

**SEMINARIO**  
**Sistema di Sorveglianza Nazionale sul Disturbo**  
**da Gioco d'Azzardo: Progetto Sperimentale**  
**10 marzo 2016**

**L'ESPERIENZA CLINICA DELL'ASP DI PALERMO, DAL PROGETTO GAP AL CEDISS:**

**"VERSO UN MODELLO DI INTERVENTO MULTIDIMENSIONALE DI MATRICE  
SISTEMICA "**

***Dott. A. Lipari     Dott.ssa S. Scardina***

**Azienda Sanitaria Provinciale Palermo**



# ***L'acquisizione di un pensiero multidimensionale...***

“Propongo di considerare la **sistemica** come una posizione, un modo di osservare, un atteggiamento conoscitivo. Operare una distinzione è scientifico, vedere la **complementarietà** è **sistemico**. In quest'ottica i concetti si embricano attraverso la mutua definizione di sé e dell'altro. Non è necessario scegliere l'uno o l'altro approccio; dobbiamo utilizzare contemporaneamente le due logiche per potere avere una maggiore profondità di campo”

(Telfner, Casadio 2002).

# ***“La nozione di crisi si pone tra il registro della normalità e della patologia”***

***( P.C. Racamier, S. Taccani)***

- La nozione di crisi risulta importante per cominciare a descrivere il contesto del nostro lavoro clinico che utilizzando un approccio particolare, come quello sistemico-relazionale, tende ad una presa in carico del giocatore e del suo nucleo familiare, incapaci a fronteggiare gli aspetti traumatici rappresentati dalla “scoperta” del GAP.
- L’obiettivo iniziale da raggiungere è aiutare l’intero nucleo familiare a ***integrare*** psichicamente non tanto un avvenimento traumatico, ma il cambiamento, ***la situazione nuova che l’avvenimento propone***.
- In molti casi si tratta di una situazione di urgenza, ma per riuscire ad aiutare veramente la famiglia, è importante intervenire ***“nè troppo presto nè troppo tardi”***.
- “ ...Si reclama una cornice, si richiede un controllo sulle passioni che travolgono e mandano in rovina, si abbisogna di un limite (...) Ci si trova di fronte al dilemma di guardare innanzi, assumendosi la responsabilità del vivere (...) oppure di voltarsi indietro a rimirare il passato per sognarlo diverso o per volerlo identico” ( V.Cigoli)

***"Crisi è un processo specifico e globale di cambiamento successivo alla rottura di un equilibrio anteriore con un risultato più o meno aleatorio"...  
(P.C. Racamier, S. Tacconi)***

- Riteniamo che la domanda di intervento rappresenti per il giocatore e la sua famiglia, **"l'ufficializzazione" di una situazione di crisi**, che consente al gruppo familiare di denunciare il fallimento dei meccanismi adattivi precedenti e di offrire nel contempo uno spazio mentale confuso, ma disponibile al cambiamento.
- **E' presente un senso di "attesa" nei confronti di "qualcosa"** che possa contribuire ad alleviare la situazione di profonda incertezza e disorientamento che tuttavia sembra predisporre in qualche modo all'incontro clinico, come possibilità di risignificazione profonda della crisi, adombrando la possibilità di un cambiamento verso nuovi equilibri, oppure il restauro di un assetto precedente (*come se niente fosse accaduto...*)
- La propensione all'ascolto ci autorizza a 'tirare le fila' fin dal primo incontro, lavorando ad un inquadramento iniziale del GAP come 'malattia', evitando qualsiasi tentativo di connettere precocemente il sintomo-gioco alle relazioni familiari.

...(continua)...

***“Crisi è un processo specifico e globale di cambiamento successivo alla rottura di un equilibrio anteriore con un risultato più o meno aleatorio”***  
***(P.C. Racamier, S. Taccani)***

- Questo orientamento serve a stabilire un clima di collaborazione e di empatia, superando la tendenza prevalente a vedere nel gioco l'espressione di un comportamento "vizioso" o un "difetto originale" di cui vergognarsi, aiutando la famiglia a ***riconoscere la persona del paziente in modo non distorto.***
- Spiegando invece quali sono gli aspetti "peculiari" della "malattia gioco" e come il nostro paziente sia scivolato progressivamente in una condizione di dipendenza patologica, è più probabile fare accettare al giocatore e ai familiari la necessità di una funzione di controllo/tutela nei confronti del gioco, come indispensabile fase iniziale del trattamento.
- Sarà allora possibile, successivamente, rileggere la dipendenza come difesa dissociativa da una condizione di grossa difficoltà esistenziale o di sofferenza personale, lettura che può innescare una capacità auto-riflessiva di accettazione di co-responsabilità da parte dei familiari significativi.

## ***Il gioco patologico come esperienza familiare traumatica: la violazione del "sacro" ed il "tradimento"...***

**"Trauma"** è un'esperienza che viola questo territorio sacro che tutti noi abitiamo senza poterne fare parola : luogo ove l'altro è tutt'uno con me, o, all'improvviso, è il nemico assoluto. Nell'esperienza del trauma accade qualcosa di così violento, ingovernabile, totale, distruttivo, per cui ***l'altro*** che è una cosa sola con me diviene improvvisamente l'altro che è il nemico assoluto, il nemico mortale" (Marco Bianciardi)

Nella lingua tedesca il termine "***heimlich***" ha una doppia semantica: può indicare qualcosa di appartenente alla casa (quindi di fidato, familiare, intimo), o al contrario qualcosa di segreto, nascosto, che può diventare terrificante, "***unheimlich***" il "***perturbante***" di Freud, forse perché all'interno della nostra casa può annidarsi un estraneo. La condizione di "unheimlich" si presenta quando non ci si sente "padroni in casa nostra" ( anche in seguito alla dissociazione....)

**La "scoperta" progressiva dell'azzardo:** i familiari del giocatore osservano cambiamenti che non riescono ad interpretare, nell'umore e nei comportamenti, frequenti litigi per le diff. econom., fantasie di "tradimento", perdita della fiducia, violenza intrafamiliare, esperienze cicliche di illusioni/delusioni, incertezza che determina ansia, paura e stress cronico.

**...(continua)...**

## ***Il gioco patologico come esperienza familiare traumatica: la violazione del "sacro" ed il "tradimento"***

**La famiglia con un genitore GAP non può assicurare una base sicura**, né emotiva, né materiale: funziona sull'emergenza e l'imprevedibilità quotidiana; "la situazione gioco" tende a saturare completamente lo spazio relazionale e affettivo ed impedisce la sintonizzazione affettiva.

*Van der Kolk* parla di "**atmosfera traumatica**" e "**disturbo traumatico dello sviluppo**" per descrivere un "trauma complesso" caratterizzato da esperienze croniche di trascuratezza emotiva e maltrattamento psicologico che investe sette aree del funzionamento del bambino: attaccamento, livello biologico, regolazione affettiva, dissociazione, controllo del comportamento, funzionamento cognitivo, senso del Sé. Spesso si tratta di un abuso 'occulto' che è correlato significativamente ad uno stile di attaccamento insicuro nei figli e che comporta una vulnerabilità allo sviluppo ad es. di dipendenze patologiche:

**'give me the child at 3 and I'll give you the adult compulsive gamblers'** ( 'under-controlled' temperament, W. Slutske , New Zealand)

# ***Evidenze a favore di un lavoro clinico di tipo sistemico col nucleo familiare del giocatore patologico:***

- **Crisi della coppia e del nucleo familiare;**
- **necessità di tutelare i minori coinvolti;**
- **“fare i conti” non solo dal punto di vista finanziario, ma soprattutto affettivo (*“invisible loyalties”*: la famiglia è costituita da legami di lealtà che determinano ‘un libro mastro dei debiti e meriti’ che ha un rendiconto transgenerazionale (Boszormenyi-Nagy); in modo da consentire una risignificazione e riattivare un attaccamento sicuro che renda possibile una “ripartenza” dopo il passaggio dello “Tsunami”.**
- **svelamento dei “giochi” familiari che possono contribuire ad alimentare il craving e il GAP;**
- **decostruire il GAP come “storia dominante nella vita familiare”**







# ***UNA RIFORMULAZIONE DEL TRAUMA CUMULATIVO...***



Nella nostra casistica clinica e' possibile osservare come la tendenza ad un gioco patologico si attivi in seguito ad esperienze di tipo traumatico: non si tratta tanto di singoli eventi "catastrofici", quanto una sorta di "effetto cumulativo" (M. Khan, Van der Kolk), prodotto nel corso del tempo da "microtraumi", "traumi relazionali" o ***stressors*** che precedono, anche di poco temporalmente il viraggio verso il discontrollo.





## ***...UNA RIFORMULAZIONE DEL TRAUMA CUMULATIVO***



In un numero considerevole dei nostri pazienti il “trauma cumulativo” sembra declinarsi come **attacco al Sé e al “valore personale”**, producendo un effetto invalidante (Meares).

Le esperienze traumatiche agirebbero come “fatti”, riattualizzando un copione interno che “informa” il soggetto che egli è “difettoso” o inadeguato, in rapporto ad un altro che è ipercritico, ipercontrollante o svalutante.

Spesso questo script funziona come “una profezia che si autoavvera”.





# LA VERGOGNA



L'attacco al Sé e al valore personale determina anche uno ***specifico deficit emotivo, basato sulla vergogna patologica***, che, in accordo con Cantelmi, saremmo tentati di includere *di diritto* tra le dinamiche psicopatologiche di base, comuni alle diverse situazioni di dipendenza, infatti:

***“La vergogna ha una potente capacità traumatogena”***. Ha la caratteristica di attaccarci in modo repentino e di immobilizzare le funzioni psichiche più evolute, inducendo una sorta di siderazione pervasiva generalizzata dell'attività mentale, siderazione che a sua volta genera sentimenti di confusione e di impotenza che si riverberano in un ulteriore vissuto di vergogna (Pandolfi).



# ***L'insostenibile "pesantezza" della vergogna, ovvero la vergogna e le sue vicissitudini...***

La vergogna è un affetto ubiquitario e "aleatorio", trasversale a gran parte della psicopatologia, tende a convertirsi in un'altra emozione, come la colpa o la rabbia (Lewis, 1992). Queste caratteristiche rendono difficile l'ascolto della vergogna che abbiamo imparato a riconoscere e ad accogliere in terapia come **"l'ospite atteso"**, più recentemente, anche insieme alla sua sorella "negletta", la rabbia, consapevoli che gli stessi fenomeni dissociativi "possono essere un'estrema manovra difensiva nei confronti di affetti intollerabili, quali appunto la vergogna, spesso eredi di condizioni traumatiche, poi cronicizzatesi fino a diventare dei tratti del carattere" (Pandolfi, 2002)



# LA RABBIA

Un soggetto con disregolazione affettiva non ha la possibilità di regolare autonomamente i propri stati affettivi interni: in presenza di un impulso intenso di rabbia può soltanto cercare un regolatore esterno (es. una sostanza, il **GAP** o anche lo stesso partner), manifestare l'emozione in modo incontrollato, oppure ipercontrollare l'impulso tramite rimuginazione e dissociazione. (Caretti e Ciulla)



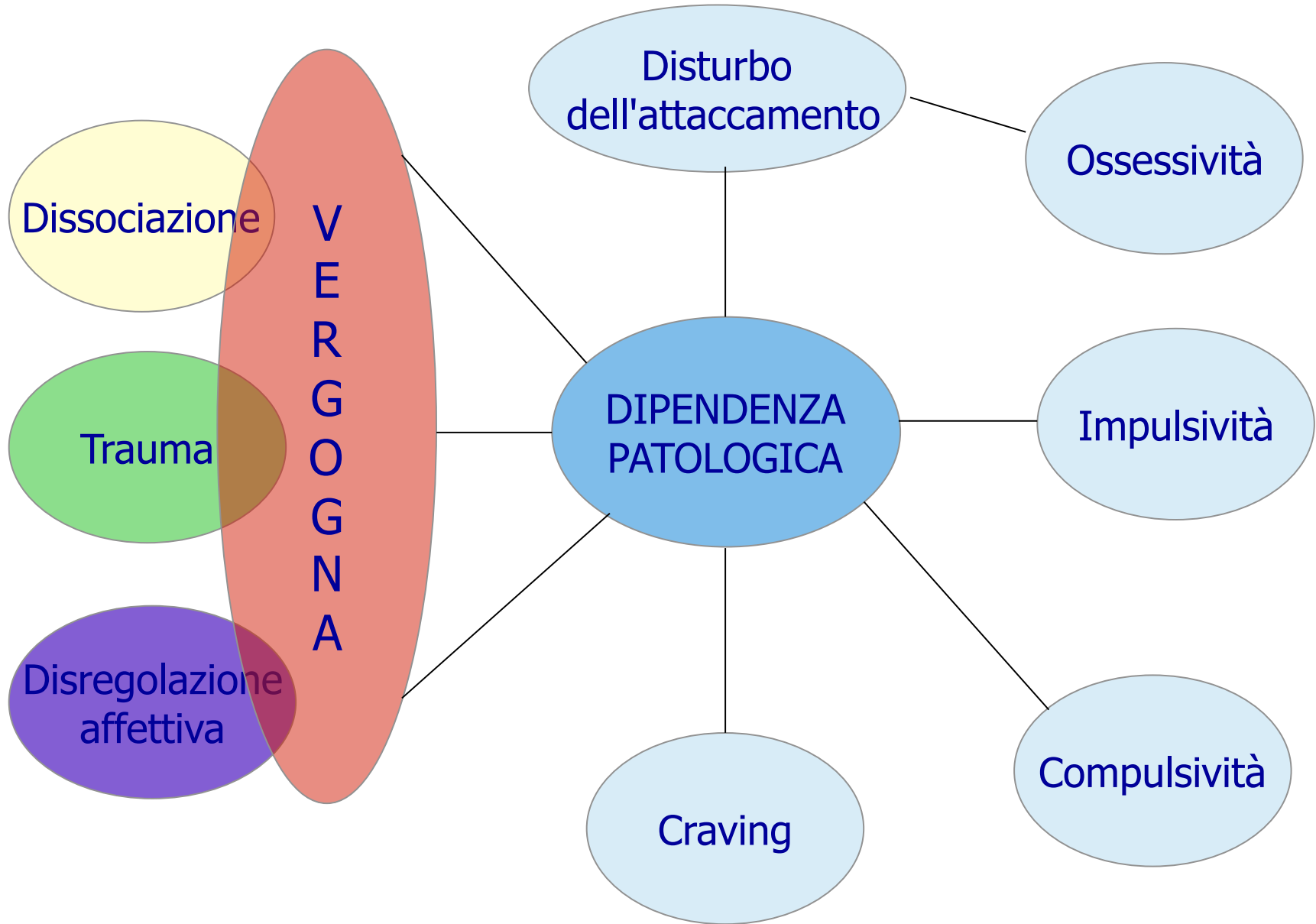
Rabbia in un sogg. con capacità di autoregolazione



Rabbia in un sogg. disregolato



# ***I fattori eziopatologici dell'addiction***



# ***UN TENTATIVO DI CLASSIFICAZIONE...***

Proveremo, a questo punto, a partire dalle considerazioni appena fatte sui pazienti in cui il coinvolgimento eccessivo nel gioco sembra "scattare" a seguito di un trauma cumulativo, a fare un tentativo di classificazione dei giocatori, in rapporto all'incidenza del trauma:

**- Gruppo 1: "Grandi Giocatori"** – si tratta di persone con tratti narcisistici molto marcati, spesso alla ricerca di sensazioni forti, con alti livelli di impulsività. Sono pazienti le cui famiglie d'origine appaiono fortemente disturbate; molto verosimilmente hanno subito un trauma in età precoce o hanno vissuto un'atmosfera traumatica. Presentano frequentemente tratti antisociali.

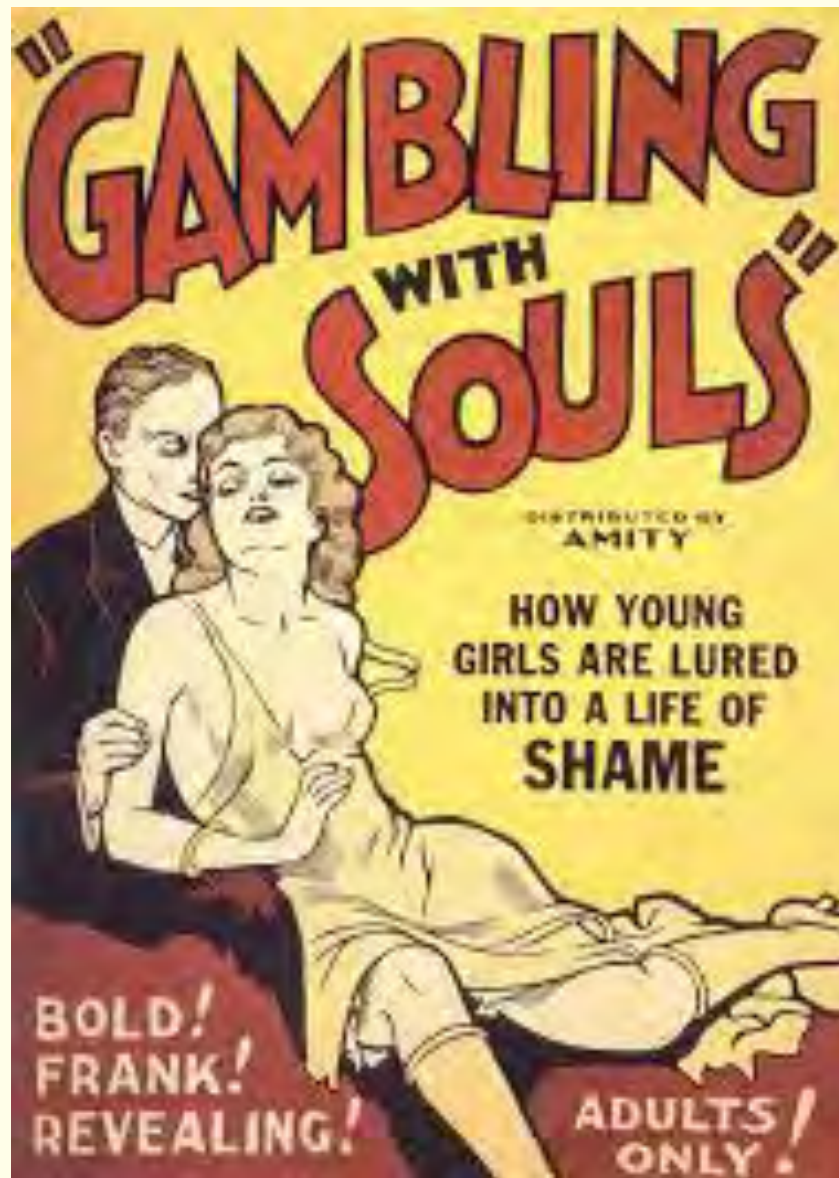


# ...UN TENTATIVO DI CLASSIFICAZIONE

- **Gruppo 2:** è rappresentato da quei giocatori in cui il trauma è presente più sul piano del vissuto (stati depressivi, lutti non elaborati, malattie, vergogna, senso di colpa, autosvalutazione).
- **Gruppo 3:** presenta alti livelli d'ansia e impulsività; qui non sembra comparire nella storia l'evento del trauma (forse perché dissociato?), né in modo acuto né in modo più subliminale; sembra corrispondere al sottogruppo "giocatori vulnerabili emotivamente", secondo la tipologia di Blaszczynski.
- **Gruppo 4:** è infine costituito da pazienti che presentano una doppia diagnosi; ha forti analogie con il sottogruppo "giocatori con correlati biologici" di Blaszczynski.







# "GAMBLING WITH SOULS"

DISTRIBUTED BY  
AMITY

HOW YOUNG  
GIRLS ARE LURED  
INTO A LIFE OF  
SHAME

BOLD!  
FRANK!  
REVEALING!

ADULTS!  
ONLY!



# ***IL PROGETTO GAP***

Nasce “ufficialmente” nel 2006 l'ambulatorio specialistico interdistrettuale per il gioco d'azzardo patologico all'interno del Ser.T.

Si definisce il contesto dell'intervento e un'equipe multidisciplinare in grado di fronteggiare le diverse situazioni attraverso una metodologia clinica condivisa.



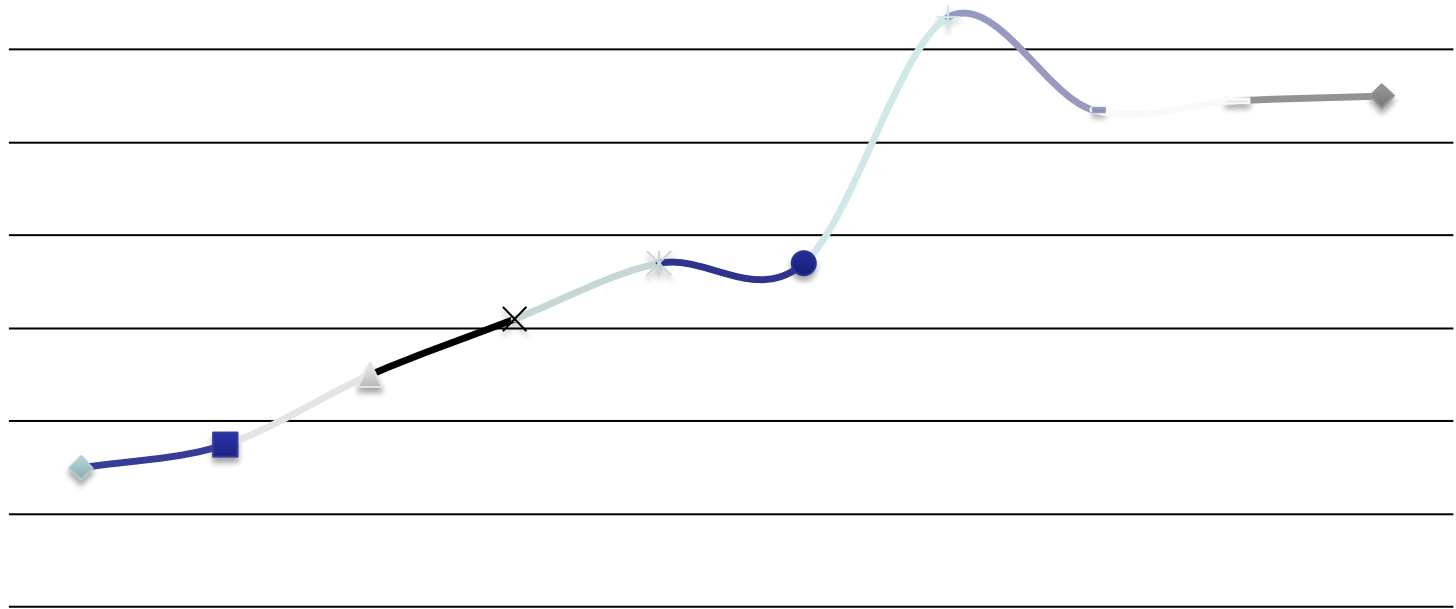
# ***PROGETTO GAP: DA DOVE SIAMO PARTITI...***

Il gruppo di lavoro si è occupato nel tempo di:

- **nuovi stili di consumo** (2000/2001)
- **nuove tecnologie** - Progetto "Strange Minds" (2003)
- **nuove forme di dipendenza**, tra cui il GAP (dal 2001)

*Anche da un punto di vista più strettamente epistemologico alla ricerca di un **nuovo paradigma** in grado di gettare un ponte tra le "vecchie" e le "nuove" dipendenze, in cui **l'addiction** rappresenta un elemento che accomuna comportamenti di "abuso" diversi, non necessariamente legati all'utilizzo di sostanze psicoattive*

Chart Title



**N totale = 817**

**2015; N = 110**

**2014; N = 122**

**2013; N = 107**

# ***OBIETTIVI DELL'AMBULATORIO SUL GAP***

- Offerta di **spazi terapeutici e di intervento differenziati**
- Individuazione e **messa in rete dei diversi servizi e agenzie del territorio**
- Attività di **ricerca e intervento** sulle **"nuove forme di dipendenza"**
- Attività di **prevenzione** nelle scuole
- Formazione di **gruppi di auto aiuto** da parte di familiari
- Offerta di **consulenza legale**



# ***MODELLO DI INTERVENTO***

*Il modello di intervento* inizialmente ha adottato un'ottica che potremmo definire sistemica-integrata che mirava a combinare:

- **psicoterapia sistemica**
- **psichiatria e psicofarmacologia**
- **clinica e psicopatologia**





# **MODELLO DI INTERVENTO: LIVELLI E CONNESSIONI**



*Tale modello utilizza, per costruire la realtà terapeutica, le seguenti "lenti" (Hoffman, 1990):*

- Un' **ottica co-costruttiva all'interno di un contesto collaborativo e conversazionale** che tende ad includere al suo interno anche i familiari dei pazienti; ("allargamenti," setting flessibile).
- la lente del "**genere**" con la presenza di una **coppia "mista" di terapeuti** a garanzia di una maggiore neutralità, attraverso la valorizzazione dei diversi punti di vista (Valle, Giuliani, 2002)
- L' "**altra visione**" come un'importante linea guida nella conversazione terapeutica (Caruso)

## ***Tenendo sempre presente che:***

Il lavoro terapeutico è come una navicella che fa la spola tra le **narrazioni "forti"** delle teorie cliniche e quelle **"naive"** dei pazienti...

*...in un*

***processo continuo di risignificazione affettiva***

*(negoziazione dei significati)*

*Allo scopo di leggere in "altro" modo storie individuali e familiari.*



***Se l'osservatore, è dentro al sistema che osserva , così che egli costruisce storie insieme agli altri , la diagnosi è soprattutto assunzione di responsabilità da parte del clinico che riflette sulle sue griglie di lettura, sui suoi pregiudizi ed azioni e sul proprio "non detto".....***

- **La diagnosi sistemica:** attenzione al processo e a **7 livelli interconnessi:** domanda, psicopatologia, sistema, personalità, attaccamento, trigerazionale, emozioni del terapeuta (controtransfert)
- Necessità di **ragionare sempre su tre poli** : sintomo, famiglia, personalità e sulla coerenza tra tre livelli:  
come un individuo è stato trattato, come tratta sé stesso, come tratta gli altri (L. Benjamin, 1966)

## ***Nel corso del tempo, il modello di intervento si è ulteriormente "complessificato" attraverso:***

- **La lente della psicopatologia;** le parole chiave: craving, trauma, dissociazione ("la fuga quando non è possibile la fuga") e alessitimia
- **La "riscoperta" in terapia delle emozioni "negative":** la vergogna e la rabbia
- **Utilizzo di una teoria relazionale dei tratti disfunzionali di personalità** in grado connettere stili di funzionamento individuali con specifici contesti familiari (matrici di apprendimento) come orientamenti per entrare in sintonia con i pazienti e ipotizzare un approccio terapeutico rispondente ai loro bisogni.
- **Discorso sul "terzo"** (Bertrando): dialogo aperto con gli aspetti psicofarmacologici e neurobiologici del trattamento.
- **Gruppo terapeutico a termine.**

## ***Gruppo terapeutico a tempo limitato***

- Come "episodio di trattamento".
- Gruppo con una co-conduzione sistemica e gruppoanalitica.
- Attenzione comune al transgenerazionale, al familiare e alle matrici familiari.
- Famiglia come luogo fondativo dei psichismi dei suoi componenti.
- Gruppo composto da pazienti già in remissione sintomatica, in situazione di "stallo emotivo".
- Proposta di un passaggio terapeutico "altro" in grado di rivitalizzare il trattamento.
- Possibilità che le proprie emozioni possano trovare un senso condiviso all'interno del gruppo.
- Superamento della carenza dell'Io a pensare e contenere i propri contenuti affettivi.

# ***ASSESSMENT E CLINICA***

La crescente attenzione verso i processi dissociativi e l'evidente deficit nella regolazione degli effetti che caratterizzano la maggior parte dei giocatori patologici, ha spinto il gruppo di lavoro a precisare ulteriormente il modello d'intervento, nella prospettiva di mettere ulteriormente a fuoco i fattori fondamentali che sembrano accomunare il GAP ad altri comportamenti di addiction (Taylor, Bagby e Parker 2000, Caretti, Ciulla, 2012), sia di **"personalizzare" i trattamenti, in rapporto a specifici fattori di rischio individuali.**

# ***La complessità del fenomeno rende necessaria la personalizzazione del trattamento...***



**“I giocatori rientrano in un fenomeno estremamente sfuggente, di difficile classificazione e dall’eziologia incerta”** (Croce, Picone, Zerbetto, 2010) e nel **GAP** abbiamo spesso a che fare con un vero e proprio **“crocevia di sintomi”**

Teniamo anche presenti alcune difficoltà diagnostiche **“oggettive”**: a differenza delle T.D. **“tradizionali”** non è possibile effettuare esami fisiologici (es. del sangue o delle urine): un motivo in più per tipizzare i giocatori ...

# I giocatori patologici: eterogeneità dei quadri clinici e difficoltà diagnostiche: "one size doesn't fit all..."

Il Gap, come altre forme di addiction, è una **sindrome** che presenta aspetti di forte disomogeneità all'interno della popolazione coinvolta, legati a vari fattori come:

- Il genere
- L'età
- Le motivazioni
- La presenza di comorbilità psichiatrica
- L'uso eventuale di sostanze psicoattive
- La preferenza dei giochi
- Le caratteristiche di personalità
- La storia e le dinamiche familiari
- I fattori di resilienza e di coping
- La vulnerabilità allo stress



# **La dipendenza è un'unica malattia (del cervello), o una o più sindromi (insieme di sintomi) che osserviamo nelle persone 'dipendenti' ( Gatti)?**

- L'ICD 10 parla di "Dependence syndrome"
- L'uso compulsivo di una sostanza (o di un comportamento) non starebbe a monte ma a valle di una catena di possibili determinanti biologiche, psicologiche e sociali che si combinano assieme in uno specifico individuo. Mancando uno o più determinanti la compulsività può attenuarsi , entrare in una fase di remissione o scomparire.
- Bignamini propone il termine 'patologie da dipendenza', riferendosi all'effetto trasformativo e al prodotto di un incontro fatale che spesso risulta imprevedibile perche' qualitativamente diverso e maggiore della somma delle parti in gioco....

***Tutte le dipendenze patologiche e in particolare il  
GAP dimostrano una loro intrinseca comorbidità  
psichiatrica o, più verosimilmente, rappresentano  
l'espressione clinica di una più complessa  
dimensione psicopatologica?***





# Tipologie

➤ In questa cornice puo' essere utile proporre un modello di sottotipi (subtypes) di giocatori patologici, consapevoli che la mera diagnosi di dipendenza non aiuta il clinico a prevedere i bisogni del paziente e l'evoluzione del quadro clinico complessivo

**Eterogeneità**



**Personalizzazione del trattamento**

# LE TIPOLOGIE: UNA GUIDA PER IL CLINICO

- Le classificazioni sono sempre degli artefatti che 'forzano' la realtà all'interno di categorie che non esistono nella clinica.
- Ogni classificazione comporta vantaggi e svantaggi (vedi DSM V).
- **Blaszczynski e Newer (2002)** al di là di una semplice classificazione hanno individuato tre percorsi patogenetici in cui elementi ambientali, neurobiologici, genetici, tratti temperamentali, eventi della vita, apprendimenti, presenza di sofferenza psicopatologica primaria, risultano tutti integrati tra di loro.
- La valutazione empirica del modello ad oggi appare assai complessa (Newer, Martins, Ken-Han Lin, Carlos Blanco (2013); Milosevic, Ledgerwood (2010): in particolare la classificazione **non** risulterebbe in grado di predire esattamente l'esito della risposta al trattamento.
- Il secondo tipo potrebbe essere considerato un sottogruppo del terzo, in questo caso la tipologia di Blaszczynski assomiglierebbe sempre di più a quella di Cloninger per alcolisti.
- In questa cornice si verificherebbe anche una certa corrispondenza tra diverse tipologie, come quelle di Blaszczynski, Dennon e Cloninger.

## Scheda di valutazione Gioco d'azzardo patologico

1) Gravità manifestata e riferita dal paziente			
Racconta e si evince una condizione grave e pericolosa		Manifesta ambivalenza e incongruenza per gli eventi raccontati	Svaluta la pericolosità e la preoccupazione per i problemi derivanti
2) Compulsione inerente il gioco e le attività ad esso correlate			
Modalità di gioco fortemente ripetitive e rigide		Difficoltà nel ridurre i ritmi e la ripetizione	Non riferisce difficoltà nell'interrompere il gioco
3) Ossessività per il gioco presente mentre il paziente non gioca			
Pensieri intrusivi, inappropriati, eccessivi focalizzati sul gioco		Sono presenti alcune sporadiche idee riferite al gioco	Il gioco non occupa l'ideazione del paziente in modo rilevante
4) Impulsività del paziente			
Irrequietezza ed irritabilità osservabile di presenza		Riferisce eventi connotati da irrequietezza ed irritabilità	Il paziente non manifesta irrequietezza o irritabilità
5) Tratti antisociali rilevabili nel paziente			
Azioni suscettibili di arresto, disonestà e mancanza di rimorso		Menzogna e scarso rispetto per le norme sociali	Assenza di comportamenti volti a ledere gli altri
6) Disponibilità dei familiari			
Assenza di figure familiari significative per il supporto		Familiari presenti per la gestione utilitaristica del problema gioco	Presenza di un nucleo familiare collaborativo e di sostegno
7) Comorbidità e problemi correlati al GAP			
Presenza di patologie psichiatriche o disturbi di personalità		Presenza di altre forme di dipendenza e/o trascorsi traumatici	Assenza di problematiche e/o disturbi rilevanti
8) Alessitimia			
Scarsa capacità di mentalizzare gli stati emotivi propri e altrui		Difficoltà nel condividere e descrivere le emozioni e le relazioni	Buona predisposizione nel vivere le relazioni e sentire le emozioni
9) Dissociazione e/o Depersonalizzazione presente nel paziente			
Presenza di un'altra identità che assume il controllo durante il gioco		Sensazione di distacco o di sentirsi un osservatore esterno di se stessi	Assenza di sensazioni Dissociative e/o di Depersonalizzazione
10) Ricerca di sensazioni e novità			
Predisposizione del soggetto nel ricercare sensazioni forti e sfide		Atteggiamento equilibrato nel ricercare cambiamenti e novità	Atteggiamento riservato e poco incline alla ricerca di novità
11) Tempo impiegato a giocare			
Impegna la maggior parte del tempo a giocare		Sottrae tempo ad attività produttive e familiari	Gioca nel tempo libero

## ***ASSESSMENT E CLINICA II***

- La ricerca e la clinica hanno da tempo evidenziato la presenza di tratti di personalità disfunzionali nei giocatori patologici sul versante dipendente, ossessivo compulsivo, narcisistico e antisociale (Ortiz-Tallo M., Cancino C., Cobos S., 2011); tratti legati all'esperienza di forti emozioni negative (Miller J.D. 2013) e all'impulsività (Odlaug B.L., Schreiber L. R., Grant J. E., 2013).
- Da qui l'opportunità di individuare uno spazio specifico dedicato all'**assessment**, in una fase preliminare al trattamento, da reiterare "**in corso d'opera**", per valutare l'effettiva remissione della patologia, al di là dell'espressione sintomatica.

# ***Verso un modello multidimensionale ...***

- ➔ Il Gap presenterebbe una sovrapposizione tra l'estremo impulsivo del continuum compulsività/impulsività proposto da Hollander (1998) e le dimensioni Novelty Seeking, Reward Dependence e Harm Avoidance del modello tridimensionale di personalità di Cloninger (1998).
- ➔ L'impulsività con una bassa valutazione del rischio ed una spiccata Novelty Seeking potrebbero essere alla base di una vulnerabilità temperamentale predisponente.
- ➔ Un'elevata Reward Dependence (rinforzo positivo), sostenuta da un rinforzo negativo (Harm Avoidance), determinerebbero il mantenimento del comportamento, compulsivo ma egosintonico, con una compromissione progressiva della capacità di controllo e di valutazione della realtà.

***"Il pensiero complesso è l'arte di distinguere senza disgiungere e di far comunicare ciò che è distinto"***  
**(M. Selvini Palazzoli, S. Cirillo, M. Selvini, A.M., Sorrentino)**

## **Un modello integrato adeguato per l'addiction**

dovrebbe sforzarsi di mettere insieme (e fare dialogare) le più attuali conoscenze sul GAP, utilizzando strumenti terapeutici differenti, ognuno dei quali ha pari dignità, all'interno di un'alleanza terapeutica e di una corretta lettura della relazione, del transfert e controtransfert.

Si tratta di addestrarci a pensare per andirivieni, in cui la logica della casualità lineare entra in dialogo con la causalità complessa secondo una modalità di ***pensiero multidimensionale*** (Morin)

# ***STRUMENTI PER L'ASSESSMENT***

**-*SOGS (South Oaks Gambling Screen)***: questionario auto-somministrato formato da 16 item che, basandosi sul DSM, permette la possibile diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Punteggi pari o superiori a 5 sono predittivi per una diagnosi GAP.

**- *MCMI III (Millon Clinical Multiaxial Inventory)***: test di personalità formato da 175 item a risposta dicotomica (V/F). La sua struttura combacia con quella del DSM-IV ed è composto da due assi: Asse I riflette le sindromi cliniche più rilevanti nel lavoro clinico e Asse II che comprende i pattern di personalità.

**-*TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale)***: è attualmente il test più diffuso e affidabile per la diagnosi di alessitimia. La Scala, auto-somministrata, è formata da 20 domande su scala likert da 1 a 5. Punteggi pari o superiori o superiori a 61 indicano la probabile presenza di alessitimia.

**-DES-II (Dissociative Experience Scale):** Test auto-somministrato formato da 28 item ai quali il soggetto deve rispondere segnando la percentuale con la quale gli accade di vivere le esperienze descritte. Gli item sono riferibili a tre diverse esperienze dissociative quali: Derealizzazione/Depersonalizzazione, Amnesia Dissociativa, Coinvolgimento e Assorbimento Immaginario. Un punteggio pari o superiore a 20 è ritenuto significativo, ma non necessariamente indice di una dissociazione patologica.

**- STAXI 2 (State Trait Anger Expression Inventory):** fornisce risposte sull'esperienza e l'espressione della rabbia. È uno strumento auto-somministrato formato da 44 item per cui il soggetto classifica i propri sentimenti di rabbia su scale a quattro punti che ne valutano la modalità di espressione, repressione e controllo.

**- TCI-R (Temperamente and Character Inventory–Revised):** test di personalità auto-somministrato formato da 240 items. Il test tende a definire la personalità secondo due dimensioni, il *temperamento* ed il *carattere*. Se il primo si riferisce alla predisposizione emozionale o relazionale innata della persona, il secondo fa riferimento ad obiettivi e valori appresi dall'ambiente e dalle relazioni significative. Sono presenti quattro dimensioni temperamentali, Novelty Seeking (NS) Harm Avoidance (HA) Reward Dependence (RD) Persistence (P), e tre caratteriali, Self- Directedness (SD) Cooperativeness (C) Self- Transcendence (ST).



# **Gioco d'azzardo patologico: un'associazione tra alessitimia, disturbi della personalità e sindromi cliniche.**

**G. Maniaci, F. Picone, A. Lipari, S. Scardina, T. Dimarco, T. Piccoli, A. Brancato, C. Gagliardo e C. Cannizzaro**



*In collaborazione con il Dip. di Scienze per la promozione della salute e Materno Infantile G. D'Alessandro e il Dott. di ricerca in neuroscienze e disturbi del comportamento*

**Studi fMRI mostrano una riduzione dell'attivazione mesolimbica di fronte a stimoli di ricompensa non specifici, e un aumento dell'attivazione della corteccia prefrontale, cingolata anteriore e dello striato ventrale durante paradigmi di stimoli di esposizione al gioco . Nello studio è stato possibile osservare che nei giocatori patologici è comune una comorbilità con sindromi psicopatologiche o Alessitimia**



**Lo studio ha preso in esame:**



- **60 soggetti per il gruppo di controllo**
- **60 giocatori in trattamento**

**Criteri di esclusione: In entrambi i gruppi i soggetti non dovevano avere una storia pregressa di disturbi neurologici e abuso di sostanze.**

<b>FACTOR</b>	<b>PATHOLOGICAL GAMBLERS (n=60) Frequency (%)</b>	<b>HEALTHY CONTROL GROUP (n=60) Frequency (%)</b>	<b>TEST Chi Square of Pearson</b>
<b>Sex</b>			
<b>Male</b>	<b>52 (86.6)</b>	<b>52 (86.6)</b>	<b><math>\chi^2 = 223</math> NS</b>
	<b>PATHOLOGICAL GAMBLERS (n=60) Mean (St. Dev)</b>	<b>HEALTHY CONTROL GROUP (n=60) Mean (St. Dev)</b>	<b>TEST ANOVA</b>
<b>MEAN AGE (years)</b>	<b>41.96 (10.99)</b>	<b>40.03 (13.24)</b>	<b>F=.757 NS</b>
<b>MEAN EDUCATION (years)</b>	<b>10.91 (2.806)</b>	<b>11.83 (2.66)</b>	<b>F= 3.36 NS</b>

# ***L'assessment psicologico ha incluso***

- **SOGS (South Oaks Gambling Screen):** questionario auto-somministrato formato da 16 item che, basandosi sul DSM, permette la possibile diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Punteggi pari o superiori a 5 sono predittivi per una diagnosi GAP.
- **MCMI-III (Millon Clinical Multiaxial Inventory):** test di personalità formato da 175 item a risposta dicotomica (V/F). La sua struttura combacia con quella del DSM-IV ed è composto da due assi: Asse I che riflette le sindromi più rilevanti nel lavoro clinico e Asse II che comprende i pattern di personalità.
- **TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale):** è attualmente il test più diffuso e affidabile per la diagnosi dell'Alessitimia. La Scala, auto-somministrata, è formata da 20 item su scala likert da 1 a 5. Punteggi pari o superiori a 61 indicano la probabile presenza di alessitimia.

# RISULTATI SINDROMI CLINICHE

FACTOR	TOTAL (n=120) Frequency (%)	PATHOLOGICAL GAMBLERS (n=60) Frequency (%)	HEALTHY CONTROL GROUP (n=60) Frequency (%)	TEST Chi Square of Pearson
<b>MCMII-III</b>				
<i>CLINICAL SYNDROMES SCALES</i>				
Anxiety	22 (18)	19 (31.66)	3 (5.0)	$\chi^2 = .14.249****$
Somatoform	7 (5.8)	7 (11.66)	-	$\chi^2 = 7.434**$
Bipolar: Manic	6 (5.0)	6 (10.0)	-	$\chi^2 = 6.316*$
Dysthymia	16 (13.33)	14 (23.33)	2 (3.33)	$\chi^2 = 10.385***$
Alcohol Dependence	-	-	-	-
Drug Dependence	-	-	-	-
Post-Traumatic Stress Disorder	3 (2.5)	3 (5.0)	-	$\chi^2 = 3.077$ NS
Thought Disorder	4 (3.33)	4 (6.66)	-	$\chi^2 = 4.138$ NS
Major Depression	10 (8.33)	8 (13.33)	2 (3.33)	$\chi^2 = 3.927$ *
Delusional Disorder	5 (4.16)	3 (5.0)	2 (3.33)	$\chi^2 = -209$ NS

# RISULTATI DISTURBI DI PERSONALITA'

## PERSONALITY DISORDERS SCALES

Schizoid	8 (6.66)	6 (10.0)	2 (3.33)	$\chi^2 = 2.143$ NS
Avoidant	7 (5.8)	4 (6.66)	3 (5.0)	$\chi^2 = .152$ NS
Depressive	24 (20.0)	22 (36.6)	2 (3.33)	$\chi^2 = 20.833$ ****
Dependent	20 (16.66)	11 (18.33)	9 (15.0)	$\chi^2 = .240$ NS
Histrionic	3 (2.5)	-	3 (5.0)	$\chi^2 = 3.077$ NS
Narcisistic	19 (15.83)	9 (15.0)	10 (16.66)	$\chi^2 = -.063$ NS
Antisocial	10 (8.33)	10 (16.66)	-	$\chi^2 = 10.909$ ***
Aggressive (Sadistic)	6 (5.0)	6 (10.0)	-	$\chi^2 = 6.316$ *
Compulsive	-	-	-	-
Passive-Aggressive (Negativistic)	14 (11.66)	13 (21.66)	1 (1.66)	$\chi^2 = 11.644$ ****
Self-Defeating	7 (5.88)	7 (11.66)	-	$\chi^2 = 7.434$ **
Schizotypal	3 (2.5)	3 (5.0)	-	$\chi^2 = 3.077$ NS
Borderline	12 (10.0)	9 (15.0)	3 (5.0)	$\chi^2 = 3.333$ NS
Paranoid	4 (3.33)	4 (6.66)	-	$\chi^2 = 4.138$ NS

# RISULTATI TAS-20

TAS-20

<b>Total Score</b>	<b>45.82 (12.94)</b>	<b>49.56 (13.201)</b>	<b>42.08 (11.62)</b>	<b>F= 10.861***</b>
<b>Difficulty Identifying Feelings (DIF)</b>	<b>41.10 (17.82)</b>	<b>43.63 (19.29)</b>	<b>38.56 (15.98)</b>	<b>F=2.45 NS</b>
<b>Difficulty Describing Feelings (DDF)</b>	<b>52.11 (20.37)</b>	<b>56.79 (20.42)</b>	<b>47.43 (19.37)</b>	<b>F= 6.629*</b>
<b>Externally Oriented Thinking (EOT)</b>	<b>45.90 (13.06)</b>	<b>49.96 (12.86)</b>	<b>41.83 (12.05)</b>	<b>F=12.766***</b>

---

<b>FACTOR</b>	<b>TOTAL</b>	<b>PATHOLOGICAL GAMBLERS</b>	<b>HEALTHY CONTROL GROUP</b>	<b>TEST</b>
	(n=120)	(n=60)	(n=60)	ANOVA
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	



# RISULTATI

- 1) Nessuna differenza significativa sulle variabili socio-demografiche come sesso, età e livello di istruzione;**
- 2) Disturbi in Asse I e Asse II nei Giocatori patologici;**
- 3) Maggiore difficoltà a individuare e descrivere i sentimenti e maggiori livelli di alessitimia nei giocatori patologici;**
- 4) Disturbi di personalità e sindromi cliniche sono risultati predittori significativi dei punteggi SOGS;**
- 5) I punteggi di alessitimia nella seconda fase fanno aumentare significativamente del 5,2% la varianza nei punteggi SOGS, contribuendo significativamente a predire comportamenti di gioco patologici.**

# ***Valutazione dei disturbi di personalità in un campione di 60 giocatori patologici in trattamento presso i SerD di Castelfranco Veneto, Treviso, Oderzo e Conegliano (Dott. Resciglio)***

## Strumenti utilizzati:

intervista: semistrutturata, SOGS, SCL90R, BIS.11 e il MCM I - III

## Risultati

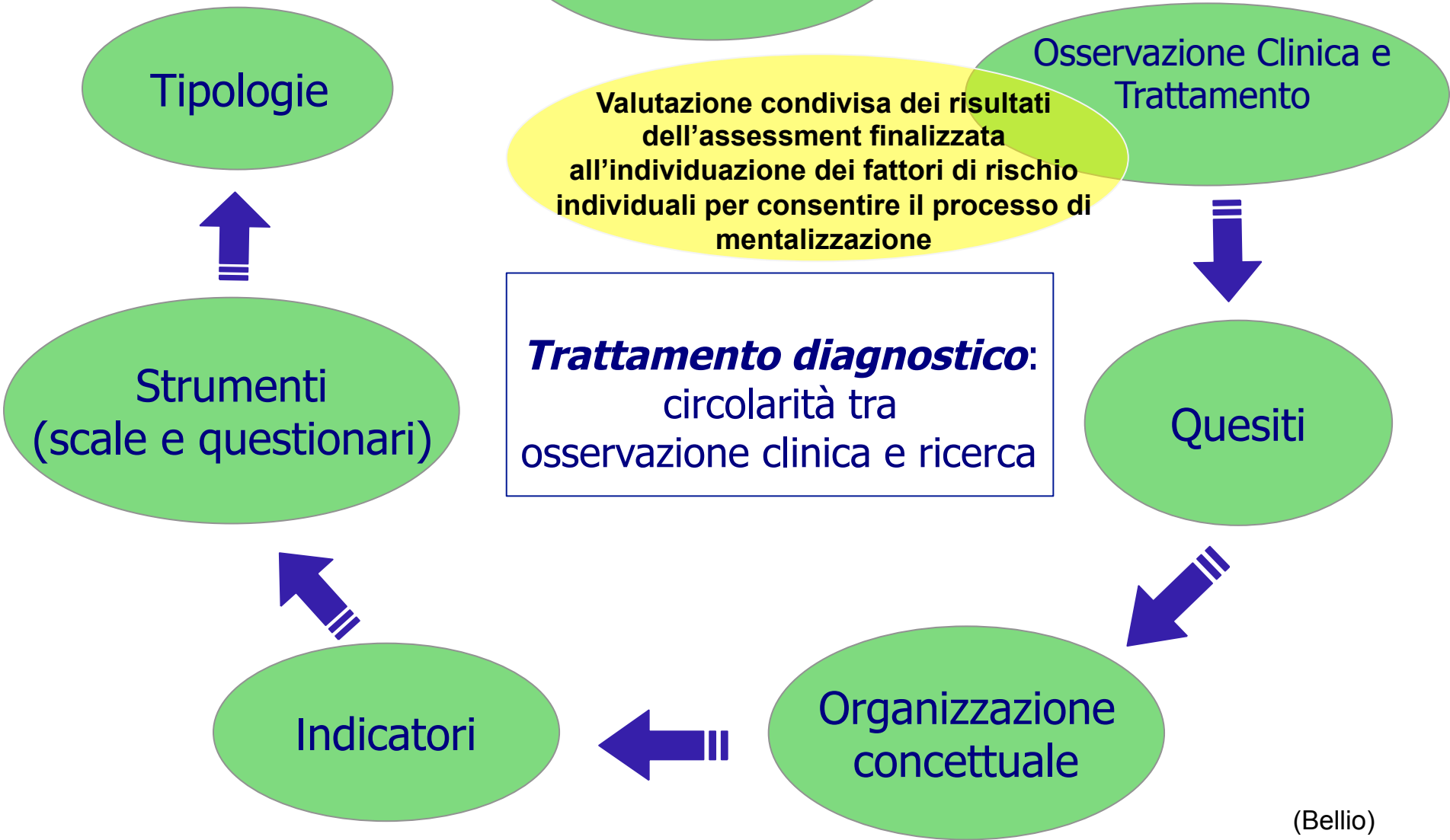
- Disturbi in ASSE I: ansia, distimia, dipendenza da droghe e alcol
- Il disturbo antisociale è ampiamente presente come tratto di personalità (BR > 74) , ma c'è anche un'alta incidenza della scala negativistica.

## Considerazioni Cliniche

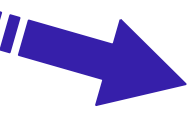
- Non è possibile tracciare un unico profilo di giocatore d'azzardo
- Opportunità di un approccio dimensionale
- L'assessment di personalità è compatibile con il modello di Blaszczynski e Nower

# **IN CONCLUSIONE**

**Si può affermare che, sebbene sia la psicoterapia che la farmacoterapia possono essere utili per trattare il Gioco d'Azzardo Patologico, è importante un approccio mirato agli specifici tratti, che aumenti le possibilità di riuscita del trattamento. Ciò è reso possibile da una corretta valutazione iniziale che avviene per mezzo del colloquio clinico e dell'assessment testologico.**



Progetto terapeutico



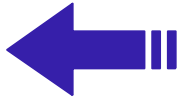
Osservazione Clinica e Trattamento



Quesiti



Organizzazione concettuale



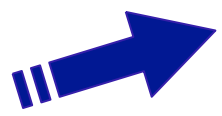
Indicatori



Strumenti (scale e questionari)



Tipologie



Valutazione condivisa dei risultati dell'assessment finalizzata all'individuazione dei fattori di rischio individuali per consentire il processo di mentalizzazione

**Trattamento diagnostico:**  
circolarità tra osservazione clinica e ricerca

# *Urge Surfing (ovvero pensierino zen finale...)*

- Visualizzazione del craving come un'onda che si increspa e si frange sulla spiaggia
- Non cresce in modo esponenziale fino a sommergerci, ma un picco e poi rapidamente decresce



- Non combattere contro l'onda
- Non cercare di opporsi ad essa
- Ma distaccarsene in modo da rinforzare la sensazione che abbia una natura esterna e cavalcarla come su una tavola da surf



*...ed in particolare alla Dott. ssa Patrizia Bongiardina e ai nostri collaboratori Daniele Carra, Cristina Lo Bue, Laura Lumia, Giuseppe Maniaci, Ester Russo, Simona Salvo.*