



IX CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD

Virtual Edition

FederSerD

LA **CLINICA** DELLE **DIPENDENZE**
Priorità e sostenibilità per un sistema che cambia

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

L'intervento psicoterapeutico e riabilitativo nel GAP: le evidenze scientifiche

DOTT.SSA MARGHERITA TADDEO
SERVIZIO GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO E DIP.COMPORTAMENTALI
DIPART. DIP. PATOLOGICHE ASL TA
COMPONENTE OSSERVATORIO NAZIONALE GAP
MINISTERO DELLA SALUTE

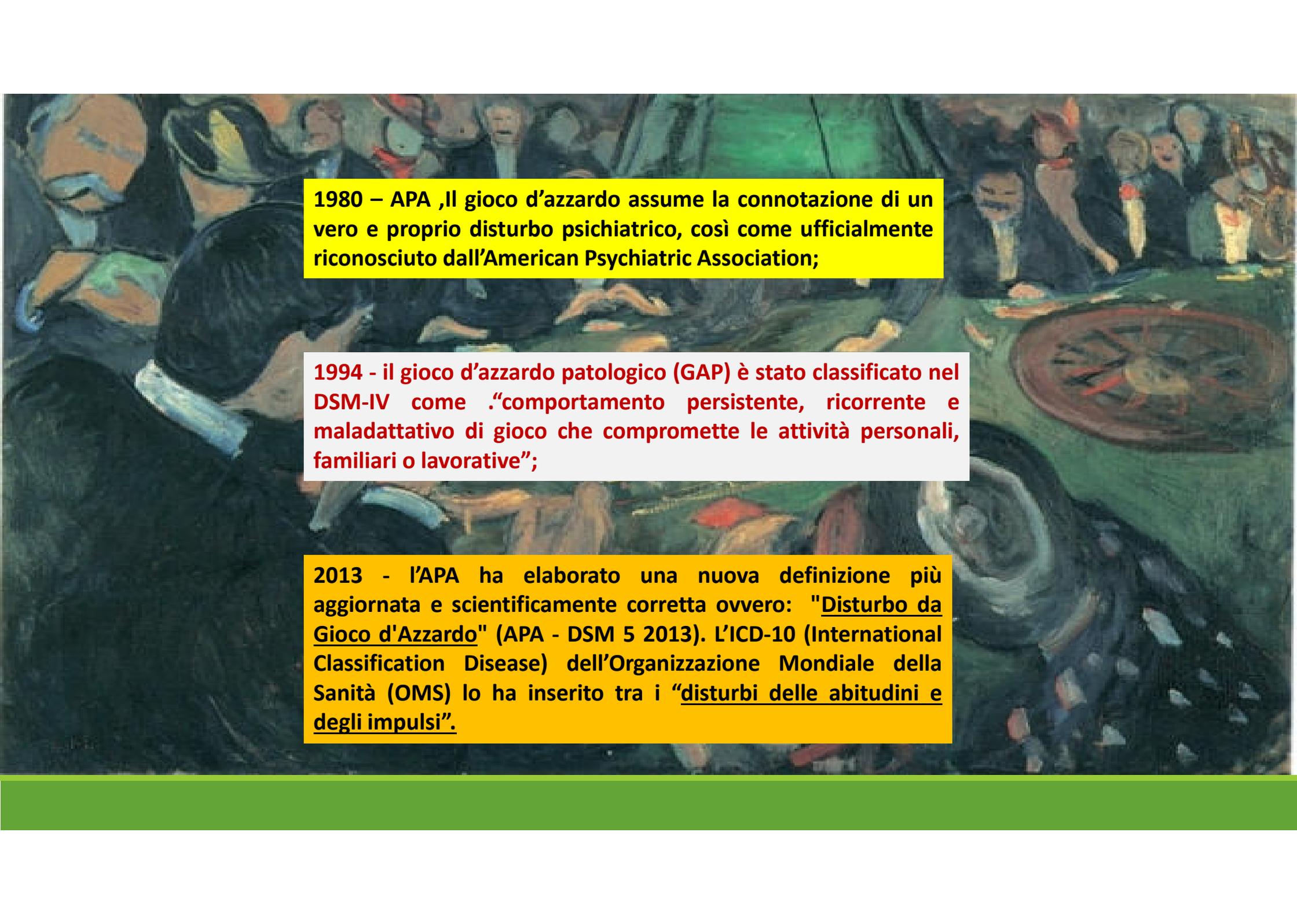




GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO (GAP) DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO (DGA)

Si tratta della conseguenza secondaria di un iniziale comportamento volontario di gioco d'azzardo che diventa persistente in un individuo che presenta particolari condizioni neuropsichiche di vulnerabilità allo sviluppo di dipendenza se sottoposto a stimoli di gioco.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce «Il gioco d'azzardo patologico» ora DGA come una “forma morbosa chiaramente identificata, che in assenza di misure idonee di informazione e prevenzione, può rappresentare, a causa della sua diffusione, un autentica malattia sociale.”

A painting depicting a busy casino scene. In the foreground, a large green table is covered with cards and a roulette wheel. Several people are seated around the table, some looking intently at the game. The background is filled with more people, some standing and some seated, creating a sense of a crowded and lively environment. The style is somewhat impressionistic with visible brushstrokes and a rich color palette.

1980 – APA ,Il gioco d’azzardo assume la connotazione di un vero e proprio disturbo psichiatrico, così come ufficialmente riconosciuto dall’American Psychiatric Association;

1994 - il gioco d’azzardo patologico (GAP) è stato classificato nel DSM-IV come .“comportamento persistente, ricorrente e maladattativo di gioco che compromette le attività personali, familiari o lavorative”;

2013 - l’APA ha elaborato una nuova definizione più aggiornata e scientificamente corretta ovvero: "Disturbo da Gioco d’Azzardo" (APA - DSM 5 2013). L’ICD-10 (International Classification Disease) dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo ha inserito tra i "disturbi delle abitudini e degli impulsi".

DGA -DIPENDENZA COMPORTAMENTALE

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

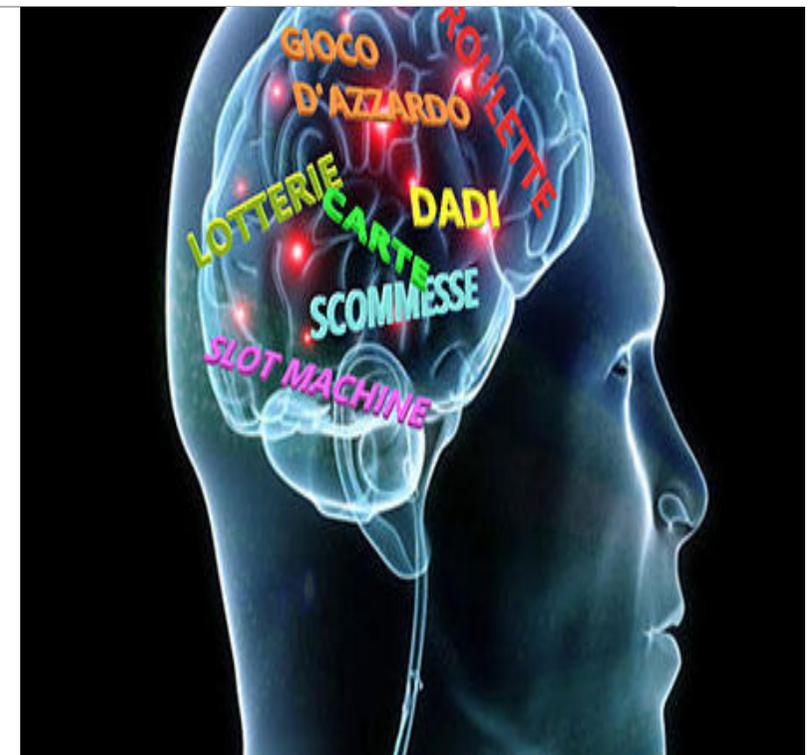
IL DGA unica patologia riconosciuta fra i «Disturbi non correlati a sostanze» all'interno del capitolo dipendenze del DSM5 ha ricevuto un'attenzione crescente da parte dei clinici e ricercatori di tutto il mondo.

La rapida e pervasiva diffusione dei giochi d'azzardo ha portato ad un'espandersi di prevalenza ed incidenza dei casi diagnosticati rispetto ai precedenti periodi

(Welte, J.W. Et al., 2016; Calado F. et al., 2016; Le, G. et al., 2016; Griffiths, M.D. 2016; Coriale G et al. 2015)

La ricollocazione del DGA nel novero delle dipendenze è la naturale conseguenza di studi e ricerche dalle quali emergono concrete somiglianze tra le dipendenze comportamentali e dipendenze da sostanze in merito a eziologia, manifestazioni cliniche, fattori genetici, meccanismi neurobiologici soggiacenti e comorbidità

(Grant, I.E. et al 2010; Potenza, M.N. 2014; Kwako, L.E., et al, 2016)



COMORBIDITA

Il DGA inoltre è spesso conseguente, determinato o associato a patologie psichiatriche e/o all'uso di sostanze e ad alti livelli di comorbilità con:

- **DISTURBI DELL'UMORE COME LA DEPRESSIONE MAGGIORE** (tra il 50 e il 75% dei casi, Becona et al, 1996), (76% dei casi, Grant e Potenza);
- **IL DISTURBO BIPOLARE** (72%, Grant e Potenza);
- **DISTURBO ANTISOCIALE DI PERSONALITÀ** (tra il 15 e il 40%, Grant e Potenza, 2010);
- **L'ALCOLISMO** (Lesieur et al., 1986);
- **L'USO DI ALTRE SOSTANZE** (Lesieur, Blume, 1986, 1993).

PREVALENZA

LA PREVALENZA tra la popolazione adulta del Disturbo da gioco d'azzardo, secondo il precedente DSM-IV varia dall'1 al 3% della popolazione, con una maggiore diffusione tra familiari e parenti di giocatori.

Il DGA al pari di ogni altra dipendenza, sembra essere la risultante di più fattori che si integrano tra di loro.

Oltre alla condizione di vulnerabilità genetica individuale vi sono alterazioni di tipo neurofunzionale dei sistemi neurobiologici che riguardano:

- gratificazione** dei sistemi neurobiologici della gratificazione (Potenza 2001 (sistema di reward dopaminergico con risposta anomala al gioco d'azzardo),
- controllo degli impulsi** (corteccia prefrontale con deficit dell'autocontrollo) (Goudriaan 2004),
- funzioni cognitive correlate** (presenza di credenze e distorsioni cognitive in relazione alle reali possibilità di vincita e al controllo della fortuna)

I Fattori del Gioco Patologico

Disponibilità Gioco,
regole del gruppo dei pari,
atteggiamenti e comportamenti
parentali

Risposta fisiologica individuale
Fattori temperamentali della
ricerca di sensazioni
ed impulsività

Fattori
Ambientali

Temperamento

Processi di
Apprendimento

Candizionamento Operante, Modellamento,
Mediatori Cognitivi negli stadi precoci o poco severi
Candizionamento Classico negli stadi avanzati

TRATTI DI PERSONALITA'

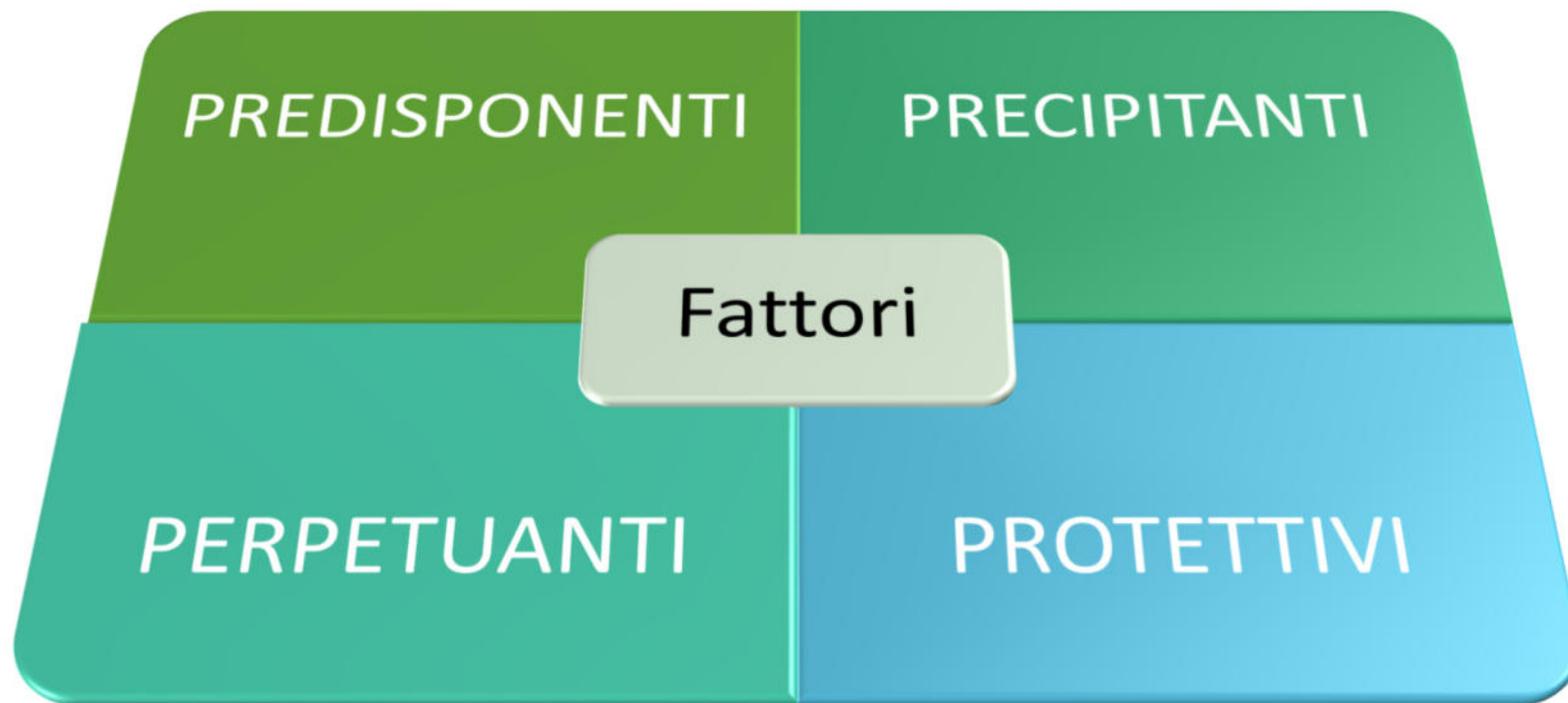
4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

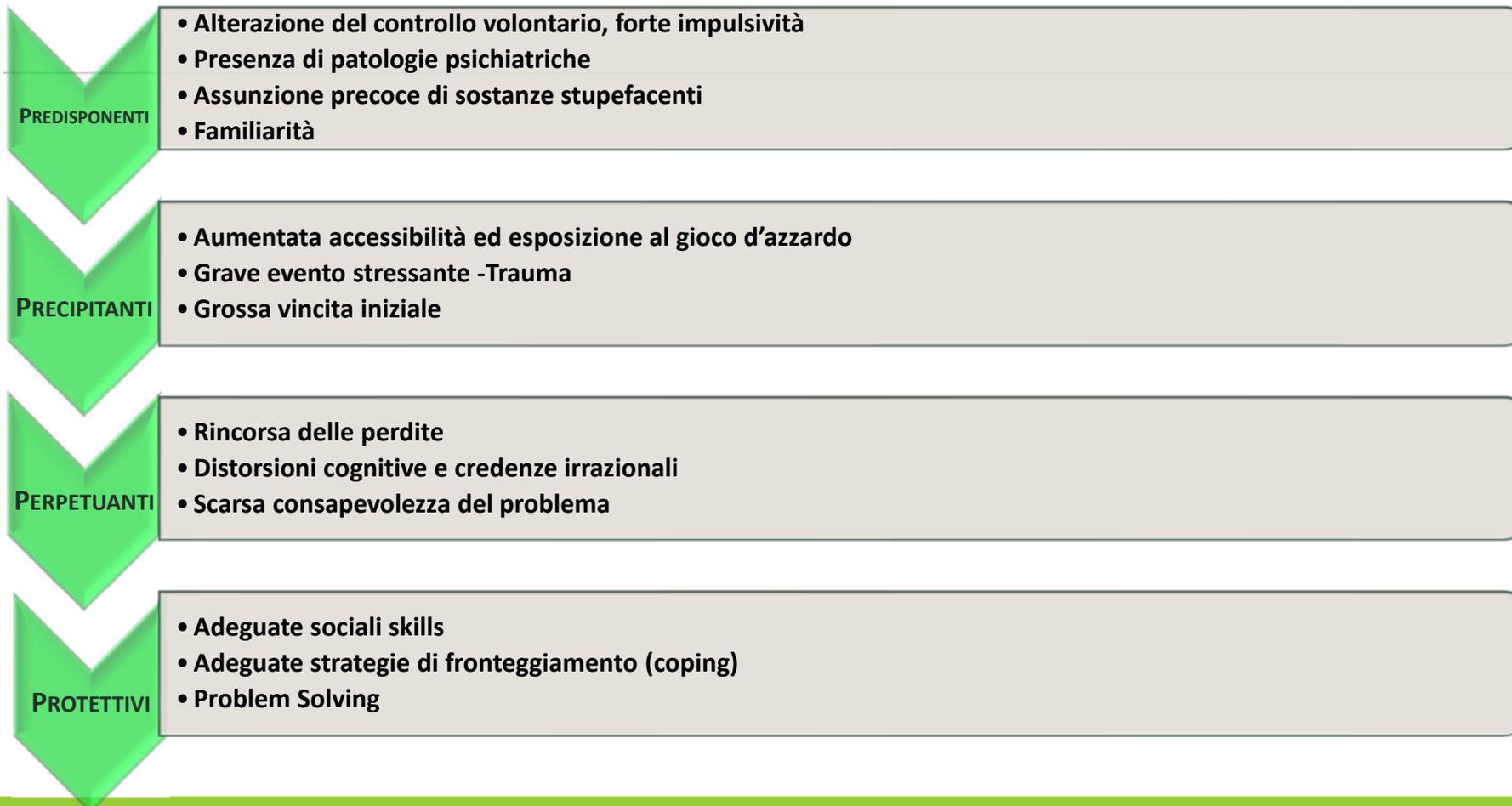
- IMPULSIVITA'
- RICERCA DI SENSAZIONI FORTI (sensation seeking)
- RICERCA DI NOVITA' (novelty seeking)
- PROPENSIONE AD ASSUMERE COMPORTAMENTI A RISCHIO (risk taking behavior)
- STILE DI COPING MALADATTIVO
- ALESSITIMIA

CLINICA DEL DGA





FATTORI COMPLESSIVI DGA



PRINCIPALI ALTERAZIONI DEI PROCESSI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI

Alterato processamento della ricompensa (o punizione)

- *Condizionamento comportamentale verso il GAP*

Aumento rilevanza (selettiva) soggettiva degli stimoli di GAP

- *Craving selettivo verso il GAP*

Maggiore impulsività

- *Minore capacità di autocontrollo*

Compromissione capacità di prendere decisioni

- *Mantenimento del GAP nonostante le perdite*

Minore stima del rischio e della possibilità di vincita

- *Strutturazione delle Convinzioni Irrazionali*

PRINCIPALI ERRORI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI NEI SOGGETTI CON GAP (LADOU CER, 1997)

1. Percezione illusoria di controllo sul caso;
2. percezione di poter influenzare l'esito di un evento casuale;
3. Interpretazioni di segnali e sensazioni corporee come <<vincita imminente>>;
4. autoconvincimento distorto di avere grandi abilità di gioco derivanti dall'esperienza
5. superstizione
6. percezione di poter controllare la fortuna
7. credere in segnali ambientali predittori della fortuna;
8. credere che la sequenza di perdite preceda la <<grande vincita>>
9. memoria selettiva (ricordare vincita, dimenticare perdite)
10. credenze errate sulla casualità (calcolo distorto della probabilità)

CHI E' IL GIOCATORE PATOLOGICO (LADOUCEUR 2004)

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

GIOCATORE SOCIALE:

- Colui che gioca per divertirsi
- Colui che accetta di perdere il denaro puntato
- Colui che non torna a giocare per rifarsi
- Colui che gioca secondo le sue possibilità

GIOCATORE PATOLOGICO

- Colui che gioca più denaro del previsto –più a lungo del previsto- più spesso del previsto
- **COLUI CHE HA PERSO IL CONTROLLO SUL COMPORTEMENTO DI GIOCO E SPERIMENTA PROBLEMI SOCIALI** (finanziari, giuridici, familiari, lavorativi,), **PSICHICI** (distimie, disturbi ansia, abuso di alcol e droghe) e **SOMATICI** (gastrite e ulcera gastrica, cardiopatie ischemiche, alterazioni immunitarie)



TIPOLOGIA DI GIOCATORI

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità del Ser.D nel GAP

*Diversi Autori hanno tentato di
sistematizzare le differenze tra
GIOCATORI sociali e Giocatori con DGA e
tra i diversi tipi di giocatori con il
Disturbo.*

ROBERT CUSTER (1985)

Ha descritto 6 tipi di giocatori d'azzardo, in base alle diverse funzioni che il gioco svolge nella vita del Giocatore

- GIOCATORI PROFESSIONISTI,
- ANTISOCIALI,
- SOCIALI CASUALI,
- SOCIALI SEVERI,
- NEVROTICI E
- COMPULSIVI



Georges de La Tour: Giocatori di dadi, cm. 92,5 x 130,5, Teesside Museum, Middlesbrough.

TIPOLOGIA DI GIOCATORI

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

GUERRESCHI (2000)

- GIOCATORI D'AZIONE CON SINDROME DA DIPENDENZA ,
- GIOCATORI PER FUGA CON SINDROME DA DIPENDENZA,
- GIOCATORI SOCIALI COSTANTI,
- GIOCATORI SOCIALI ADEGUATI,
- GIOCATORI ANTISOCIALI

GIOCATORI PATOLOGICI

PATHWAYS MODEL DI BLASZCZYNSKY E NOVER (2002)

**1)GIOCATORI PATOLOGICI- NON PATOLOGICI- CONDIZIONATI NEL
COMPORTAMENTO –BEHAVIORALLY CONDITIONED PROBLEM**

- NON PRESENTA PSICOPATOLOGIA E IMPULSIVITA’-
 - PRESENZA DI CREDENZE ERRONEE E DISTORSIONI COGNITIVE
 - IL COMPORTAMENTO PATOLOGICO PUO’ ESSERE INNESCATO DA
ESPOSIZIONE AL GIOCO
- DISPONIBILI A CHIEDERE AIUTO –ALTA COMPLIANCE AL
TRATTAMENTO**

**2)GIOCATORI EMOTIVAMENTE VULNERABILI – VULNERABLE
PROBLEM GAMBLER**

- PRESENTA LE STESSE VARIABILI DI TIPO AMBIENTALE E
COGNITIVO DEL PRIMO TIPO MA INSIEME AD ALTI LIVELLI DI
ANSIA E DEPRESSIONE
- DOVE IL GIOCO SERVE A MODULARE GLI STATI AFFETTIVI O
COMPENSARE UN DISAGIO PSICOLOGICO O ABUSO DI ALCOL
PIU’ RESISTENTE AL CAMBIAMENTO IL TRATTAMENTO DEVE
TENER CONTO DEI PROBLEMI CORRELATI AL DGA O
PREESISTENTI

3)GIOCATORI CON CORRELATI BIOLOGICI – ANTISOCIAL IMPULSIVIST PROBLEM GAMBLER

- DISTURBI PSICHICI VULNERABILITA’ BIOLOGICA, DISFUNZIONI NEUROCOGNITIVE,
IMPULSIVITA’, DEFICIT DELL’ATTENZIONE,TENDENZA ALL’ANTISOCIALITA’, TENDENZA ALLA
RICERCA DI SELLE SENSAZIONI
- SONO PRESENTI PROBLEMI COMPORTAMENTALI, SUICIDIO, USO DI SOSTANZE E ALCOL
- MOTIVAZIONE ALLA CURA, SCARSA COMPLIANCE,PROGNOSI POCO FAVOREVOLE IL
TRATTAMENTO DEVE ESSERE MULTIMODALE

CUSTER

FASE VINCENTE

FASE PERDENTE

FASE DELLA DISPERAZIONE

FASE CRITICA

FASE DELLA RICOSTRUZIONE

FASE DELLA CRESCITA

ROSENTHAL (1992) e SERPELLONI (2012)

Aggiungono nell'ultima FASE la possibilità di un esito negativo con la ripresa del Gioco D'azzardo compulsivo e dei problemi finanziari e legali



IX CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD
Virtual Edition

FederSerD

LA **CLINICA** DELLE **DIPENDENZE**
Priorità e sostenibilità per un sistema che cambia

DECORSO CLINICO DEL GIOCATORE CUSTER

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

**ESISTONO DIVERSI TIPI DI GIOCATORI CON
DIFFERENZE A LIVELLO
GENETICO, NEUROBIOLOGICO, TEMPERAMENTALE
COGNITIVO, FAMILIARE AMBIENTALE,
PSICOLOGICO CON DIFFERENTI LIVELLI DI
GRAVITA' E DI MANIFESTAZIONI PER CUI NON SI
PUO' IPOTIZZARE UN PROTOCOLLO UNICO PER
OGNI TIPO DI GIOCATORE**

TRATTAMENTO ED EVIDENCE BASED DEL DGA

Le descrizioni di Korn e Shaffer(2004) e Linee Guida (NHMRC, Australian Government-National Health and Medical Reserach 2011, NIDA 2012, Ministero della Salute 2017) confermerebbero che gli elementi in grado di garantire una maggiore ritenzione in trattamento del giocatore e una maggiore probabilità di completare il percorso terapeutico sono :

- Interventi a carattere multidisciplinare data la natura MULTIFATTORIALE del DGA
- Programmi più intensivi e integrati in base alle specifiche caratteristiche del paziente di personalità, alla gravità del disturbo, alle condizioni sociali, familiari, lavorative
- Coinvolgimento delle famiglie, le dinamiche familiari sono importanti nella fase di sviluppo e mantenimento ma anche nella fase di bilancio delle conseguenze del disturbo e nella fase di richiesta del trattamento
- Maggiore articolazione in termini di offerte terapeutiche per poter adattare il percorso di cura alle specificità e ai bisogni del paziente (non tutti i pazienti accettano la terapia di gruppo o sono pronti per un percorso terapeutico)
 - Professionalità qualificate e differenziate

- **Terapia farmacologica**
- **Psicoterapia individuale, di coppia e/o di gruppo**
- **Lavoro con i familiari**
- **Gruppi di auto-aiuto**
- **Trattamenti residenziali brevi**

PER IL TRATTAMENTO DEL DGA A FARE DA PADRONE SONO I TRATTAMENTI PSICOLOGICI ELETTIVI A LIVELLO DI LETTERATURA.

PSICOTERAPIA INDIVIDUALE

PSICOTERAPIA DI COPPIA

PSICOTERAPIA DI GRUPPO

SOSTEGNO PSICOLOGICO

APPROCCI TERAPEUTICI

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

- COGNITIVO COMPORTAMENTALE:** Integrazione tecniche cognitive con quelle comportamentali
- BEHAVIORISTA:** Tecniche di modificazione del comportamento.
- SISTEMICO-RELAZIONALE:** Enfasi sul contesto familiare. La famiglia come sistema coinvolta nel disturbo e nel processo di cambiamento;
- PSICODINAMICO:** Aumento della consapevolezza e modificazione degli schemi cognitivi attraverso l'insight;
- UMANISTICO:** Ripresa del processo di costruzione e fronteggiamento verso il Gioco D'azzardo come fuga o surrogato;

TERAPIA BEHAVIORISTA

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

Uno dei primi modelli per la cura del DGA è stato quello behaviorista

I behavioristi ritengono che il DGA sia un comportamento appreso, avviato e mantenuto mediante

Il rinforzo positivo costituito dall'eccitazione, dall'evento «vincita» o da entrambi, o dal rinforzo negativo costituito dal sollievo da uno stato negativo come ansia, depressione, noia.

Anderson e Brown 1984 attribuiscono il comportamento di gioco d'azzardo ad una ripetuta reiterazione dello stato piacevole di eccitazione;

Petry 2005 e Brevers al rinforzo positivo della vincita

Sharpe e Terrier 1993 sostengono che il comportamento di gioco è rinforzato da un rinforzo intermittente di vincite e da un piacevole stato di arousal





Psicoterapia cognitivo-comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale (TCC) integra il lavoro di ristrutturazione cognitiva con tecniche comportamentali finalizzate sia allo sviluppo delle abilità sociali e relazionali (*Social Skills Training, Assertive Training*) che allo sviluppo delle capacità decisionali e di fronteggiamento dei problemi (*Problem Solving*), nonché al controllo dello stimolo e alla prevenzione delle ricadute (Marlatt e Gordon, 1985).

La terapia cognitivo-comportamentale in base agli studi effettuati negli ultimi decenni, anche con neuroimaging, pur se ancora non sufficienti, si è rivelata significativamente efficace per le dipendenze ed in particolare per il Disturbo da Gioco d'Azzardo

(Okuda et al. 2010; Ladouceur et al. 2001; Petry et al. 2006 ; Sylvain, C., Ladouceur e Boisvert, 1997; Toneatto, 2002; Korn e Shaeffer 2004; Ladouceur, 1994; Mason, 2005; Petry et al., 2006; Sampl 2006; Sharpe, 2002; Toneatto e Ladouceur, 2003; 2004, Kennedy et al., 2007; Mundo, 2009; Cochrane Primary Health Care Field - PEARLS - Practical Evidence About Real Life Situations , 2013)

MODELLO COGNITIVO- COMPORTAMENTALE DI BECK (1979)

La terapia cognitivo-comportamentale si basa sull'assunto secondo cui molti disturbi psichici sono dovuti alla relazione tra **PENSIERI, EMOZIONI E COMPORTAMENTI**

MODELLO ABC : A (situazione, contesto), B per Belief (pensiero) C Consequence (emozione, conseguenza sul piano emotivo)



**INDIVIDUAZIONE DI PENSIERI
AUTOMATICI ERRONEI CHE PORTANO AL
GIOCO D'AZZARDO**

**LA SEQUENZA ABC PUO' ESSERE ARRICCHITA DA D
(DEBATING) PER COMBATTERE LE IDEE IRRAZIONALI E
DA E (EFFECTS) TROVARE STRATEGIE PIU EFFICACI**

MODELLO ABC

Gli individui, nella loro esperienza quotidiana, passano dallo stato "antecedence" direttamente a "consequence" senza la consapevolezza dei loro "beliefs" i quali scatenano una reazione psicofisiologica, emotiva o comportamentale problematica, spesso incomprensibile e inaspettata, che è dunque fonte di disturbo o apprensione per il soggetto tale da influire sul suo comportamento.

L'OBIETTIVO DEL TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE è dunque di ridurre il comportamento di evitamento, FACILITARE UN REFRAMING COGNITIVO (RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA) attraverso prese di coscienza, ed AIUTARE IL PAZIENTE A SVILUPPARE ABILITÀ DI COPING (capacità di fronteggiare certe situazioni).



**TECNICHE COGNITIVO-
COMPORAMENTALI:PRINCIPALI
STEP**

**Intervento
cognitivo-comportamentale**

ANALISI

**Analisi dei fattori scatenanti
e precedenti episodi**

**Analisi *abilità* sociali e
meccanismi e capacità di
*coping***

**Analisi delle credenze e
distorsioni cognitive**

AZIONI

**Strutturazione di strategie e
soluzioni personalizzate**

**Sviluppo e rinforzo delle social
skill e meccanismi di coping per
la prevenzione di recidive**

**Ristrutturazione
cognitiva su credenze e
convinzioni errate**

Gestione di:

Denaro

Tempo libero

**Conflittualità e
relazioni familiari**

**ELEMENTI DISTINTIVI
DELLA TERAPIA
COGNITIVO
COMPORAMENTALE**



- ❖ Elemento centrale della TCC è l'idea di erronea percezione del concetto di casualità (Ladouceur, Walker 1996; Gaboury, Ladouceur 1989)
- ❖ L'elevato livello di distorsioni cognitive può essere ridotto con il trattamento (Breen, 2001)
- ❖ Relazione distorsioni cognitive – impulsività: lo stile impulsivo facilita, nella presa di decisioni, la tendenza a ritenere buone decisioni erranee e irrazionali

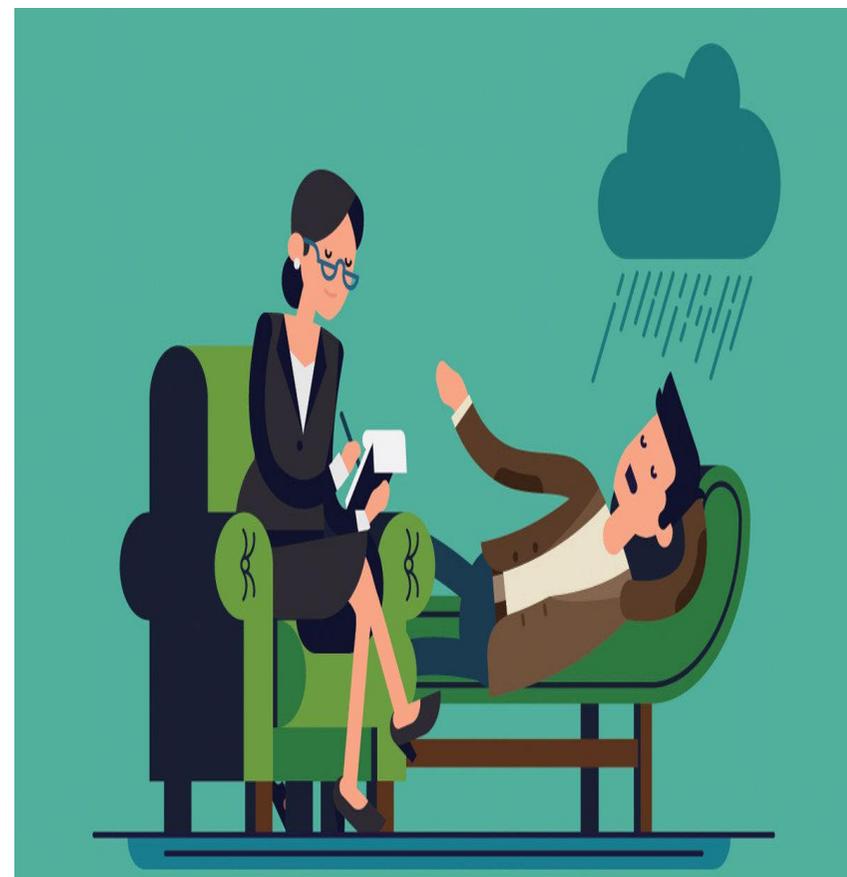
Protocollo di Nancy M. Petry (2005) Trattamento breve (otto sessioni)

1. Individuazione dei triggers
2. Analisi funzionale
3. Incremento attività gratificanti
4. Pianificazione dell'auto-gestione
5. Fronteggiamento degli impulsi
6. Training assertivo
7. Modificazione dei pensieri irrazionali
8. Prevenzione delle ricadute



Blaszczynski, Delfabbro (2012)

1. Messa in discussione delle convinzioni erronee sul caso
2. Individuazione di convinzioni razionali sul concetto di caso
3. Messa in pratica delle convinzioni razionali sul caso
4. Social Skill Training e Problem Solving
5. Individuazione di strategie di coping alternative per fronteggiare stati emotivi negative
6. Prevenzione delle ricadute
7. Desensibilizzazione e graduale esposizione agli stimoli



PROTOCOLLO Ladouceur, Boutin, Doucet, Lachance e Sylvain (2000)

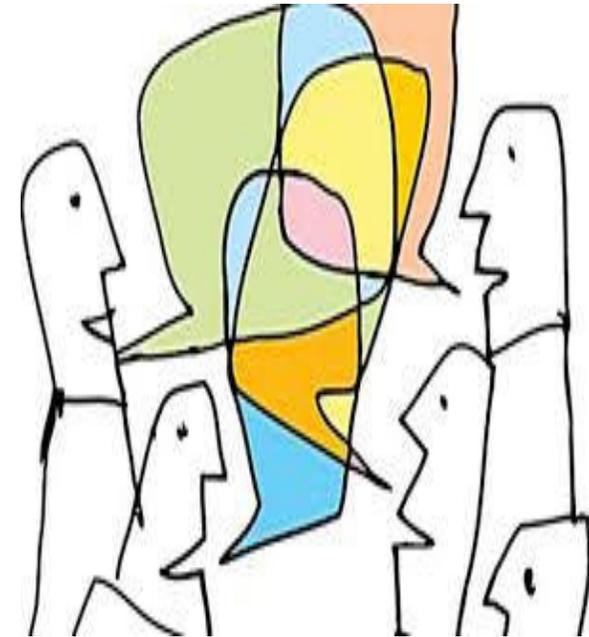
- a) Ristrutturazione cognitiva (correzione dei pensieri automatici e delle distorsioni cognitive legate al gioco)
- b) Problem Solving
- c) Social Skills Training (competenze sociali e sviluppo dello stile assertivo)
- d) Prevenzione delle ricadute



Per il DGA il gruppo rappresenta un luogo di cura privilegiato poichè consente di contenere ed elaborare le angosce del giocatore ma anche i suoi tentativi di manipolazione e di nascondimento della realtà

Nell'ambito della TCC esistono diversi tipi di gruppo:

- ❖ IL GRUPPO PSICOEDUCATIVO PER IL GIOCO D'AZZARDO ECCESSIVO (Ladouceur 1992)
- ❖ LA PSICOTERAPIA DI GRUPPO SECONDO L'APPROCCIO COGNITIVO (Ladoucer 2003);
- ❖ RECOVERY TRAINING AND SELF HELP (McAuliffe, 1990; Zackon et al.,1993) sempre ad impronta cognitvo-comportamentale, lavora sulla consapevolezza, la ristrutturazione dello stile di vita, individuazione degli ostacoli al cambiamento, individuazione di modalità alternative per la gestione dei problemi che hanno concorso alla dipendenza;
- ❖ ALTRI GRUPPI AD ORIENTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE si caratterizzano per l'attenzione data alla gratificazione prodotta sia dalla socializzazione che supporto reciproco. Tra questi i gruppi delle Comunità terapeutiche.



Lo scopo delle terapie cognitivo-comportamentali deve essere quello di identificare e tentare di cambiare le distorsioni cognitive del giocatore d'azzardo patologico agendo su due fronti: quello cognitivo e quello comportamentale.

S... : "Noi giocatori siamo bugiardi.. il fatto di dire bugie lo abbiamo nel sangueio sin da piccolo per ogni cosa dicevo bugie senza rendermene conto....."

EVIDENZE SCIENTIFICHE – EFFICACIA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTALE

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

Recenti studi confermano il Colloquio Motivazionale come strumento efficace per ridurre il comportamento di gioco d'azzardo (Rash et al 2016) anche agendo sui fattori ad esso correlati (Garcia-Caballero, Torrens- Lluch, Ramirez-Gendrau, 2018)

Altri studi (Echeburua e Fernandez- Montalvo 2005) hanno valutato l'efficacia dell'intervento con tecniche comportamentali integrate con sessioni di intervento cognitivo riscontrando una cessazione del comportamento di gioco a 12 mesi di Follow UP

Studi recenti hanno evidenziato che tecniche come la Mindfulness si sono rivelate efficaci in modo significativo nella riduzione del comportamento di gioco d'azzardo (Griffith, Shonin, Van Gordon 2016) soprattutto in associazione con la terapia cognitivo comportamentale o in seguito ad interventi di psicoeducazione al DGA (McIntosh CC, Crino R.D, O'Neill K, 2016)

Secondo PEARLS Pratical Evindence About Real Life Situations (2013) i dati di nove studi indicano benefici per la CBT applicata a pazienti con DGA subito dopo il trattamento. Pochi valutano l'efficacia a lungo termine (oltre 12 mesi dopo il trattamento.

In recenti review (Sam- Wook Choi et al.2017, Menchon, Mestre_Bach, Stewaed, Fernandez-Aranda , Jimenez- Murcia 2018) la TCC si conferma come l'approccio che maggiormente consente un intervento esteso su più fronti:
cognitivo,fisiologico,comportamentale

In una review dell'Havard Medical School Teaching Hospitl, la TCC compare tra gli approcci terapeutici di più alta efficacia (WILEY R.,Gray H., Debi La Plante D.,2018)

La TCC con il Colloquio Motivazionale sembra dare risultati da moderati ad alti (ABBOT 2017)

Alcuni autori rilevano la varietà di interventi riconducibili all'approccio cognitivo-comportamentale ed evidenziano la necessità di costruire un modello unico che utilizzi le tecniche che si sono rivelate più efficaci nel DGA come la strutturazione cognitiva, mindfulness o altre forme di TCC (Tolchard 2017)





IX CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD
Virtual Edition

FeDerSerD

LA CLINICA DELLE DIPENDENZE
Priorità e sostenibilità per un sistema che cambia

LE BASI RAZIONALI DELLA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

“E’ difficile ottenere un cambiamento comportamentale duraturo senza modificare gli schemi di pensiero erronei che sono alla base dei più importanti disturbi emozionali e quindi causa del comportamento disfunzionale”

(F.Rotgers, 2004; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)

F...: “ Noi giocatori siamo di ferro la calamita è il gioco anche se non vuoi giocare sei attratto.....ti ritrovi a giocare senza sapere perché ...e come!

L'approccio sistemico familiare dagli anni 70/80 (Staton e Todd 1982) è stato quello elettivo nella tossicodipendenza spostando l'attenzione dall'individuo al sistema familiare (Minuchin 1976)

Il DGA è un disturbo invalidante che coinvolge non solo chi gioca ma anche tutto il contesto sociale relazionale familiare e sociale

Il DGA può essere considerato come un disturbo della famiglia (family disease, Hineman), pertanto è necessario aiutare la famiglia del giocatore allo stesso modo di quest'ultimo.



IL LAVORO CON I FAMILIARI

Modello sistemico-relazionale: il DGA come sintomo di un disagio derivante dalla disfunzione del sistema familiare



Analisi dei rapporti familiari



Cambiamento di regole, ruoli e modalità comunicative



LA CO-DIPENDENZA

- **E' una dinamica per la quale una persona viene influenzata in modo eccessivo, patologico, dal comportamento di un'altra persona che cerca al contempo di controllare e/o correggere**
- **Partner di giocatori patologici tendono sia a ripetere copioni passati (scelta di partner con la stessa dipendenza di cui soffriva un precedente partner) sia a mettere al centro della propria vita "la salvezza" dell'altro**

(Monguzzi 2006)

- La collaborazione dei familiari è parte integrante della terapia
- Lavoro prioritario: psicoeducazione dei familiari
- Esplorare la funzione del gioco nel sistema familiare/rapporto coniugale
- Obiettivi: evitare colpevolizzazioni e mortificazioni, reazioni controproducenti nel pz
- E' importante che l'atteggiamento del familiare sia coerente e in sintonia con quello del terapeuta
- Al familiare possono essere prescritti comportamenti che possono aiutare il pz a diventare consapevole del problema e a chiedere aiuto
- Tutoraggio economico: utilissimo se concordato



APPROCCIO SISTEMICO-RELAZIONALE

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

Il trattamento del DGA deve considerare il contesto relazionale di riferimento del giocatore nei diversi casi:

La famiglia come fattore causale nella genesi della dipendenza da gioco;

La famiglia come contesto che soffre delle conseguenze derivate dal sintomo

La famiglia e il partner come risorsa per motivare il soggetto ad affrontare il problema. (Maurizio Coletti)

La remissione del sintomo nel giocatore determina un cambiamento nelle relazioni e nella comunicazione che non è duratura: può presentarsi una ricaduta con il rischio di una rottura del sistema o uno spostamento del sintomo.

Altro elemento importante nel DGA e che nel maggior parte dei casi è la famiglia che chiede aiuto è questo rappresenta una motivazione importante una spinta per il giocatore e un elemento sia di ritenzione in trattamento che di riuscita del percorso terapeutico.

APPROCCIO SISTEMICO-RELAZIONALE QUALI INTERVENTI POSSIBILI?



- TERAPIA FAMILIARE
- INTERVENTI DI GRUPPO PER FAMILIARI E GIOCATORI (con o senza il giocatore)
- LA PSICOEDUCAZIONE
- I GRUPPI DI AUTOAIUTO PER I GIOCATORI E FAMILIARI (GA E GAMANON)

GARRIDO 2011 evidenzia come il Giocatore e il suo familiare non hanno facilità nel rimanere a lungo in trattamento; devono portarsi a casa qualcosa di importante ogni singola volta.

La famiglia trova il suo equilibrio giocando, tutta la vita si gioca, i figli giocano con i genitori a livelli diversi.... Quando un sistema ha trovato il suo equilibrio e si irrigidisce entra in sofferenza..perchè non riesce ad ammortizzare i cambiamenti interni o esterni che si presentano.. l'equilibrio raggiunto non è giusto sbagliato di per sé, deve essere in grado di reggere piccoli e continui spostamenti....

IL TERAPEUTA deve entrare nel sistematoccare la sofferenza ...giocare in prima persona

Le evidenze scientifiche si riferiscono a tutti gli Autori che si sono occupati e si occupano di terapia familiare Minuchin, Andolfi, ecc.

LE STRUTTURE RIABILITATIVE

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

...e gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

Le Comunità Terapeutiche

- Il trattamento residenziale rivolto al giocatore patologico è analogo al consolidato trattamento per pazienti tossicodipendenti
- In genere il periodo di trattamento è breve, comunque non superiore ai tre mesi
- Vengono affrontate in un contesto protetto tutti gli aspetti collegati al gioco (psicoeducazione, distorsioni cognitive, gestione del craving, impulsività, ecc)



Le esperienze più note in Italia:

- ❖ Orthos (Siena): solo giocatori patologici
- ❖ Lucignolo (Rivoli) modulo specifico per giocatori
- ❖ Pluto (Reggio Emilia)
- ❖ Irs L'Aurora (Pesaro)
- ❖ Progetto «Drive» Comunità Gruppo Incontro (Pistoia)
- ❖ Centro Bad Bachgart (Alto Adige)



VALUTAZIONE DELLE CURE E VALUTAZIONE DI ESITO

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

...e gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

LA COMPLESSITÀ DELLE AZIONI TERAPEUTICHE RENDE DIFFICILE L'INDIVIDUAZIONE DI ELEMENTI SPECIFICI AI QUALI POTER DARE RISULTATI IN TERMINI DI EFFICACIA/EFFETTIVITÀ/EFFICIENZA

la valutazione alla globalità delle condizioni di benessere dei pazienti (*Muller,K.Et al.,2017*), considerando aspetti sistemici (famiglia socialità, lavoro) e temporali (stabilità a medio e lungo termine) significa che:

- LA CONDIZIONE DI REMISSIONE MISURABILE CON IL DSM 5 (*STINCHFIELD,R ET AL 2016*)
- LA GESTIONE DELL'IMPULSIVITÀ (*MUELLER,S.ET AL.,2016;EISINGER, A.ET AL,2016;GORI, A.ET AL.,2016*);
- LA REGOLAZIONE EMOTIVA (*MANIACI,G.ET AL.,2016; NAVAS,J.F.ET AL.,2017;POOLE J.C.ET AL,2017;NAVAS,JF.ET AL.,2017*)

LA VALUTAZIONE DI ESITO DEVE FARE RIFERIMENTO AD UN MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE CHE SIANO IN GRADO DI DARE MISURAZIONI AFFIDABILI CIRCA QUESTI TRE ASSI PRINCIPALI.



IX CONGRESSO NAZIONALE FEDERSERD
Virtual Edition

FederSerD

LA CLINICA DELLE DIPENDENZE
Priorità e sostenibilità per un sistema che cambia

VALUTAZIONE DELLE CURE E VALUTAZIONE DI ESITO

4 dicembre 2020 | ore 15.00-17.00

SIMPOSIO SATELLITE POST-CONGRESSUALE
Webinar ECM (FAD SINCRONA)

A che gioco giochiamo? La centralità dei Ser.D nel GAP

- ❖ la VGF asse V del DSM IV è da considerarsi uno strumento di grande validità in termini di benessere generale.
- ❖ Altri strumenti di misurazione della qualità della vita come la WHOQOL Scale (*Group, T.W.1998*), per misurare il grado di benessere di soggetti affetti da DGA (*Mythily, S. et al 2017; Sander, W & Peters, A., 2009; Manning, V. et al., 2012*)
- ❖ Anche la Problem Gambling Family Impact Scale (*Dowling, N. A. et al 2016*)
- ❖ In letteratura e nella pratica clinica la valutazione del benessere percepito viene effettuata con una varietà di strumenti: un gruppo di studio coordinato da Linton (*Linton, M.J. et al., 2016*) ha recensito 99 strumenti di autovalutazione del benessere.
- ❖ In merito alle valutazioni di follow up e esito di trattamento per il DGA emerge la necessità di sviluppare scale maggiormente comprensive e capaci di sviluppare tutti gli aspetti del cambiamento (*Pickering, D et al., 2017.*)

«E' FORSE POSSIBILE ACCOSTARSI AL TAVOLO DA GIOCO SENZA FARSI
IMMEDIATAMENTE CONTAGIARE DA SUPERSTIZIONE???»

*IL GIOCATORE
FEDOR MICHAJLOVIC DOSTOEVSKIJ*

Grazie per l'attenzione!!