***, Elena Costantino****, Caterina Nardulli****, Maria Teresa Zanin****

SUMMARY

■ *The pathological gambling results from the interaction of multiple risk factors. Among these, the second-generation antipsychotic (SGA) aripiprazole has been described as a new potential risk factor. In this work we present the case of a young man, affected by schizoaffective disorder and pathological gambling, who showed significant improvements of both conditions after aripiprazole long acting administration.*

We discuss the importance of a complete assessment, that could evidence all psychopathological factors implicated in the onset or worsening of a pathological gambling, included, in this case, the schizoaffective disorder. The aripiprazole long acting was well tolerated and, compared with the oral aripiprazole, produced less sedative effects, favoring, at the same time, a good compliance to the therapy. Between the side effects we remark the weight gain – often find in all the SGA –, that was managed with a psycho-educational and nutritional approach. An important reflection regards the health service chosen by the patient, i.e. the Dependence Service, considered as less stigmatizing and suitable for his debt condition. We think that the Dependence Service plays a crucial role in these complex pathological conditions, managing the gambling disorder and coordinating, at the same time, the network of territorial services, that is necessary to favor an optimal outcome. ■

Keywords: *Schizoaffective disorder, Gambling disorder, Aripiprazole long-acting, Side effects.*

Parole chiave: *Disturbo schizoaffettivo, Gioco d'azzardo patologico, Aripiprazolo long-acting, Effetti collaterali.*

Il gioco d'azzardo è un comportamento che da diversi anni, in Italia così come negli altri Paesi industrializzati, si è andato sempre più affermando nella popolazione generale.

Il moltiplicarsi dell'offerta di opportunità di gioco d'azzardo anche in luoghi a bassa soglia di accesso e non dedicati in maniera esclusiva (bar, centri commerciali, tabaccherie), ha rinnovato l'interesse degli esperti riguardo ai costi sociali, economici e psicologici associati a tale pratica.

Il comportamento del gioco d'azzardo può condurre ad una dipendenza, riconosciuta e classificata dal DSM-5 e può comportare la compromissione del paziente dal punto di vista psichico, familiare e sociale.

Questa patologia colpisce una percentuale variabile dall'1% al 3% della popolazione generale. Pertanto, in Lombardia, il

numero di persone affette da questo problema potrebbe variare fra 100.000 e 300.000.

La situazione pavese è stata analizzata in uno studio osservazionale condotto dall'équipe specialistica gambling del Ser.D. di Pavia nel 2014 (Costantino, Nardulli, Zanini, 2016).

La percentuale di pazienti con problematiche GAP (gioco d'azzardo patologico) rivoltisi ai Servizi per le Dipendenze era all'epoca pari al 4% degli utenti in carico.

Come suggerito da La Barbera e Marinella (2010), l'etiologia multifattoriale del gambling ha il suo corrispettivo nella frequente comorbidità del gioco d'azzardo patologico con disturbi della sfera psichiatrica.

Fra questi ricordiamo disturbi dell'umore (depressione maggiore e disturbo bipolare), condotte suicidarie, ADHD, uso di alcol e sostanze, nonché disturbi psicotici maggiori come schizofrenia e disturbo schizoaffettivo.

In particolare, Desai *et al.* (2013), evidenziano, in uno studio condotto su schizofrenici/schizoaffettivi, come il 19% dei pazienti mostrasse in anamnesi GAP, che si correlava a maggior uso di alcol, maggiori sintomi depressivi e maggior utilizzo dei servizi ambulatoriali di tipo psichiatrico.

* SPDC Vizzolo Predabissi, DSMD ASST Melegnano e Martesana (Milano).

** Scuola di Specialità in Psichiatria, Università di Pavia.

*** SPDC Voghera, DSMD ASST Pavia.

**** Ser.D. Pavia, DSMD ASST Pavia.

In particolare, il rischio di GAP era maggiore negli schizofrenici/schizoaffettivi con concomitante depressione e uso di alcol. Gli autori concludevano lo studio evidenziando la necessità di attuare trattamenti preventivi riguardo il GAP in questa sottopopolazione di pazienti.

Nel presente case report viene discusso il caso di un giovane con scompenso psicotico di tipo schizoaffettivo e GAP, che si rivolge al SerD.

Caso Clinico

M. è un giovane di 30 anni, che si rivolge al nostro Ser.D., riconoscendo di avere un problema di gioco (scommesse sportive e poker on-line), cui si dedica per diverse ore nella giornata per colmare senso di vuoto, noia e solitudine.

Ha interrotto gli studi a 18 anni, si è dedicato a diversi lavori, da lui definiti manuali e “di poco valore”, tutti interrotti per difficoltà di relazione insorte con i colleghi o i superiori.

M. mostra isolamento sociale di grado severo e un importante scadimento del funzionamento socio-lavorativo; da circa un anno non lavora, non ha amicizie, vive da solo.

I familiari, che hanno tentato, senza successo, vari invii al CPS di zona, segnalano anomalie comportamentali, crisi clastiche, aggressività fisica verso oggetti e verbale verso persone, agitazione psicomotoria.

Verso tali comportamenti il paziente non mostra insight, riconoscendo come problematica solo la condotta del gioco.

Presso il SerD sono effettuati, in prima battuta, SCL-90 e SOGS. L'SCL-90 evidenzia valori >1 nelle sezioni “ossessione-compulsione”, “disturbi del sonno”, “ansia”, “depressione”; si segnala, inoltre, un punteggio pari a 0.8 nella sezione “ideazione paranoica”.

Il questionario SOGS evidenzia la presenza di un “giocatore potenzialmente patologico”.

M. è, quindi, inviato dalla specialista psichiatra.

Nel corso della visita psichiatrica si evidenziano fenomeni di barage e blocco del pensiero, l'eloquio è scarno ed essenziale, incentrato su tematiche deliranti di carattere paranoideo, cui si affiancano lamentele circa la sgradevole e angosciante sensazione di essere agito da forze esterne, ragion per cui tende a isolarsi.

M. riferisce, sempre in maniera sintetica, quasi laconica, sentimenti di rabbia, impulsività, lamenta insonnia, apatia e abulia; è preoccupato per i debiti dovuti al gioco.

L'umore è disforico.

Parla dei numerosi lavori svolti in passato, da lui definiti “di poco conto” rispetto a quelle che sono le sue reali capacità; emergono, quindi, anche aspetti di grandiosità.

Viene proposta una terapia con Aripiprazolo 10 mg e Acido Valproico Chrono 500 mg.

M. accetta, inoltre, di programmare un ricovero in una struttura riabilitativa idonea.

In base a quanto appreso dalla madre di M., è presente un'importante familiarità per patologie psichiatriche; il padre avrebbe mostrato per anni gli stessi sintomi e non si sarebbe mai voluto curare, con conseguente compromissione severa della relazione coniugale e del rapporto con i figli.

È tutt'oggi un uomo bizzarro, schivo, diffidente e aggressivo.

Qualche giorno dopo la visita psichiatrica, il paziente mostra una nuova crisi clastica, accompagnata da agitazione severa; viene, quindi, ricoverato per quattro giorni in SPDC, ove M. segnala assunzione discontinua della terapia a causa degli effetti sedativi della stessa.

In seguito a consultazione fra operatori Ser.D.-SPDC, si decide di impostare Aripiprazolo Long-Acting 400 mg, mantenendo Acido Valproico Chrono 500 mg.

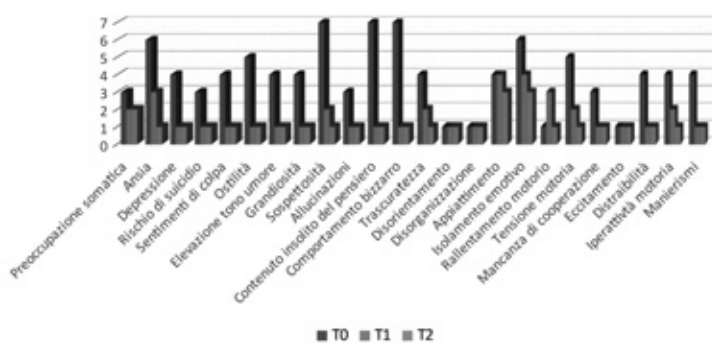
Viene posta diagnosi di Disturbo Schizoaffettivo in comorbidità con GAP.

In seguito alla dimissione il paziente riprende le visite al Ser.D., mostrando un miglioramento progressivo del comportamento, dei sintomi, con aumento dell'insight.

Lui stesso riferisce benefici dalla terapia psicofarmacologica impostata, con minimizzazione degli effetti collaterali, in particolare sedazione, riscontrata con la terapia per os.

I cambiamenti psicopatologici sono segnalati dalla scala BPRS riportata in Fig. 1 (T0 durante il ricovero, T1 e T2 rispettivamente dopo tre e sei mesi).

Fig. 1 - Scala BPRS a T0 (baseline), T1 (3 mesi), T2 (6 mesi)



Dopo cinque mesi di assunzione di Aripiprazolo Long-Acting 400 si è provveduto a sospendere il Acido Valproico Chrono 500 mg, per i residuali effetti sedativi lamentati dal paziente.

È tornato, inoltre, un certo grado di iniziativa.

Dopo sei mesi di terapia M. ha manifestato l'intenzione di frequentare un corso professionalizzante pomeridiano, affiancato alla frequenza di un centro diurno psichiatrico al mattino, con la finalità di potenziare le abilità e favorire la socializzazione.

Il giovane ha inoltre accettato una presa in carico congiunta Ser.D.-CPS, onde favorire una migliore gestione complessiva del quadro clinico.

Si segnala, come effetto collaterale, l'aumento di peso, circa 14 kg (BMI iniziale 20; BMI dopo 3 mesi di terapia 24; vedi tabella 1), per cui il paziente è stato inviato ad una dietista e ha iniziato idoneo percorso dietoterapico e motorio, in associazione a supporto psicoeducazionale effettuato dalla psicologa e dalla psichiatra del Ser.D.

Tab. 1 - Peso Corporeo e BMI a T0 (baseline), T1 (3 mesi), T2 (6 mesi)

	T0	T1 (3 mesi)	T2 (6 mesi)
Peso	68 kg	82 kg	80 kg
Altezza	1,70 m	1,70 m	1,70 m
BMI	20	24	23,5

La psicologa del Ser.D. ha effettuato test Luscher al momento della presa in carico al Ser.D. e sei mesi dopo il ricovero in SPDC e test Rorschach sei mesi dopo il ricovero in SPDC, ossia in una fase di stabilizzazione del quadro clinico; si riportano nel Box 1.

Dalla valutazione testistica (Rorschach e Luscher) si evidenzia un distanziamento emotivo ed una componente d'ansia elevata soprattutto in fase iniziale, che riaffiora se sollecitato sul piano emotivo. A seguito di tali stimoli il soggetto tende a rispondere in tono depressivo o in tono esplosivo, non avendo la capacità di riconoscere ed elaborare le situazioni in cui è coinvolto emotivamente.

Vi è difficoltà a livello di identità e a livello relazionale in assenza di risorse interne, pertanto rimane distaccato ed impersonale con componente di coartazione e rigidità, mantenendo una modalità centrata sul controllo.

L'ansia, gli aspetti depressivi, la tendenza all'utilizzo del pensiero astratto portano ad inibizione della capacità interpretativa.

È presente uno scarso investimento relazionale e la tendenza alla chiusura, in un soggetto con una elevata componente di somatizzazione.

Si può pensare ad un adattamento ansioso.

In questi nove mesi di cura il paziente sembra aver modificato il suo atteggiamento verso se stesso, con una maggior accettazione delle sue condizioni e di maggior apertura verso il terapeuta, che riconosce come elemento di guida verso un cambiamento possibile.

Circa il Gioco, si è verificata una drastica diminuzione del tempo dedicato a tale attività e del denaro perso; dopo tre mesi tali comportamenti non erano più presenti, nonostante permanesse il pensiero di giocare e tale dato era stabile anche dopo 6 mesi.

Il paziente si reca ogni mese con puntualità al Ser.D. per effettuare visita psichiatrica e terapia longacting; effettua, inoltre, regolari colloqui psicoeducazionali, a cadenza quindicinale, con la psicologa.

Conclusioni

Il caso clinico riportato evidenzia l'efficacia del Aripiprazolo Long-Acting 400 mg nella gestione del paziente affetto da Disturbo Schizoaffettivo in comorbidità con Gambling.

È interessante notare come Aripiprazolo, che in scheda tecnica riporta fra gli effetti collaterali la possibilità di slantizzare il gambling, nel nostro caso abbia comportato un miglioramento significativo di tale disturbo.

Ciò evidenzia, ancora una volta, come l'etiologia del gambling sia multifattoriale, chiamando in causa prepotentemente fattori psicopatologici che possono slantizzare, aggravare o far precipitare il disturbo.

Consigliamo, quindi, in tutti i casi di gambling di effettuare una valutazione completa che tenga sempre conto dello stato psichi-

co del paziente, con lo scopo di trovare una risposta terapeutica idonea e mirata.

Circa il farmaco long-acting segnaliamo, rispetto alla formulazione per os, una migliore tollerabilità, riferita dal paziente ma evidente anche all'esame obiettivo, con minimizzazione della sedazione.

La seconda riflessione riguarda il setting; l'ambulatorio a cui il paziente si è rivolto è il Ser.D. e non il CPS, nonostante le evidenti anomalie comportamentali mostrate.

Il paziente, in fase di scompenso, reputava il CPS come un contesto troppo stigmatizzante, non idoneo alle sue problematiche, anche per la mancanza di insight che ha caratterizzato le prime fasi di malattia. Solo in fase di stabilizzazione del quadro ha accettato una doppia presa in carico Ser.D.-CPS.

La condizione debitoria e le condotte di gioco, viste inizialmente come le uniche problematiche da affrontare, lo hanno indirizzato a chiedere *in primis* aiuto al nostro servizio.

Il Ser.D. deve, quindi, essere pronto ad accogliere anche pazienti complessi come M., attivandosi in rete con gli altri servizi del territorio in modo da proporre le terapie più idonee alle singole situazioni (Boso *et al.*, 2019).

L'ultima riflessione riguarda l'effetto collaterale più evidente in questo caso, ossia l'aumento di peso, imputabile al farmaco ma anche, in parte, al miglioramento dell'agitazione e un comportamento routinario, tranquillo e meno caotico adottato dal paziente.

In questo caso è stata consigliata una presa in carico dietologica unitamente a un percorso psicoeducazionale, effettuato al SerD da psichiatra e psicologa, mirato al miglioramento dell'attività fisica, dell'alimentazione e dello stile di vita in generale del paziente.

In conclusione, il farmaco si è mostrato utile nella cura di un paziente complesso e di difficile gestione come M.

Bibliografia

- Costantino E., Nardulli C., Zanini M. (2016). *Gioco d'azzardo patologico - Cura*. Convegno "Gioco di squadra vince sull'azzardo", Pavia, Ufficio territoriale regionale, novembre 2016.
- La Barbera D., Matinella A. (2010). Comorbidità, fattori predittivi, caratteristiche di personalità e distorsioni cognitive nei giocatori patologici. In: Picone F. (a cura di), *Il gioco d'azzardo patologico*. Carocci.
- Boso M., Tiraboschi G., Mori A., De Cagna F., Priora C., De Paoli G., Brait M., Gozzini A., Reitano F. e il gruppo Doppia Diagnosi Ser.D. ASST Pavia (2019). Protocollo per la presa in carico di pazienti a doppia diagnosi. *Mission, Italian Quarterly Journal of Addiction*, 51, marzo: 23-28.
- Desai R.A., Potenza M. (2009). A Cross Sectional Study of Problem and Pathological Gambling in Patients with Schizophrenia/Schizoaffettive Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, Sep, 70(9): 1250-1257.