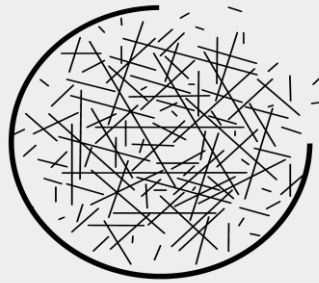




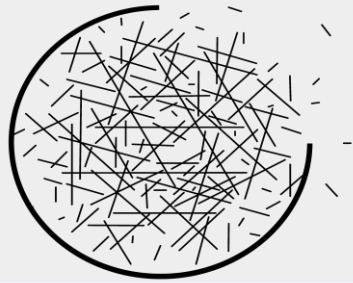
“Gap e trattamento comunitario: quando e come”

“Prevenzione, cura e trattamento del gioco d’azzardo patologico.
Un percorso clinico per gli operatori dei Servizi”
18 settembre 2018 - Udine



cosa si intende per TC?

- residenzialità tempi brevi (1-6 mesi)
 - o lunghi (dai 6 mesi fino a qualche anno)
- contenimento/stacco dal circuito malato
- relazionale sociale
- attenzione alla parte psichica /psicologica

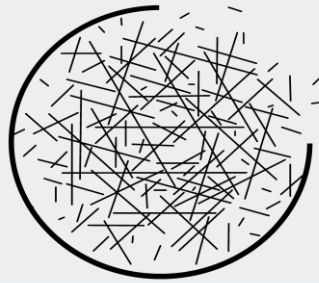


cosa si intende per TC?

Il primo modello

è quello perseguito da alcune grosse realtà comunitarie che hanno di fatto inserito nel loro classico percorso terapeutico anche il giocatore patologico, che non segue quindi un percorso ad hoc, ma viene preso in carico attraverso le proposte terapeutiche classiche della comunità stessa.

Tale soluzione pare adatta a situazioni di persone con reti socio familiari assenti o troppo disgregate, mancanza di supporti socio-economici e abitativi.

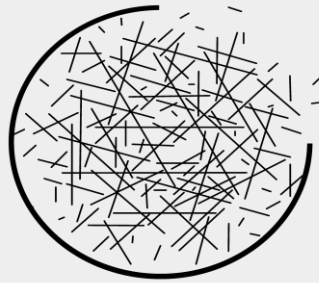


cosa si intende per TC?

Il secondo modello

è quello che via via sta prendendo piede ed è quello di alcune proposte comunitarie specifiche per il giocatore. Tali realtà offrono percorsi in comunità specifiche per giocatori con attività psicoterapeutiche individuali o di gruppo, educative e riabilitative finalizzate ad aumentare sempre più la compliance al trattamento.

Tali percorsi paiono adatti a pazienti per i quali la compulsione sia grave e non permetta un'astinenza dal gioco, oltrechè per coloro che fanno emergere una mancanza o una scarsa compliance al trattamento ambulatoriale.

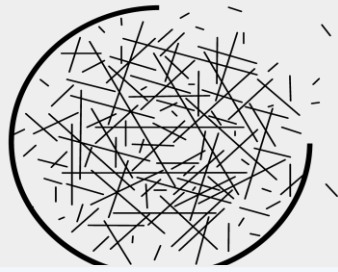


cosa si intende per TC?

Il terzo modello

è invece in parte atipico, in quanto propone percorsi brevissimi (10/15 gg) finalizzati ad una più approfondita osservazione diagnostica in situazione di contenimento full time del sintomo e di un parallelo intervento motivazionale di rinforzo all'intervento terapeutico già in atto.

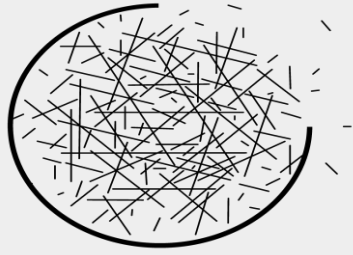
Tale proposta si rivolge soprattutto a quei pazienti resistenti ad intraprendere percorsi comunitari a medio o lungo termine, anche per difficoltà/esigenze personali, lavorative e familiari.



Quando E PERCHE'?

Prendere in considerazione alcune variabili:

- Tipologia di giocatore : Tipo clinico Cloninger – Blaszczyński /
Specificità gioco (circuito con altre sostanze)
- Fase di intervento



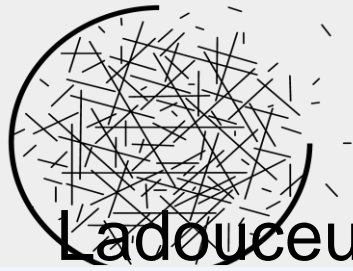
Le fasi dell'intervento

URGENZA: eventuali ricoveri, gestione astinenza.

BREVE TERMINE: orientato alla Messa in sicurezza, finalizzato a fornire strumenti per mettere distanza dall'oggetto di dipendenza (T.cognitivo-comportamentale/modello RP)

MEDIO TERMINE: intervento specialistico su fattori emotivi scatenanti inerenti memorie di vita (f. generativi) che giocano un ruolo chiave nel mantenimento della dipendenza e nel fenomeno dello "slittamento".

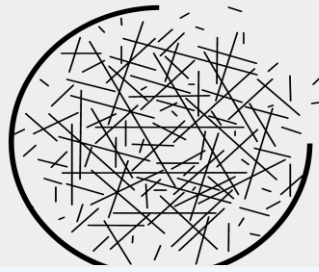
LUNGO TERMINE intervento di aftercare, protratto nel tempo finalizzato a mantenere i risultati raggiunti.



Intervento sui giocatori Petry-

Ladouceur-Blaszczynski

1. Ristrutturazione cognitiva (correzione dei pensieri disfunzionali, degli schemi cognitivi sottostanti e delle distorsioni cognitive legate al gioco "Pensiero Magico")
2. Acquisizione capacità di prendere decisioni meno automatiche - impulsive
3. Training abilità sociali
4. Individuazione e correzione delle credenze (opinioni, valori ma anche schemi che agiscono su emozioni)
5. Problem solving: sviluppo della capacità di fronteggiamento dei problemi
6. Individuazione triggers interni o esterni
7. Prevenzione della ricaduta



distorsioni cognitive

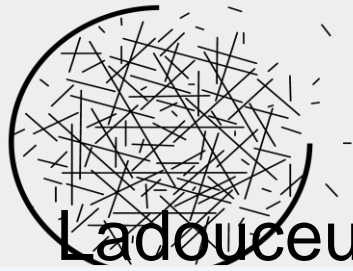
SUPERENALOTTO: 1 SU 622.614.630



Apophis: 1 su 40.000



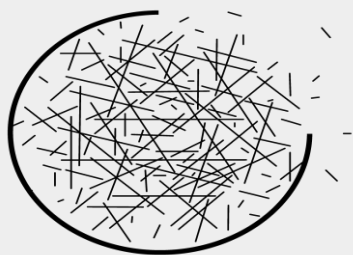
Bancomat a caso: 1 su 90.000



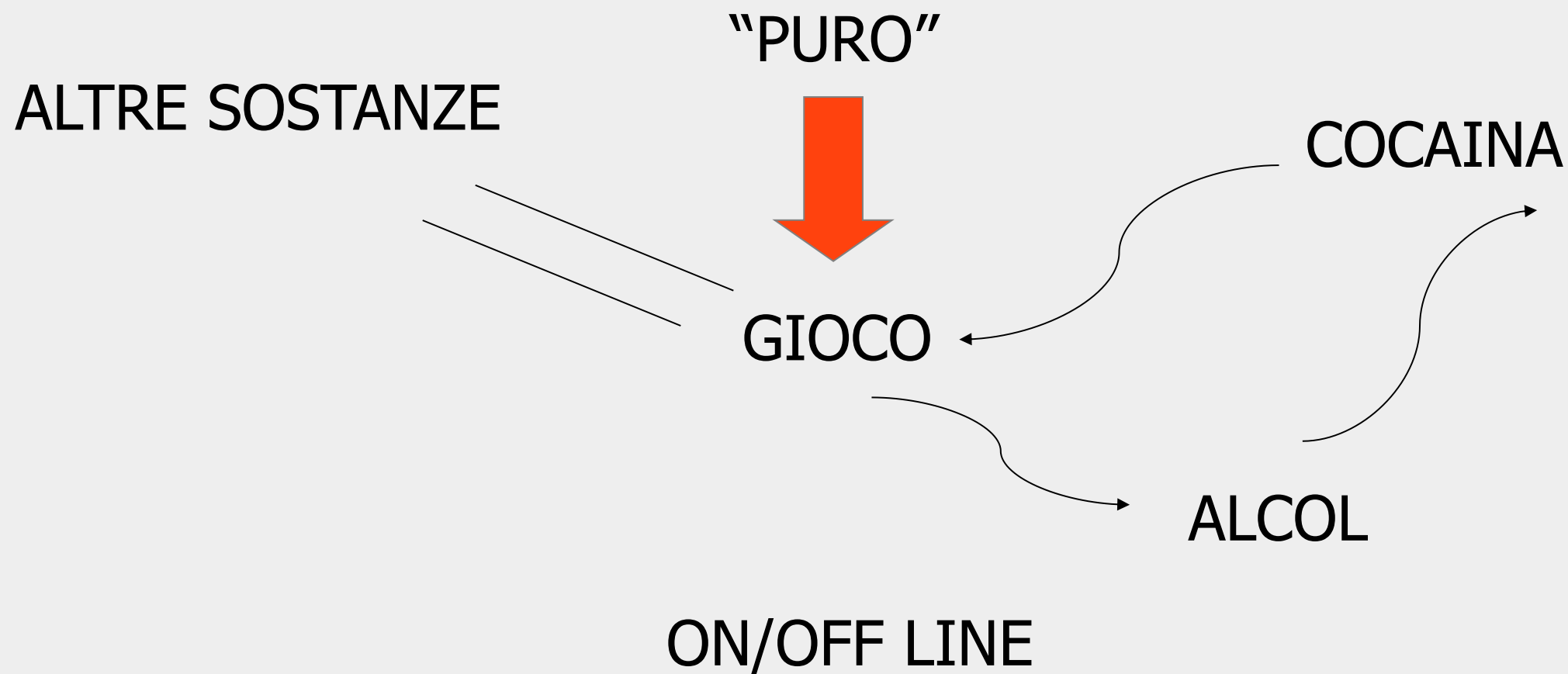
Intervento sui giocatori Petry-

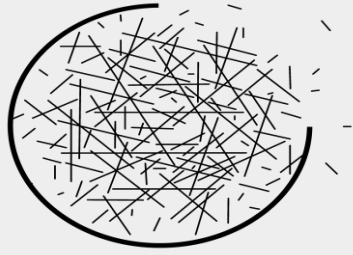
Ladouceur-Blaszczynski

- Valore del Denaro e Gestione Economica
- Valutazione debitoria e programmazione del rientro economico (anche con supporto legale)
- Coinvolgimento dei familiari



Circuito dipendenza





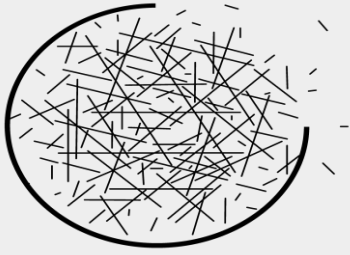
Dati comorbilità

È noto che il GAP è associato ad altri disturbi psichiatrici (Dowling, Merkouris e Lorains, 2016 , Grant, Levine, Kim e Potenza, 2005 , Lorains, Cowlshaw e Thomas, 2011 , Suomi, Dowling e Jackson, 2014). Disturbi dell'umore, inclusi disturbi bipolari e disturbi affettivi depressivi maggiori, disturbi della personalità e disturbi d'ansia sono più spesso comorbili con PG (Chou & Afifi, 2011 ; Kim, Grant, Eckert, Faris, & Hartman, 2006). Anche i disturbi da uso di sostanze sono concomitanti con PG (Lorains et al., 2011 ; Petry et al., 2005). Abuso di alcol e dipendenza (Chou & Afifi, 2011 ; Suomi et al., 2014), la dipendenza dal tabacco (Boothby, Kim, Romanow, Hodgins e McGrath, 2017) e l'abuso di droghe (Johansson, Grant, Kim, Odlaug e Göttestam, 2009) sono molto diffusi tra i giocatori d'azzardo patologici.

Una revisione della letteratura sulle indagini basate sulla popolazione ha rilevato che la massima prevalenza media per i campioni combinati di problema e GAP era per la **dipendenza da nicotina** (60,1%), seguita da un **disturbo da uso di sostanze** (57,5%), disturbo **da uso di alcol** (28,1%).

Per i disturbi mentali, la più alta prevalenza media era per qualsiasi tipo di **disturbo dell'umore** (37,9%), qualsiasi tipo di **disturbo d'ansia** (37,4%) e **depressione maggiore** (23,1%) (Lorains et al., 2011).

Studi precedenti hanno suggerito che i disturbi psichiatrici e la dipendenza da alcol e droghe precedono l'inizio del gioco d'azzardo disordinato (Kessler et al., 2008).

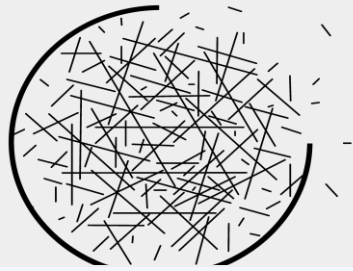


Dati comorbilita' Cibin M. Vanini S. (2013)

Su un totale di 292 pazienti campione:
67 (23%) sono giocatori problematici/patologici.

Su un totale di 67 pazienti problematici/patologici:
22 (33%) è concomitante dipendenza da Alcol;
21 (31%) è concomitante dipendenza da Cocaina;
14 (21%) è concomitante polidipendenza da Alcol e Cocaina
10 (15%) è concomitante Polidipendenza prevalente da altre
sostanze

Su un totale di 67 pazienti problematici solo 22 (33%) erano già stati individuati come tali presso i Servizi invianti, il restante 67% (n.45) è stato individuato solo al momento dell'inserimento in CT



Tipologie cliniche

Cloninger

Propone due tipologie

TIPO I

TIPO II

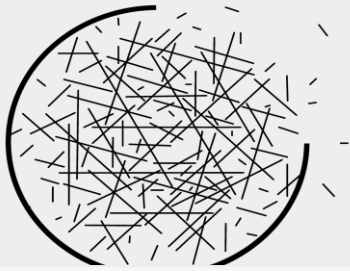
Blaszczynski

Tre tipologie di giocatori

1 - Condizionati

2 - Emotivamente vulnerabili

3 - Impulsivi antisociali



Tipologie cliniche

Tipo I di Cloninger

Inizio tardivo, reattivo a eventi di vita (traumi, lutti, situazioni "di passaggio" non elaborate)

Deficit Serotonina

Effetto ricercato: ansiolitico/ antidepressivo, rilassamento psicofisico

Craving: desiderio di ridurre la tensione

Comportamento prevalente : evitamento

Capacità di gratificazione: Buona

Capacità di contatto con gli altri: Buona

Storia di vita: Dipendenza è un "incidente"

Blaszczynski :

G. Emotivamente vulnerabili

Condizionamento e schemi cognitivi distorti

Possibile presenza di psicopatologia primaria rilevante e di esperienze traumatiche anche infantili

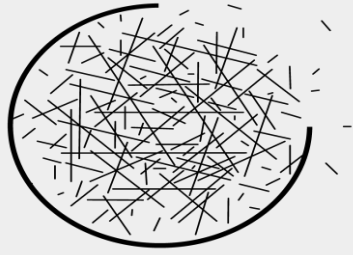
Bassa autostima, precarie abilità cognitive

Gioco come modulatore emotivo

Gravità significativa

Necessità di trattamenti consistenti sia per il gioco che per la psicopatologia di base

Impossibile ritorno al gioco controllato: astinenza totale come obiettivo



Tipologie cliniche

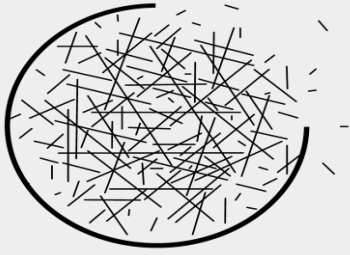
Traumi, Lutti, Eventi di vita

+

Accesso al gioco come modulatore emotivo

=

MODELLO POSTRAUMATICO

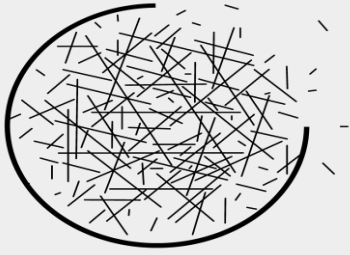


Modello post-traumatico

Manuela 55 anni sposata 2 figlie. Vedova da 6 anni. Gioca da 4. Dai 22 anni fuma un pacchetto di sigarette, no sostanze ne alcol. Solo negli ultimi 2 anni quando va nel bar-tabaccheria vicino a casa e gioca, tra una slot e un pacchetto di gratta e vinci trova il piacere di alcuni bicchieri che velocemente la alterano.

Le figlie vedendo scomparire inspiegabilmente la reversibilità del padre si sono attivate.

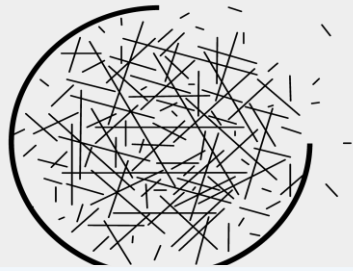
Suo padre è morto quando lei aveva 7 anni, di infarto. Lei era in casa quando è successo. Sua madre non si è più risposata...



Modello post-traumatico

Intervento residenziale breve:

- Lavoro su distorsioni cognitive
- Prevenzione della ricaduta e Approccio Motivazionale (Craving/fattori e situazioni a rischio-modello *relapse prevention* Marlatt)
- Tecniche post-traumatiche
- Pianificazione e Programmazione aftercare con coinvolgimento dei familiari ed invio a programmi di autoaiuto



Tipologie cliniche

Tipo II di Cloninger

Inizio precoce associato a componente genetica

Utilizzo di altre sostanze.

Associazione con Disturbi di Personalità.

Comportamento prevalente: ricerca sensazioni intense

Effetto ricercato: gratificazione, "sballo"

Craving: desiderio di ricompensa

Capacità di gratificazione: Scarsa

Capacità di contatto con gli altri: Scarsa e problematica

Vita improntata dal rapporto con le sostanze

Blaszczynski : G. Impulsivi/antisociali

Condizionamento e schemi cognitivi distorti

Predisposizione biologica all'impulsività anche al di fuori del contesto di gioco

Bassi livelli di funzionamento generale e/o comportamenti antisociali

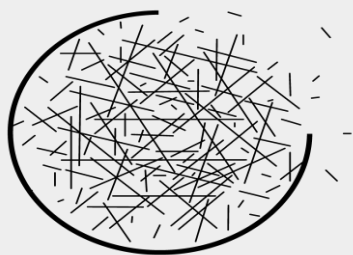
Spesso ADHD infantile (stress, trauma, mancanza di attenzione dai caregivers)

Gravità elevata, prognosi severa

Bassa motivazione e compliance

Risposta scarsa anche a trattamenti a lungo termine

Difficoltà a mantenere l'astinenza



Tipologie cliniche

Ambiente invalidante e traumi ripetuti in età infantile,

Storie di attaccamento problematico

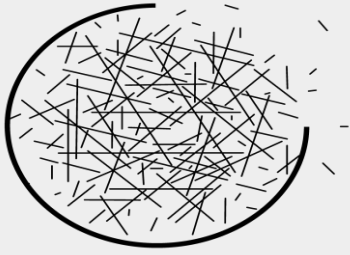
+

Predisposizione genetica e

Accesso al gioco sostegno dissociativo

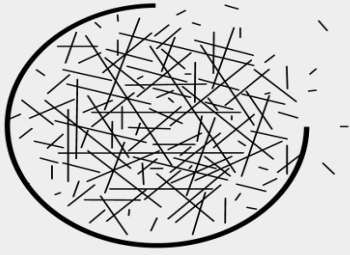
=

MODELLO COSTITUZIONALE



Modello costituzionale

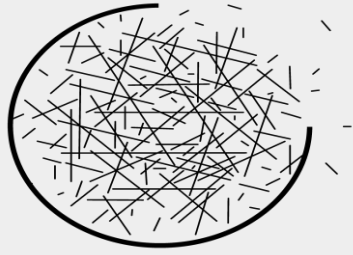
Manuel 47 anni, 3 figli. Uno da una prima relazione con una ragazza con la quale ha iniziato ad usare cannabinoidi e alcol, due da sua moglie, infermiera stimata, attualmente in via di separazione, molti sono stati gli episodi di aggressività in famiglia e i tradimenti messi in atto. In passato ha provato un po' tutte le sostanze in maniera alternata per periodi brevi. Ha sempre usato alcol in maniera problematica. Ha un rapporto col gioco da lunga data, fin da quando (8-9 anni) il papà (alcolista) lo portava con sé nei bar. M predilige i club, e non disdegna le scommesse sportive on-line...



Modello costituzionale

Intervento residenziale lungo:

- Lavoro su distorsioni cognitive
- Prevenzione della ricaduta (Craving/fattori e situazioni a rischio-modello *relapse prevention* Marlatt)
- Interventi educativi e supporto sociale
- Psicoterapie mirata al controllo emotivo e comportamentale, gestione dell'impulsività (*mindfulness, tecniche corporee*)
- anche con utilizzo di tecniche post-traumatiche
- Pianificazione e Programmazione aftercare con coinvolgimento dei familiari ed invio a programmi di autoaiuto



RESIDENZIALITA' e gap

CONTENIMENTO

RECUPERO ABILITA' SOCIALI

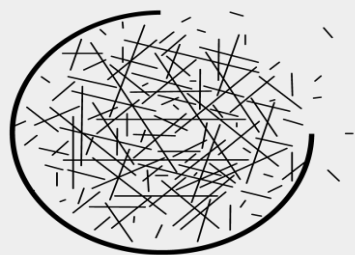
LAVORO MOTIVAZIONALE

PREVENZIONE DELLA RICADUTA

TECNICHE PER GESTIONE IMPULSIVITA'

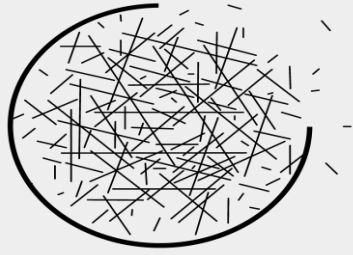
INTERVENTO SU DISTORSIONI E DENARO

E...



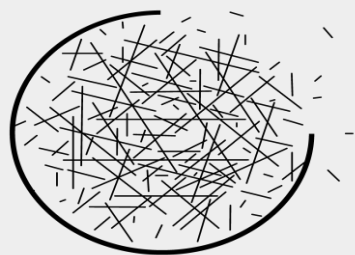
RESIDENZIALITA' e gap

...TRATTAMENTO DELLA
COMPONENTE TRAUMATICA



RESIDENZIALITA' e gap

28 GIORNI.....



Trauma e gap

Addictive Behaviors 75 (2017) 95–102

Contents lists available at ScienceDirect

Addictive Behaviors

journal homepage: www.elsevier.com/locate/addictbeh



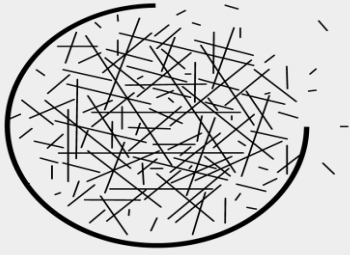
ELSEVIER



Gambling and negative life events in a nationally representative sample of UK men



Amanda Roberts^{a,*}, Stephen Sharman^a, Jeremy Coid^b, Raegan Murphy^c,
Henrietta Bowden-Jones^d, Sean Cowlshaw^e, Jason Landon^f

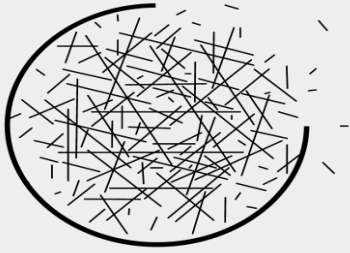


Regno unito 3025 persone 16-64 anni

Tenute sotto controllo variabili come l'uso di alcol e sostanze
I risultati supportano ricerche precedenti che evidenziano uno
stretto collegamento tra GAP e traumi infantili/eventi di vita
particolarmente stressanti

Gli autori concludono come:
risulti opportuno

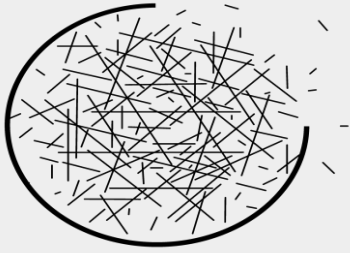
Strutturare programmi per Gioco Patologico che prendano in
considerazione la componente disturbante
di memorie traumatiche



Trauma e addiction : ipotesi o certezza?

MODELLO DEL SELF MEDICATION (Khantzian, 1997): i comportamenti di dipendenza possono rappresentare delle strategie disfunzionali di coping, finalizzati a gestire la richiesta interna ed esterna derivante da situazioni traumatiche, stressanti o minacciose (Lazarus & Folkman, 1984) in un'ottica di autocura.

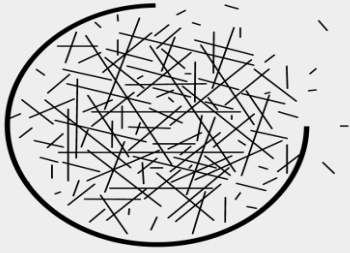
LA DISREGOLAZIONE EMOTIVA (Weiss et al., 2013): mancanza di consapevolezza, mancanza di comprensione e difficoltà nell'accettazione delle emozioni. L'autore mette in evidenza come la disregolazione emotiva presente nelle vittime di trauma infantile possa portare a comportamenti impulsivi, che possono manifestarsi in risposta allo stress emozionale e sfociare nell'uso di droghe, alcol o gioco d'azzardo



Trauma e addiction : ipotesi o certezza?

MODELLO NEUROFISIOLOGICO :(Enman et al., 2013): pone l'accento sui tratti psicopatologici e sui meccanismi neurofisiologici comuni al Disturbo Post Traumatico da Stress e al Disturbo da Uso di Sostanze (DUS). L'autore afferma come gli elevati tassi di comorbidità tra PTSD e DUS (e GAP) possano essere spiegati dalla presenza, in entrambi i disturbi, di elevati livelli d'impulsività, di disfunzioni nei circuiti cerebrali della gratificazione e di alti livelli di arousal.

Chiamulera e Cibin nel 2013, centrandosi sul ruolo della memoria, evidenziano come modalità patologiche di memorizzazione e richiamo mnemonico siano alla base sia del PTSD sia del DUS



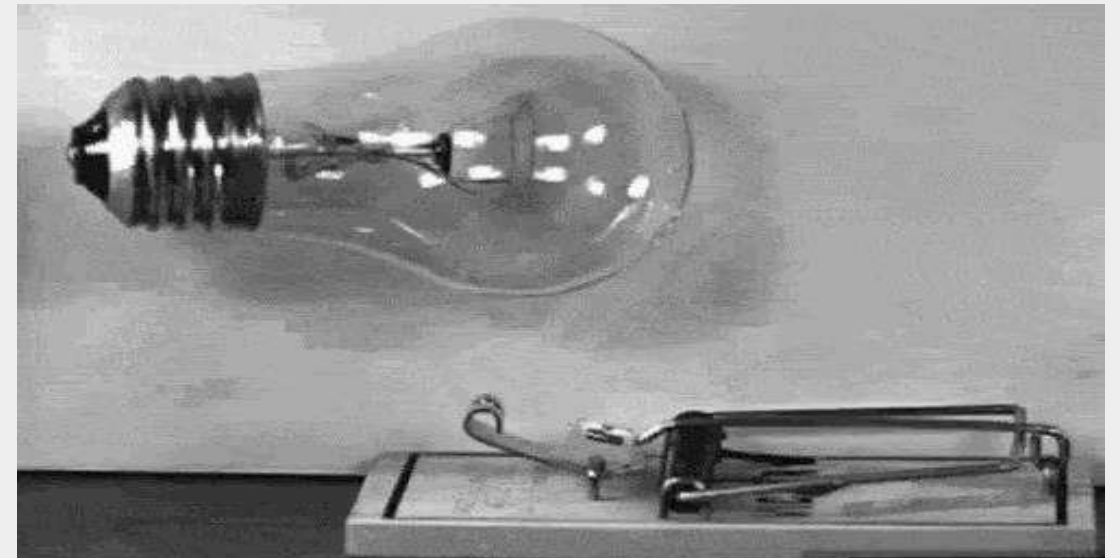
Trauma e addiction : ipotesi o certezza?

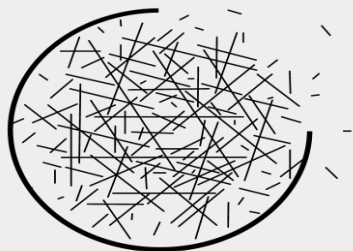
Nel percorso di recupero, quando ha senso intervenire sulle memorie traumatiche?

Il sistema e'è fragile

Pericolo ritraumatizzaziONI
=> aggravamento sintomi

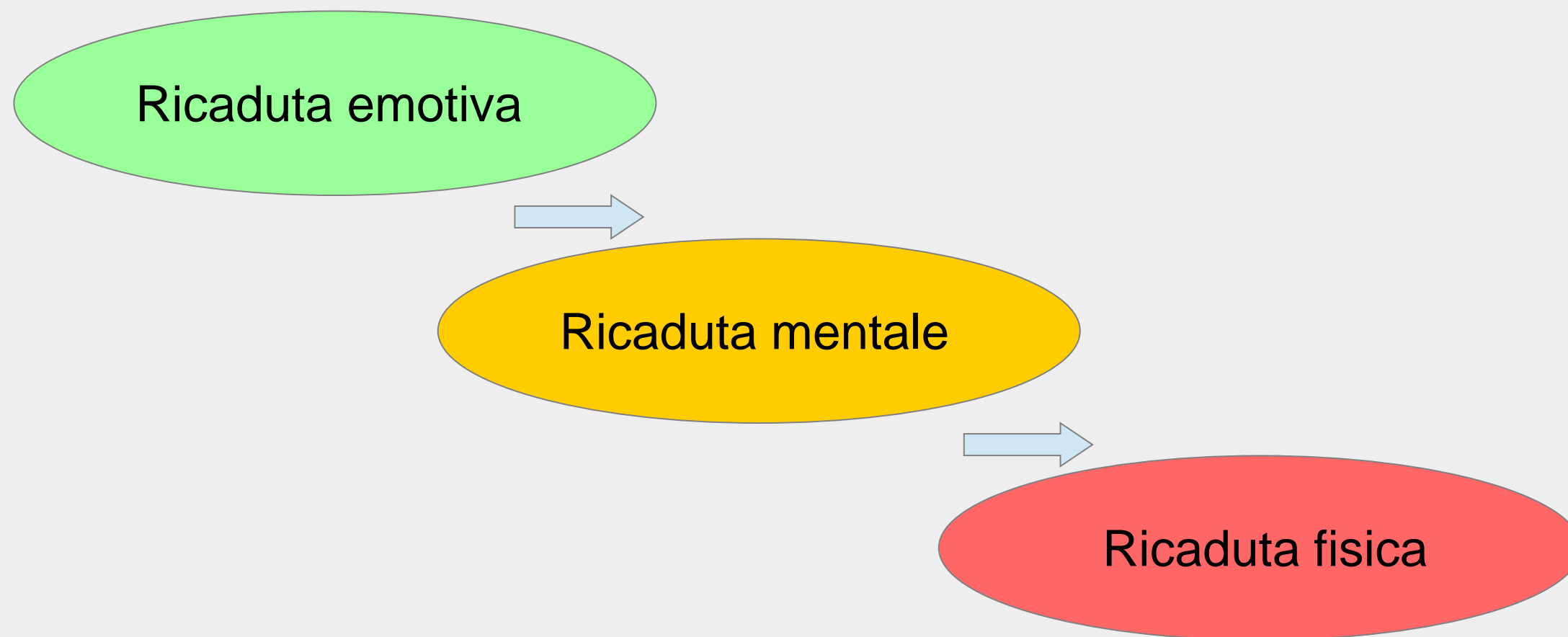
Poterlo fare in condizioni di residenzialita' offre un'importante valore aggiunto

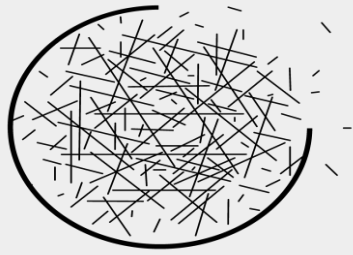




Le fasi della ricaduta

Melemis, 2010



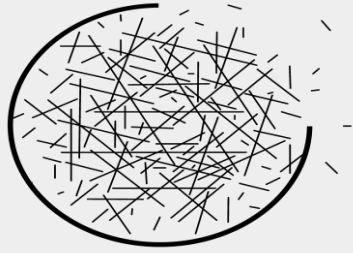


Le fasi della ricaduta

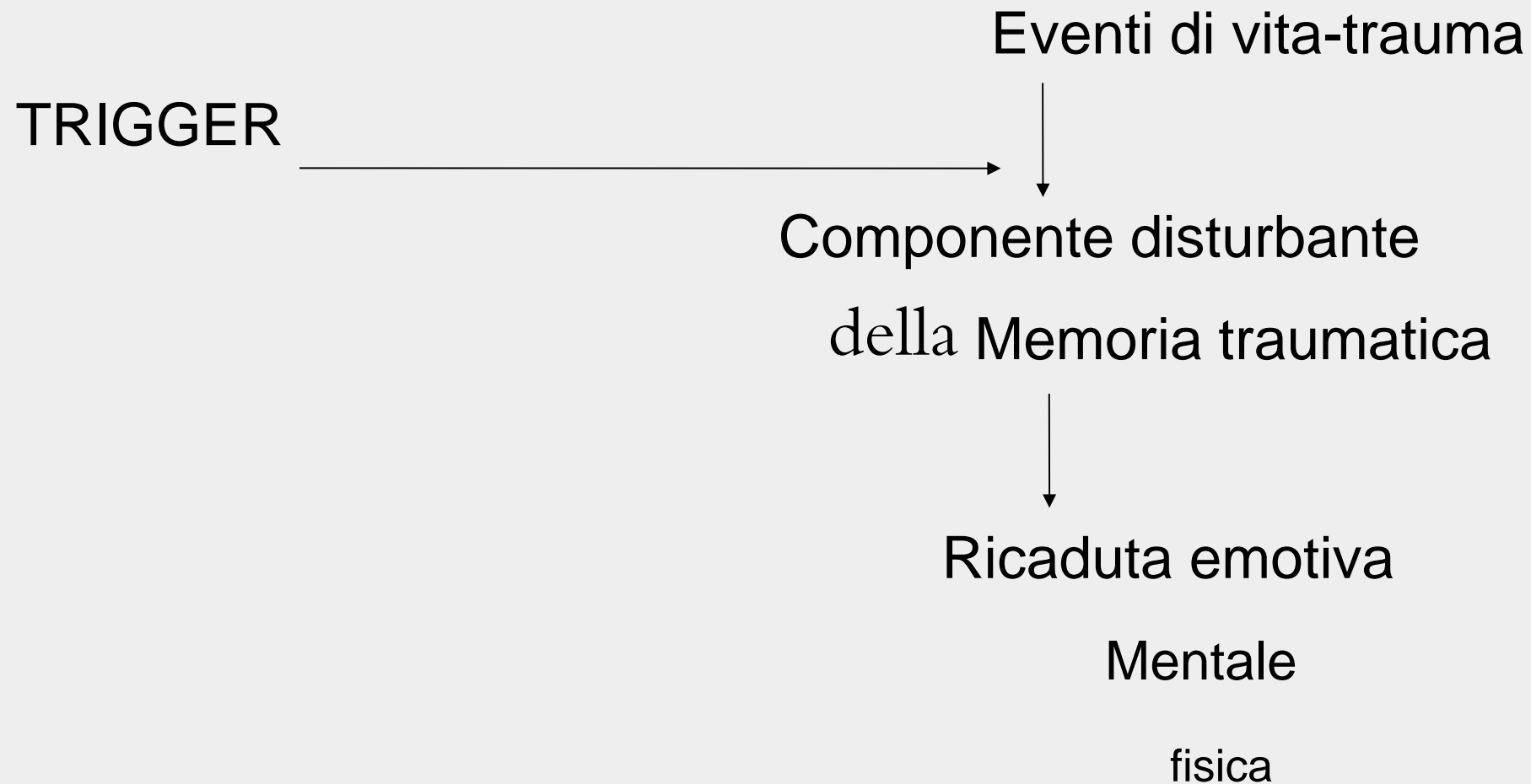
La ricaduta emotiva come stadio iniziale del processo che porta all'uso.

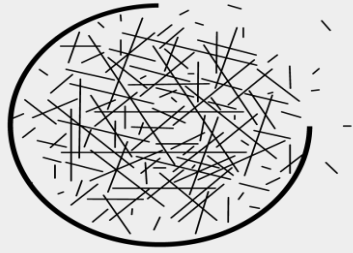
La ricaduta emotiva può avvenire come **riattivazione** della componente disturbante di memorie traumatiche.





Fasi della ricaduta





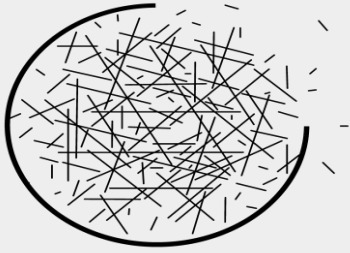
Perche' e quando?

Quindi...

Intervenire sulle **memorie traumatiche** permette di prevenire le ricadute emotive, dunque l' innesco e la precipitazione del circuito completo....

L'intervento ha senso....

Solo dopo aver messo in sicurezza il paziente, una buona **distanza dalla sostanza** e condizione di sobrietà.... in una fase a medio termine del percorso di recupero.



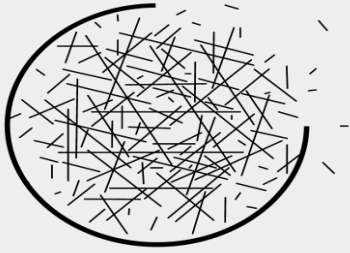
Quindi...

Gioco d'azzardo patologico, PTSD e trauma sono correlati ed interagiscono

Intervenire sulla memoria traumatica è cruciale per il trattamento del GAP

Agendo positivamente su regolazione emotiva, impulsività e sintomi da PTSD

(fattori cruciali per l'innesco della ricaduta)

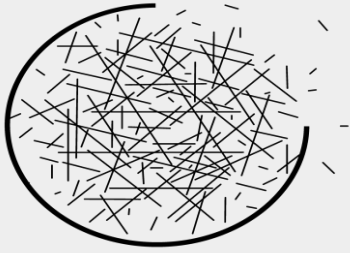


Quindi...

La residenzialità è una condizione privilegiata per questo tipo di trattamento.

(Permette di intervenire al netto di trigger legati alla specifica dipendenza ed al trauma stesso)

L'intervento sulle MT permette di OTTIMIZZARE le importantissime opportunità offerte dalla residenzialità



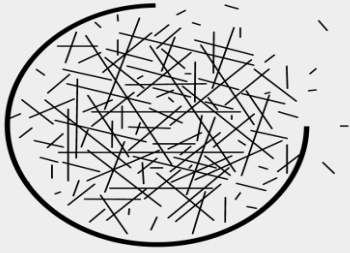
Quindi...

M. Posttraumatico:

intervento residenziale breve + distorsioni cognitive+ RP +
Intervento specialistico sulle MT

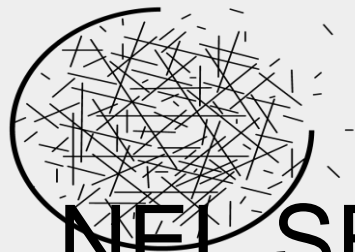
M. costituzionale:

Intervento residenziale lungo + impulsività + RP +
Intervento specialistico sulle MT



Quindi...

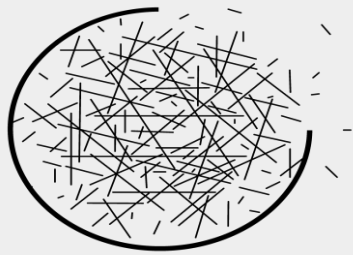
Come intervenire su Memorie traumatiche
E come integrare queste tecniche nel trattamento residenziale
?



Il trauma ed interventi specialistici NEL SETTING RESIDENZIALE

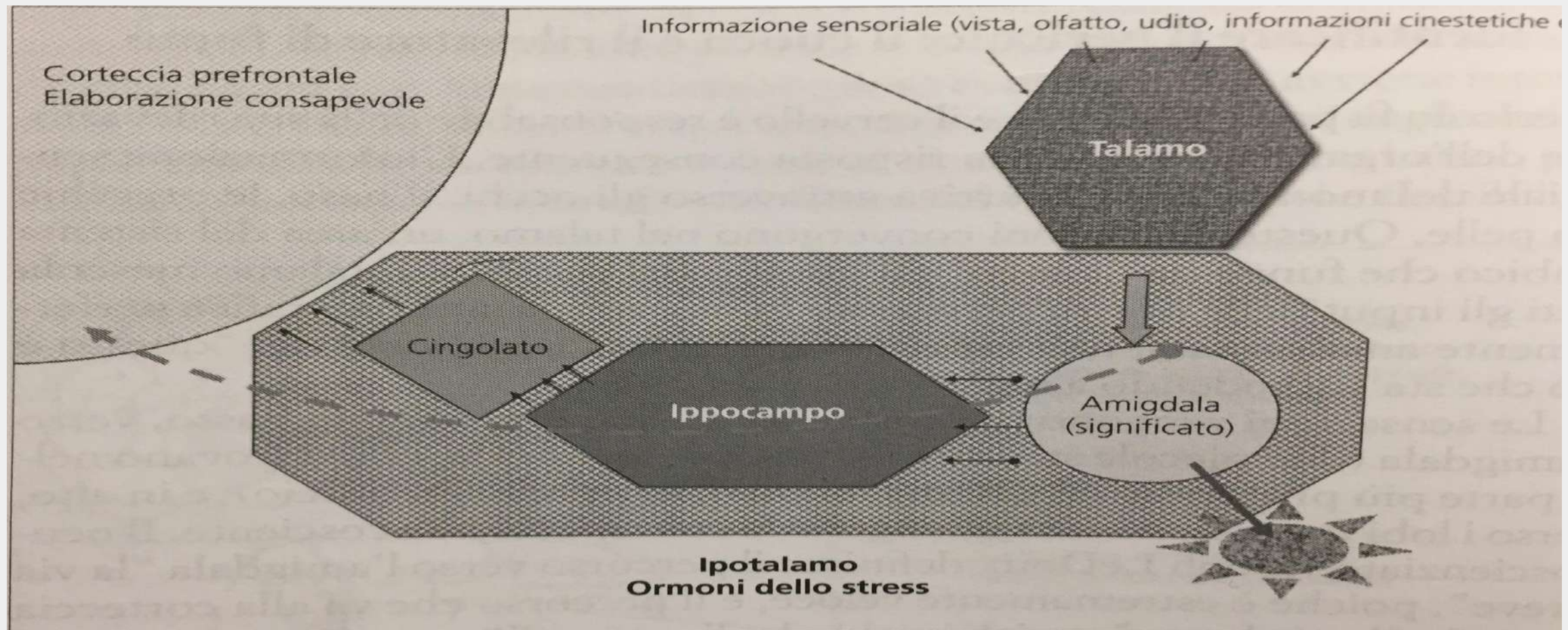
Proviamo a capire meglio il trauma.....





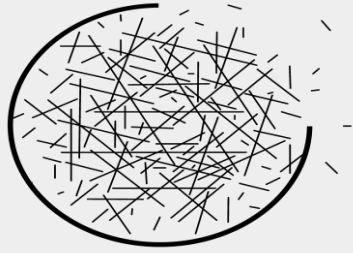
Trauma e cervello

Il motore della reazione traumatica è situato nel cervello emotivo – sistema limbico



B. Van der Kolk, 2014

GIAMPIETRO SPOLAOR

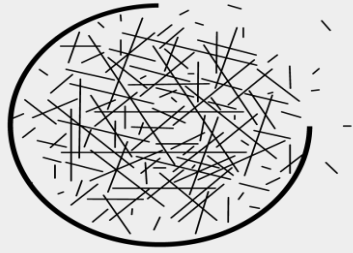


Trauma e cervello

via lunga: L'informazione arriva al cervello razionale che ne dà un'interpretazione cosciente e molto più raffinata.

via breve: l'informazione minacciosa attiva immediatamente risposte corporee inibendo il filtraggio delle aree superiori. Nel PTSD la sua attivazione è costante.

La via breve è il linguaggio del trauma



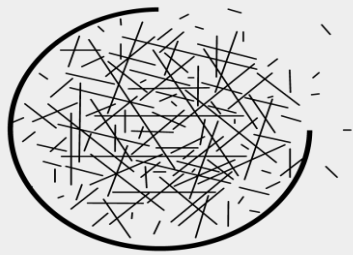
Trauma e cervello

Rauch, 1996

Esame con P.E.T. di pazienti traumatizzati e invitati a recuperare memorie del trauma

Attivazione: emisfero destro, amigdala, insula e lobo temporale mediale. (**richiamo tracce di memoria/Emotività**)

Disattivazione: emisfero sinistro, in particolare il centro di Broca (aree dedicate alla registrazione degli eventi, **memoria episodica** e linguaggio)



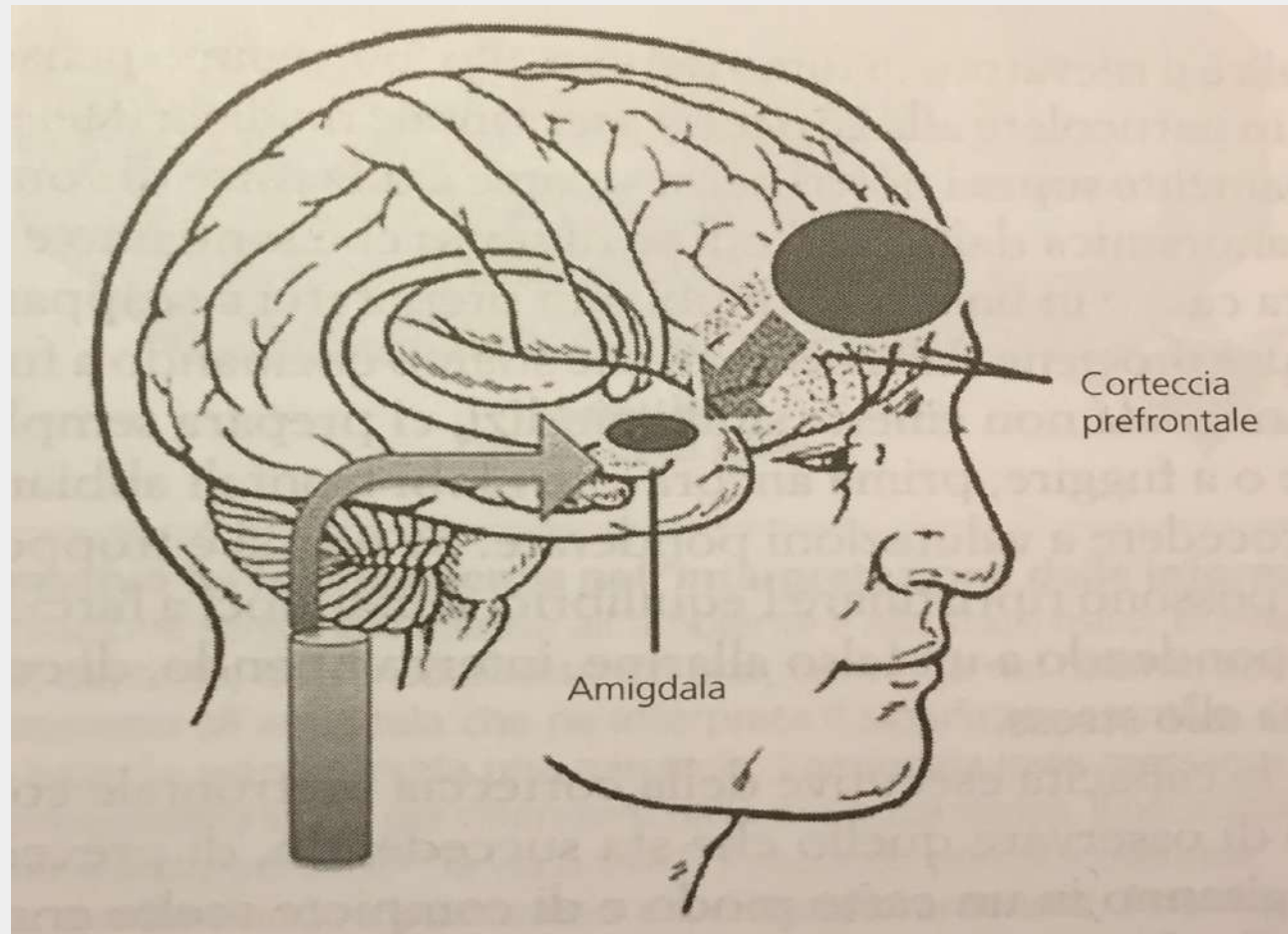
Due tipologie di intervento nel setting terapeutico

si avvale di
stimoli
Sensoriali e
Corporei

Rilevatore di
fumo

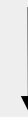
↑

Bottom up



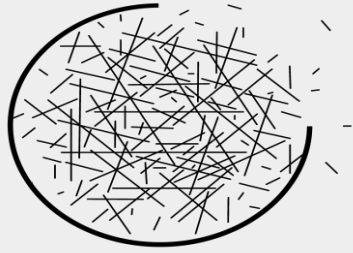
B. Van der Kolk, 2014

Top down



Prende le mosse
Da
sollecitazioni
Verbali/cognitive

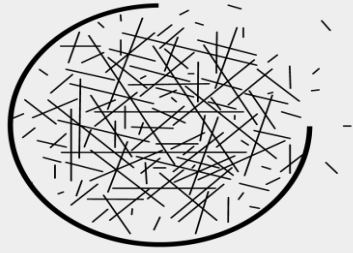
La torre di
controllo



Trauma e memoria



La **componente disturbante** (corporea, convinzioni su me stesso, emotiva) che contraddistingue la **memoria** dell'evento si appropria di molte altre esperienze della quotidianità...

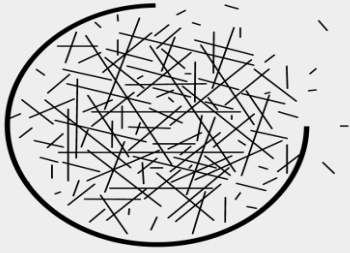


Trauma e memoria

Il detto che....

“il tempo guarisce tutte le ferite”

....NON è valido per il Trauma.



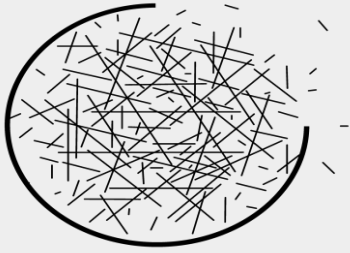
La memoria non e' statica

RiattivazioneeRiconsolidamento

Richiamare ricordi induce uno **stato transitorio** della memoria
(memoria labile: 1-6 ore)

Il processo in cui i ricordi vengono archiviati dopo essere stati riattivati
si chiama riconsolidamento (Lewis 1979; Nader, 2003).

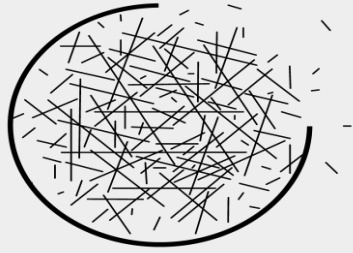
Ricordi possono essere riattivati con lo scopo di rinforzare, aggiungere o
rimuovere informazioni.



Risvolti terapeutici

Come è possibile sfruttare in terapia questa **proprietà** della memoria?

come è possibile cambiare il materiale (INTEGRAZIONE) creando una "nuova memoria", più sensata, senza sovrastarla con emozioni spiacevoli e intollerabili?



Riattivazione

Parlare lo stesso linguaggio del trauma (la via bottom up) :

Corpo

Sensi

Immagini

Emozioni/energia

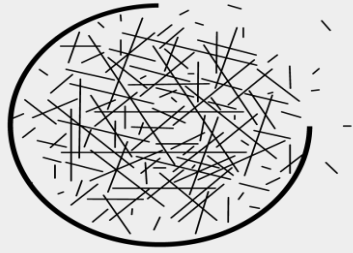
Simboli

Attivazione dei neuroni specchio

Tecniche via bottom up

Tecniche aspecifiche: arteterapia, terapie corporee (pressoterapia, feldenkrais), cantoterapia, yoga, ecc

Tecniche specifiche: Agiscono direttamente sulla memoria
Riattivano la componente disturbante dell'evento....
...offrono un completamento del “movimento interrotto”

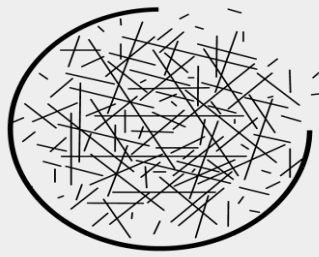


Tecniche specifiche

Emdr (F. Shapiro, 1998)

Recupero mnestico, immagine cognizioni emozioni e sensazioni fisiche + elaborazione attraverso movimenti oculari/reinnescare autoguarigione (utilizzato anche per memorie del craving)



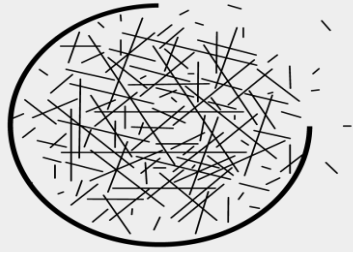


Tecniche specifiche

Terapia coi simboli

Symbolarbeit (W. Schneider, 2012)





Tecniche specifiche

A D D I C T I O N E M E M O R I A

Simboli , metafore e immagini nel trattamento psicoterapeutico del trauma e dell'addiction

di I. M. Hinnenthal, G. Spolaor, M. Cibin, N. Nante, R. Schmidt

La psicoterapia è da sempre un'arte che si occupa di memoria, cercando di fare tornare alla coscienza materiale ciò che per qualche motivo

La psicoterapia, in particolare quella

stimulo onset) rispetto agli stimoli con valenza positiva (10-12s); a questa osservazione corrisponde l'ipotesi che l'amigdala "preferisca"

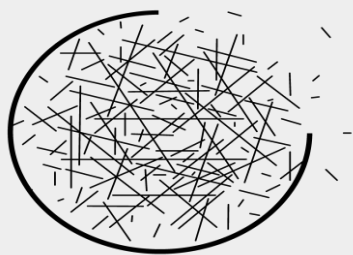
GIAMPIETRO SPOLAOR

Terapia coi simboli

L'utilizzo guidato di oggetti simbolici "toccabili e maneggiabili" risulta una strategia vincente sia per quanto riguarda l'accesso a questi ricordi (riattivazione) sia per quanto riguarda la loro rielaborazione ed integrazione (riconsolidamento). (I. Hinnental et al, 2013)

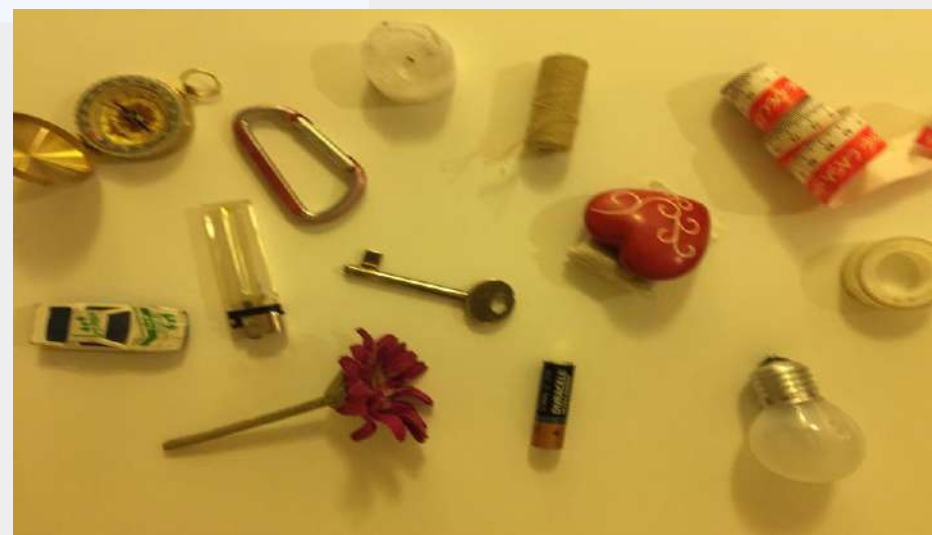
Il materiale mnemonico emotivo (“memorie calde”) trova sbocco e ancoraggio nel simbolo, che diventa strumento per il contenimento e per un'**evoluzione narrativa**

Pragmatico-adattabile-orientato alla
risorsa e personalizzato



Terapia coi simboli

Cartoline



Oggetti

Carte illustrate



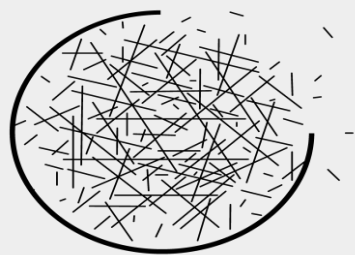
lifeline

la linea del tempo: il paziente **sceglie** simboli per tappe cruciali di un periodo/ambito target (un particolare evento stressante, un periodo della vita – es. infanzia, la vita stessa ecc)...

...**dispone** gli oggetti a terra su una linea immaginaria...

...**racconta** ciascuna tappa...

...le **memorie**, anche emotive, **prendono forma**, e possono essere dette, toccate e modificate...



lifeline



GIAMPIETRO SPOLAOR.

Costellazioni simboliche

Strutture sistemiche: il paziente sceglie volti o simboli per i componenti della propria famiglia...

...li dispone a terra o sul tavolo secondo la propria immagine interna...

...racconta la costruzione che ne emerge...

...il terapeuta segue il flusso narrativo ed emotivo permettendo piccoli cambiamenti nella configurazione dei simboli che possano mettere ordine, fornire intuizioni e/o alleviare il disagio...

Costellazioni simboliche



Un caso: Storia di un abuso

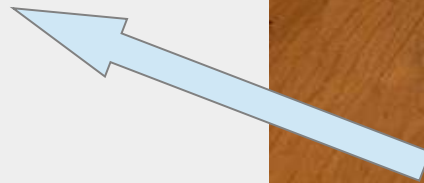
50 anni, separato, no figli. Buona famiglia di origine. Da quanto raccontato no eventi particolari.

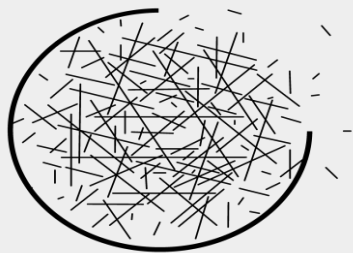
Attualmente vive con mamma e papà, lavoro stabile, apprezzato, legge, nuoto, camminate in montagna.

Persona chiusa, comunicazione lenta e poco introspettiva

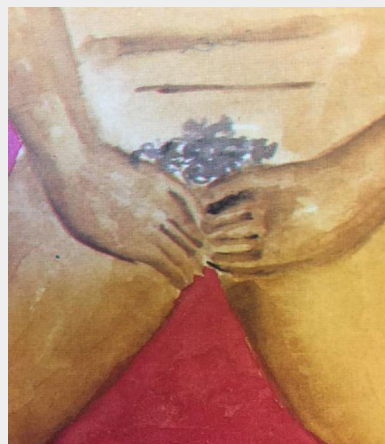
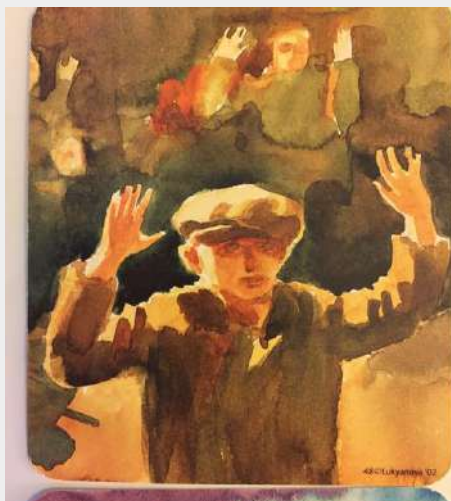
Passato qualche problema con alcol. Non beve da anni. Da circa 3 anni è iniziata l'agonia del gioco, slot in solitudine. In concomitanza, forti sentimenti di autosvalutazione scatenati da tentativi di relazione con l'altro sesso.

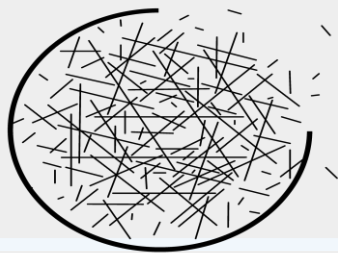
Un caso: Storia di un abuso



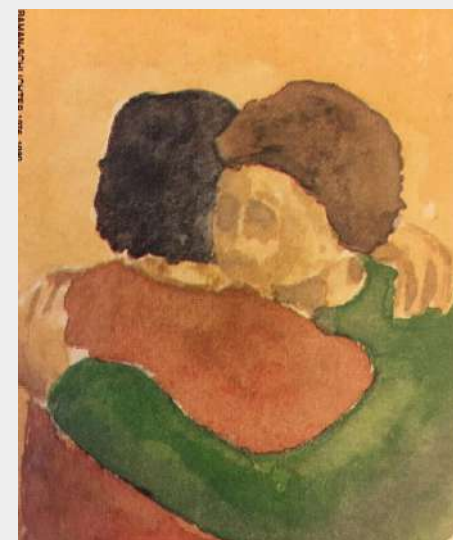
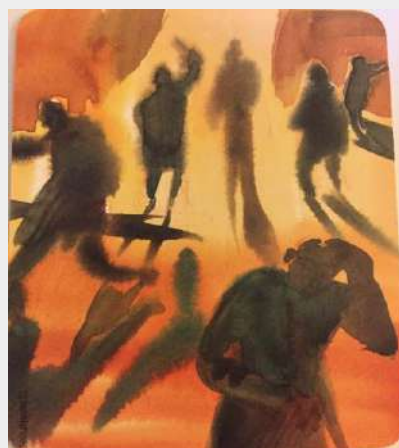
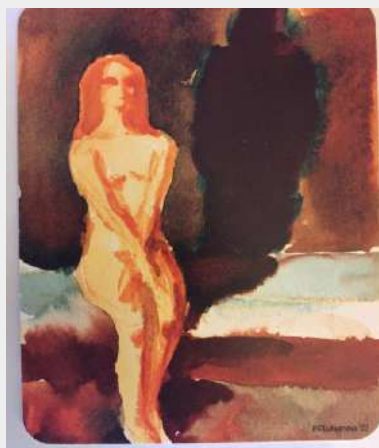


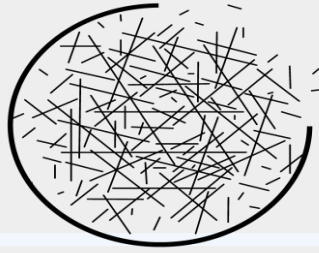
Storia di un abuso





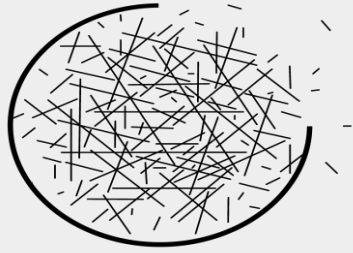
Storia di un abuso





Storia di un abuso





Facciamo un'esperienza

I simboli:

tocchiamo i ricordi con mano
prendiamo i ricordi per mano



Giampietrospolaor.it cell. 3805124340

Grazie per l'attenzione