

FeDerSerD

informa

n.18

VII Congresso Regionale FeDerSerD Lombardia

Ottobre 2012

CONGRESSO TEMATICO NAZIONALE

*PRESENTAZIONE LAVORI
SESSIONI COMUNICAZIONI BREVI*

IL PREZZO DELLA SOLITUDINE

LE NUOVE FORME DELLA DIPENDENZA TRA COCAINA, ALCOL, GIOCO
D'AZZARDO PATOLOGICO E INTERNET ADDICTION



**MILANO - Centro Congressi Atahotel Executive
25 - 26 ottobre 2012**

indice

Capitolo 1 - pag 1

Poster e comunicazioni brevi sessione 1

- 1 UN INTERVENTO MULTIMODALE INTEGRATO PER IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: L'INDIVIDUO E LA FAMIGLIA
- 2 IPOTESI DEL MARCATORE SOMATICO E G.A.P.: UNO STUDIO PILOTA
- 3 LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEI PROGRAMMI TERAPEUTICI NEI PAZIENTI CON DIAGNOSI DI GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO
- 4 INTRODUZIONE DELLA MINDFULNESS IN UN CORSO PSICO-EDUCATIVO BREVE PER PAZIENTI GAP: UNO STUDIO PILOTA
- 5 GAMBLERS E GAMBLING IN CARCERE
- 6 SOLITUDINE E AUTONOMIA EMOTIVA NEGLI ADOLESCENTI CON CONDOTTE DI ABUSO DI SOSTANZE
- 7 MODELLO NARCISISTICO DELLE DIPENDENZE E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO IN UNA PROSPETTIVA FENOMENOLOGICA
- 8 DIFFERENZE DI GENERE NELLA TOSSICODIPENDENZA E NEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO
- 9 L'APPLICAZIONE DEI METODI D'AZIONE NELLA CONDUZIONE DI GRUPPI PSICOTERAPICI PER GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI
- 10 DAL PROGETTO GAP AL CENTRO DIPENDENZE SENZA SOSTANZE DI PALERMO: RIFLESSIONI TEORICHE E MODELLO TERAPEUTICO
- 11 UNO STUDIO DI PREVALENZA DI PROBLEMATICHE GIOCO-CORRELATE NELLA POPOLAZIONE TOSSICODIPENDENTE IN TRATTAMENTO PRESSO I SERT DEL TRENINO
- 12 SOLI... GIOCANDO
- 13 GIOCO D'AZZARDO E SENSO DI SOLITUDINE: STORIE AL FEMMINILE E POSSIBILI STRATEGIE TRATTAMENTALI

Capitolo 2 - pag. 30

Poster e comunicazioni brevi sessione 2

- 14 DOPPIA DIAGNOSI: INCIDENZA DELLE PATOLOGIE PSICHIATRICHE IN UN GRUPPO DI SOGGETTI AFFERENTI A UN SERVIZIO PER LE TOSSICODIPENDENZE
- 15 ADOLESCENTI "FREQUENT ATTENDERS" IN PRONTO SOCCORSO, ANALISI EPIDEMIOLOGICA SUL TERRITORIO PAVESE
- 16 L'ESPERIENZA DEL SERT DI CINISELLO NEL TRATTAMENTO DEI GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI
- 17 IL RUOLO DELL'ALCOL NEL PROCESSO DI RICADUTA: ESPERIENZA IN UN PROGRAMMA RESIDENZIALE TERAPEUTICO/ RIABILITATIVO
- 18 LA TERAPIA CON ACAMPROSATO: STUDIO MULTICENTRICO EFFETTUATO DA SERT. CAMPANI

- 19 L'AGOMELATINA NEL TRATTAMENTO DELL'ANEDONIA NEL PAZIENTE ALCOLISTA CON DISTURBO DELL'UMORE: CORRELAZIONI CON IL CRAVING
- 20 STUDIO PRELIMINARE SULLA QUALITÀ DELLA VITA (MEDIANTE QUESTIONARIO SF-36) IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI AFFERENTI AI SERT DELLA PROVINCIA DI BERGAMO
- 21 "IL PREZZO DELLA SOLITUDINE" GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO E COMUNITÀ TERAPEUTICHE: IL RISCHIO DI UNA DIPENDENZA SOTTOVALUTATA
- 22 LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA IN SOGGETTI CON ADDICTION DA COCAINA E/O DA GIOCO D'AZZARDO
- 23 DIPENDENZE E COMORBIDITÀ PSICHIATRICA: SITUAZIONE DEI PAZIENTI IN CURA PRESSO I SERT DELL'ASL DI PAVIA
- 24 INDAGINE DESCRITTIVA SUI GIOCATORI PATOLOGICI INSERITI NEL PROGRAMMA RESIDENZIALE BREVE "VILLA SORANZO": SPECIFICITÀ E DIFFERENZE

Capitolo 3 - pag 52

Altri lavori inviati in occasione del Congresso

- 25 ABUSO DI FARMACI E DIPENDENZA: IL CASO SINDENAFIL (VIAGRA) E SIMILI
- 26 SPORCARE IL GRUPPO... PULIRE LE RELAZIONI: LA TERAPIA DI GRUPPO CENTRATA SULLE EMOZIONI
- 27 LA GUERRA DEI "MONDI": MITI DI PERFEZIONE ED ESISTENZE PRECARE
- 28 LE SMART DRUGS COME RISPOSTA ALLA SOLITUDINE ESISTENZIALE DEI GIOVANI: DROGHE LEGALI?
- 29 LA MINDFULNESS NEL TRATTAMENTO DELL'ADDICTION: PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO DI SOGGETTI AFFETTI DA DIPENDENZA SESSUALE
- 30 LE NUOVE DIPENDENZE: RIFLETTENDO SULLA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLE ABILITÀ DI VITA
- 31 COMPULSION
Servizio ambulatoriale, multimodale di diagnosi e cura dei comportamenti compulsivi e delle nuove forme di dipendenza
- 32 GIOCO D'AZZARDO E SOLITUDINE ESISTENZIALE
Cred'io ch'ei credette ch'io credesse...
- 33 NUOVE DIPENDENZE
La prevenzione del gioco d'azzardo all'interno del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'Asl 4 Chiavarese
- 34 CLINICA DEL GIOCO D'AZZARDO
Il caso di un giovane ragazzo e la funzione patologica del gioco

Supplemento a Mission PERIODICO TRIMESTRALE DELLA FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI DEI DIPARTIMENTI E DEI SERVIZI DELLE DIPENDENZE

ANNO XI, 2012 - N. 35
Proprietà: FeDerSerD
Sede legale
Via Giotto 3,
20144 Milano

Comitato di Direzione
Direttivo nazionale
FeDerSerD

Direttore scientifico
Alfio Lucchini

Comitato di Redazione
Maurizio Fea, Vincenzo Marino, Laura Tidone, Giovanni Strepparola, Cinzia Assi

Sede operativa e
Redazione Mission
Via G. Mazzini, 54
20060 Gessate (Mi)
tel. 335.6612717
missionidirezione@virgilio.it

Direttore responsabile:
Stefano Angeli

Copyright by
FrancoAngeli s.r.l.
Milano

Poste Italiane Spa
Sped. in Abb. Post.
D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004
n. 46)
art. 1 comma 1 - DCB
Milano Autorizzazione
Tribunale
di Milano n. 131
del 6 marzo 2002

Edizione fuori commercio

capitolo 1 POSTER E COMUNICAZIONI BREVI SESSIONE 1

1

UN INTERVENTO MULTIMODALE INTEGRATO PER IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: L'INDIVIDUO E LA FAMIGLIA

Arianna Camporese*, Clementina Stimolo**,
Donatella Simonato***

* *Dirigente Medico Responsabile Ambulatorio GAP
UOC Interdistrettuale Dipendenze ULSS 17 Este
Monselice,*

** *Dirigente Medico UOC Interdistrettuale
Dipendenze ULSS 17 Este Monselice,*

*** *Educatore Professionale UOC Interdistrettuale
Dipendenze ULSS 17 Este Monselice.*

Riassunto

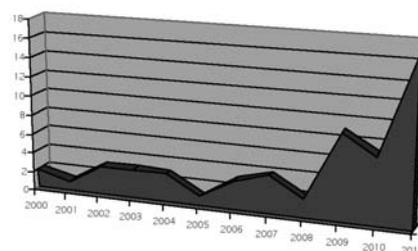
L'articolo presenta l'ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico dell'UOC Interdistrettuale Dipendenze dell'ULSS 17 Este Monselice (Pd). Nell'articolo sono presentati i dati epidemiologici raccolti dal 2000 al 2011 e le modalità di assessment e trattamento proposte ai giocatori ed alle loro famiglie. Ai pazienti vengono offerte diverse strategie di presa in carico (psicoterapie individuali, terapie di gruppo per i giocatori e per i familiari, incontri psicoeducazionali che coinvolgano sia il paziente che il familiare) ed interventi integrati tra diverse figure professionali (medico, psichiatra, psicologo, educatore, assistente sociale, infermiere).

INTRODUZIONE

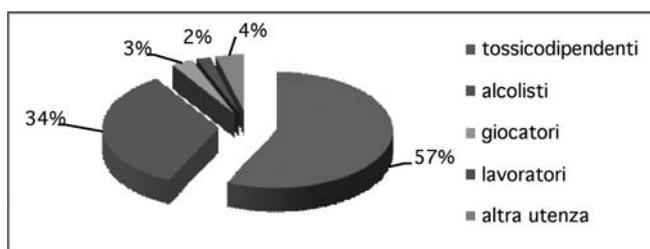
a) **Presupposti teorici:** il Servizio Dipendenze dell'ULSS 17 si occupa di gioco d'azzardo da alcuni anni; trovandosi dinanzi ad un fenomeno in evidente aumento, è stato strutturato un ambulatorio dedicato specificatamente alla prevenzione, diagnosi e cura del GAP. L'Ambulatorio si avvale di un'équipe multidisciplinare formata da: medico, psichiatra, educatori professionali, psicologo, assistente sociale e infermiere. Il modello teorico a cui ci siamo ispirati per la cura ed il trattamento dei giocatori d'azzardo è quello cognitivo-comportamentale.

b) **Dati epidemiologici ambulatorio Gap ULSS 17:** dal 2000 al 2011 nel nostro Servizio sono stati trattati 53 pazienti in totale, di cui 42 tra il 2008 e il 2011. E' interessante notare come per i nuovi casi vi sia stato un incremento esponenziale a partire dal 2008, con un picco di nuovi ingressi nell'anno 2011. (Fig. 1)

■ nuovi casi 2000-2011

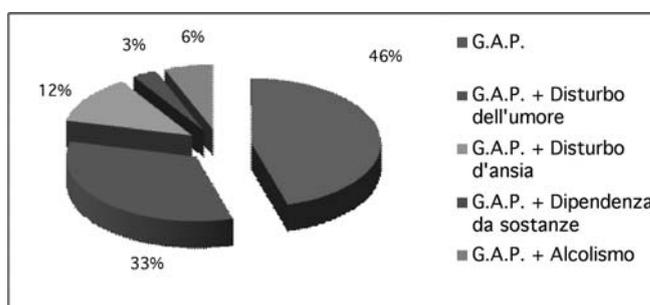


Nel 2011, nel nostro Servizio sono stati seguiti 33 pazienti con diagnosi di Gioco d'Azzardo Patologico, di cui 17 nuovi casi, che rappresentano circa il 30% del totale dei pazienti in carico al Servizio nello stesso anno. (Fig. 2)



Il gambling presenta alti livelli di comorbidità con varie problematiche psicopatologiche.

Nel nostro ambulatorio, su 33 pazienti in carico nell'anno 2011, il 54% presentava una comorbidità con altri disturbi psicologici. Di questi, il 33% presentava un disturbo dell'umore (dist.bipolare, depressione), il 12% un disturbo d'ansia (DOC e disturbo d'ansia generalizzato), il 3% dipendenza da sostanze illegali (eroina), il 6% alcolismo. (Fig. 3)



MATERIALI E METODI

Nell'ambulatorio Gap dell'ULSS 17 si utilizza l'approccio cognitivo-comportamentale associato ad un approccio psicoeducativo che coniuga training di abilità ed attività molto concrete (es. compiti per casa, sedute di yoga e meditazione).

Accoglienza e Assessment

PRIMO INCONTRO: raccolta storia personale e del problema gioco, intervista semistrutturata

SECONDO INCONTRO: analisi della situazione finanziaria, valutazione della motivazione al trattamento

TERZO INCONTRO: valutazione psicodiagnostica (SCL-90, SOGS, BIS-11, GCRS)

Quarto Incontro: restituzione dell'assessment e proposta terapeutica

Trattamento

Al termine della fase di assessment, al paziente motivato e che presenta una diagnosi di gioco d'azzardo patologico vengono fatte le seguenti proposte terapeutiche:

a) **Il trattamento individuale:** prevede sia incontri con lo psichiatra o psicologo che 4 - 6 incontri con un educatore. L'intervento con l'educatore è di tipo psicoeducazionale e viene rivolto sia al giocatore che a un familiare di riferimento. Vengono fornite sia informazioni che interventi di tipo cognitivo-comportamentale tesi a stimolare il cambiamento. In questa fase, ci si avvale di schede e compiti per casa.

b) **Il trattamento di gruppo:** segue la teoria della Prevenzione della Ricaduta di Marlatt e Gordon¹⁾, si svolge in 10-12 sedute della durata di 90 minuti, con un massimo di 12 partecipanti per seduta. Sono previsti due conduttori: un medico psichiatra ed un educatore. Il gruppo è semichiuso. La struttura delle sedute prevede una parte psicoeducazionale, una parte pratica (esercizi, simulate, giochi di ruolo) ed una parte finale riepilogativa. Ai pazienti vengono date delle schede di lavoro da svolgere a casa prima del successivo gruppo. Durante il gruppo, quando possibile, si offrono ai pazienti spazi per svolgere attività alternative come yoga, meditazione o Nordic Walking, che aiutano il paziente a sperimentare esperienze diverse.

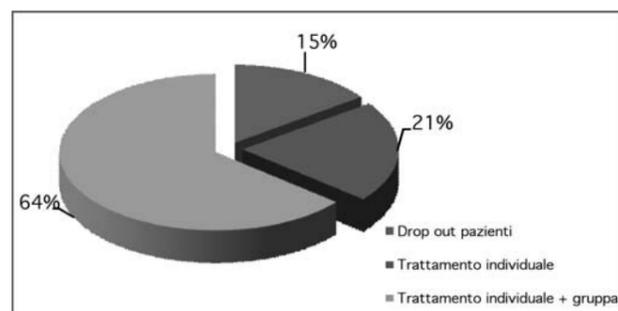
c) **Trattamenti per familiari:** i gruppi per i familiari dei giocatori si svolgono contemporaneamente al gruppo dei giocatori; l'obiettivo è quello di accompagnare l'intero nucleo familiare al cambiamento.

RISULTATI

Dati dell'attività clinica.

I pazienti presi in carico nel 2011 sono stati 33, di questi:

- Trattamento solo individuale 7 pazienti, (21% del campione)
- Trattamento integrato sia individuale che grupppale 21 pazienti, (64% del campione)
- Drop out 5 pazienti, (15% del campione). (Fig. 4)



Dei 33 pazienti che sono stati presi in carico nel 2011, 19 pazienti hanno concluso il trattamento; di questi, in base ai controlli di follow up (colloquio clinico) eseguiti a distanza di tre e sei mesi dalla fine del percorso terapeutico, ci risulta che siano ricaduti 2 pazienti, che rappresentano il 6% del totale. I 5 pazienti che hanno interrotto il trattamento sono stati contattati telefonicamente; di questi pazienti, 3 hanno ammesso di essere ricaduti (60% del totale dei pazienti che non hanno concluso i trattamenti) a distanza di poco tempo dalla sospensione del trattamento.

CONCLUSIONI

L'utilizzo di più modalità operative (tecniche cognitive-comportamentali, psicoeducazione, tecniche di rilassamento, terapie di gruppo ed individuali) coniugate con le differenti professionalità presenti nell'equipe terapeutica, fa sì che si possano offrire ai pazienti diverse strategie di intervento, a seconda della tipologia e della gravità del giocatore patologico. Il giocatore patologico è un paziente complesso che può presentare sintomi fisici, psichici e sociali, e ciò richiede all'equipe curante, oltre alla competenza, un'elevata capacità di gestire aspetti multiproblematici che coinvolgono sia il giocatore che la sua famiglia. È interessante osservare che chi termina il percorso terapeutico presenta un significativo minor tasso di ricadute rispetto a chi lo interrompe precocemente (tasso di ricaduta 6% vs 60%).

Bibliografia

- ¹⁾ Marlatt, G.A.; Gordon, J.R eds. Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors, New York: Guilford, 1985

IPOTESI DEL MARCATORE SOMATICO E G.A.P.: UNO STUDIO PILOTA

Elena Casiraghi¹, David Polezzi¹,
Guglielmo Cavallari², Andrea Vendramin²
e Giulio Vidotto¹

¹Dipartimento di Psicologia Generale, Università di Padova

²Dipartimento per le Dipendenze, ULSS 16, Padova

Il Gioco d'azzardo è sempre più capillarmente diffuso sul territorio italiano e il mercato offre una varietà di giochi sempre più ampia. Parallelamente, sembra essere aumentato il numero delle persone che sviluppano una dipendenza da gioco, perseverando in questa attività nonostante le conseguenze distruttive che il gioco ha portato in diverse aree della loro vita (personali, familiari, professionali, finanziarie e legali). Diversi modelli teorici hanno cercato di spiegare i meccanismi all'origine del gioco d'azzardo patologico (G.A.P.): comportamentali, cognitivi, psicodinamici, psicobiologici e sociologici. Ogni teoria pone l'accento su aspetti diversi, pur riconoscendo l'interazione di differenti fattori nell'eziologia del G.A.P.

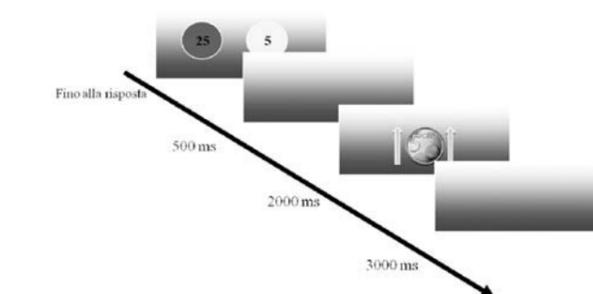
Questa ricerca affronta il fenomeno da una prospettiva nuova: il campo di studi sul processo decisionale (*decision making*), partendo dal presupposto che il giocatore d'azzardo patologico (G.A.P.) prende ripetutamente decisioni economicamente svantaggiose (anche se a volte non percepite da lui come tali). Tradizionalmente, il *decision making* è stato studiato come processo razionale, in particolare nel campo economico, e le emozioni erano comunemente considerate fattori di disturbo di questo processo. Al contrario, una recente teoria proposta da Damasio e Bechara, l'"ipotesi del marcatore somatico", si inserisce in un approccio che non considera i processi cognitivi e di ragionamento sufficienti per prendere decisioni vantaggiose rispetto ad un compito. Damasio e Bechara, grazie a studi su persone con lesioni al circuito cerebrale delle emozioni (amigdala, insula, tronco encefalico e corteccia prefrontale ventro-mediale) confrontati con soggetti sani, utilizzando l'Iowa *Gambling Task* (IGT), hanno dimostrato che le emozioni (risposte somatiche automatiche a degli stimoli) non sono solo utili, ma indispensabili, per fare scelte vantaggiose dal punto di vista razionale. Pur dimostrando di avere la cognizione di quali fossero le scelte vantaggiose nel compito, le persone con lesioni non sceglievano vantaggiosamente e, a differenza dei soggetti senza lesioni, non presentavano modificazioni fisiologiche (nello specifico è stata misurata la risposta di conduttanza cutanea) durante il compito. In questo modo, i ricercatori hanno ipotizzato che le modificazioni somatiche segnalino la qualità positiva o

negativa dell'esito previsto di un'opzione e ne incoraggino o meno la scelta, da qui la parola "marcatori somatici".

A partire da queste premesse, nella nostra ricerca abbiamo indagato la variazione di alcuni indici fisiologici emozionali in un gruppo di giocatori d'azzardo diagnosticati come G.A.P. e in un campione di controllo, durante una simulazione di gioco d'azzardo al computer (*gambling task*), per verificare se vi fosse una relazione tra modificazioni somatiche e comportamento di gioco. Infatti, i G.A.P. pur non avendo danni cerebrali presentano una carenza nella capacità decisionale di tipo economico/razionale. I giocatori sono stati reclutati tra quelli in cura presso l'"Ambulatorio per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico" del Dipartimento per le Dipendenze dell'ULSS 16 di Padova. Data la scarsa numerosità del campione, e per ridurre l'impatto delle differenze socio-demografiche individuali nel confronto tra i pazienti e i soggetti del gruppo di controllo abbiamo utilizzato il metodo del confronto a coppie (*pair matching*).

GRUPPO	SOGGETTO	SESSO	ETA'	OCCUPAZIONE	STATO CIVILE	SCOLARITA'
GAP CONTROLLO	1	M	62	PENSIONATO	LIBERO	MEDIA SUP
	1	M	63	OCCUPATO	SPOSATO	MEDIA SUP
GAP CONTROLLO	2	M	58	OCCUPATO	SPOSATO	MEDIA INF
	2	M	59	PENSIONATO	SPOSATO	MEDIA INF
GAP CONTROLLO	3	M	50	OCCUPATO	SPOSATO	MEDIA INF
	3	M	51	OCCUPATO	SPOSATO	MEDIA SUP
GAP CONTROLLO	4	M	47	OCCUPATO	SPOSATO	PROFESSIONALE
	4	M	46	OCCUPATO	SPOSATO	PROFESSIONALE
GAP CONTROLLO	5	M	45	OCCUPATO	SPOSATO	MEDIA SUP
	5	M	45	OCCUPATO	SPOSATO	PROFESSIONALE
GAP CONTROLLO	6	M	36	OCCUPATO	SPOSATO	PROFESSIONALE
	6	M	35	OCCUPATO	SPOSATO	MEDIA SUP

Tutti i partecipanti non presentavano disturbi dell'Asse I e II del DSM-IV né danni neurologici. In questo modo si è cercato di rendere il più possibile omogenei i due gruppi del campione, tranne che per il comportamento di gioco d'azzardo. Il *gambling task* era strutturato in 3 blocchi di 40 scelte ciascuno: ai partecipanti veniva chiesto per 120 volte di scegliere tra due opzioni con la stessa probabilità di vincita (50%), ma un diverso grado di rischio (diversa grandezza della vincita/perdita).



I partecipanti devono scegliere tra un'opzione rischiosa (cerchio "25") e un'opzione sicura (cerchio "5"). L'opzione rischiosa offre la possibilità di vincere somme più grandi insieme alla possibilità di perdere somme più grandi, rispetto all'opzione sicura.

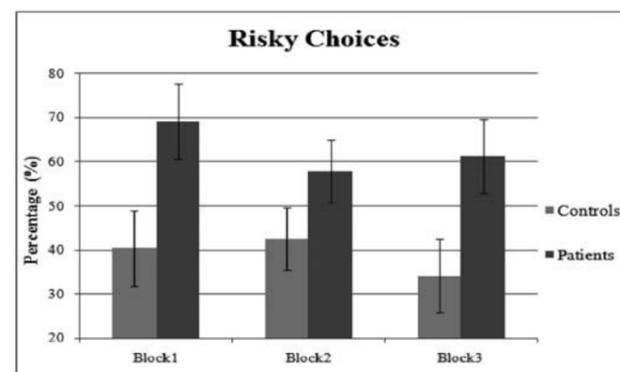
Sono stati registrati anche i tempi di reazione nell'effettuare le scelte, in quanto forniscono informazioni sul tratto dell'impulsività, spesso implicato nella dipendenza. Abbiamo scelto come indici fisiologici la pressione arteriosa e il battito cardiaco e li abbiamo misurati prima del compito e alla fine di ogni blocco. Sottraendo il valore iniziale (*baseline*) alle 3 successive misurazioni, abbiamo ottenuto la fluttuazione di questi indici mentre i soggetti eseguivano il compito.

In questo modo abbiamo potuto indagare la relazione tra "marcatori somatici" e propensione al rischio. Ci aspettavamo di osservare:

- I) modificazioni fisiologiche della pressione arteriosa e/o del battito cardiaco in relazione con il comportamento di gioco (propensione al rischio/evitamento del rischio)
- II) un maggior numero di scelte rischiose tra i G.A.P.
- III) differenti modificazioni somatiche tra i G.A.P. e i soggetti di controllo.

Per ottenere maggiori informazioni sulle differenze tra i due gruppi, ai partecipanti sono stati somministrati anche due questionari: Sensation Seeking Scale IV (SSS), che rileva due fattori, "Ricerca di brivido e avventura" e "Disinibizione" (la prima parte del test indaga le attività passate del soggetto, mentre la seconda le intenzioni per il futuro); e Gambling Related Cognition Scale (GRCS), che rileva cinque fattori: "Distorsioni interpretative", "Illusione di controllo", "Controllo predittivo", "Incapacità a smettere di giocare", "Aspettative dal gioco".

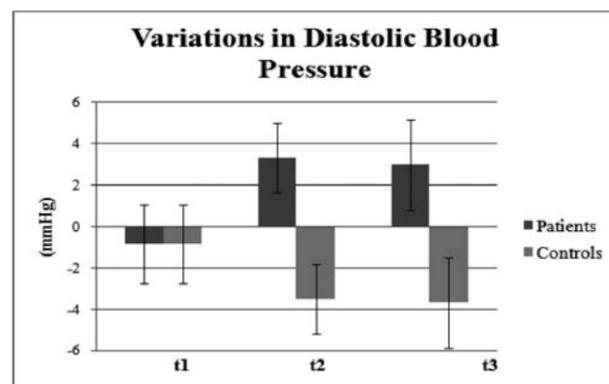
Con i dati raccolti è stata effettuata l'analisi della varianza (ANOVA) a misure ripetute ed è emerso che i soggetti del gruppo di controllo hanno mostrato un comportamento di evitamento del rischio, mentre i G.A.P. hanno preferito scelte rischiose.



Tutti i partecipanti hanno presentato tempi di reazione progressivamente più brevi durante lo svolgimento del compito, senza differenze tra i due gruppi. Quindi, l'impulsività sembra non giocare un ruolo importante nella propensione al rischio di questi G.A.P. (l'accorciarsi dei tempi di reazione è dovuto all'apprendimento del compito). I punteggi ottenuti dai partecipanti alle scale della SSS non presentano differenze rilevanti tra i due gruppi. La GRCS non rivela la presenza di distorsioni cognitive in nessun

partecipante, tuttavia i due gruppi si discostano nella scala "Incapacità a smettere di giocare", dove i pazienti, a differenza dei controlli, riportano punteggi più alti.

Per quanto riguarda le misurazioni fisiologiche durante l'esperimento, i soggetti del gruppo di controllo hanno mostrato una diminuzione della pressione sanguigna diastolica, mentre i G.A.P. hanno avuto una reazione fisiologica opposta; le variazioni della pressione sanguigna sistolica e del battito cardiaco non sono risultate significative.



In conclusione, i dati di questo studio confermano il contributo delle emozioni nel processo decisionale. In accordo con l'ipotesi del marcatore somatico, si ritiene che la diminuzione della pressione sanguigna serva presumibilmente da "segnale d'allarme" che previene o riduce scelte rischiose. È interessante notare come molti studi riportano un'associazione tra la percezione del dolore e la pressione arteriosa in soggetti sani, mostrando come le persone con bassa pressione sanguigna siano più sensibili al dolore rispetto a persone con pressione alta. L'abbassamento della pressione mostrato dai soggetti di controllo, che presentano una minore propensione al rischio durante il compito, potrebbe indicare la maggior sensibilità di questi alle perdite potenziali (il "dolore" anticipato della possibile perdita). Al contrario, l'aumento della pressione arteriosa mostrato dai G.A.P. indica la differente emozione che questi pazienti hanno associato al gioco d'azzardo. Se ulteriori studi confermassero questi risultati, il funzionamento dei marcatori somatici potrebbe essere uno dei fattori implicati nella permanenza del deficit decisionale dei G.A.P., anche quando consapevoli della dannosità della scelta di continuare a giocare e in assenza di distorsioni cognitive.

3

LA VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEI PROGRAMMI TERAPEUTICI NEI PAZIENTI CON DIAGNOSI DI GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Grech Marialuisa*, Levari Ermelinda*, Porta Alberto*
*Psichiatra Ser.T Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

L'obiettivo degli Autori è dimostrare come sia possibile valutare l'esito di un programma terapeutico anche nell'ambito di una dipendenza non da sostanze com'è il gioco d'azzardo patologico. Presso il Ser.T di Trento, l'equipe multidisciplinare concorda e predefinisce con il paziente gli obiettivi terapeutici e contestualmente chiarisce quali siano gli indicatori usati per la valutazione degli esiti. La tipologia di programmi terapeutici messi in atto presso il Ser.T di Trento per i giocatori patologici

sono i seguenti (vedi schema):

TIPOLOGIA	PROGRAMMA	OBBIETTIVO
Aggancio		Ritenzione in trattamento e verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al cambiamento
Stabilizzazione		L'obiettivo di questo pgt è contenere i sintomi e supportare la capacità di gestione delle difficoltà della vita quotidiana (migliorare la qualità della vita)
Induzione del cambiamento		Attivare le azioni necessarie per raggiungere la cessazione dei sintomi in una diagnosi di dipendenza non da sostanze. Riconoscere e affrontare gli eventuali elementi di problematicità correlati alla patologia.
Gestione del cambiamento		Promuovere il consolidamento dei risultati raggiunti con il programma d'induzione del cambiamento

Nelle tabelle successive sono presentati gli indicatori d'esito predisposti per singolo programma terapeutico.

INDICATORI D'ESITO DEL PGT DI AGGANCO

OBBIETTIVO	SUCCESSO	SUCCESSO PARZIALE	INSUCCESSO
Ritenzione in trattamento	Aderenza almeno all'80% degli appuntamenti programmati	Aderenza meno dell'80% degli appuntamenti programmati	Abbandono
Verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al controllo del sintomo e/o all'astinenza e/o all'assenza di sintomatologia	Strutturazione di un pgt volto al controllo del sintomo e/o all'astinenza e/o all'assenza di sintomatologia	Persistenza nel pgt di aggancio	Abbandono

INDICATORI D'ESITO DEL PGT DI AGGANCO

OBBIETTIVO	SUCCESSO	SUCCESSO PARZIALE	INSUCCESSO
Contenere i sintomi	Riduzione del 50% della sintomatologia per una dipendenza non da sostanze a valutazione dell'equipe	Riduzione meno del 50% della sintomatologia per una dipendenza non da sostanze	Nessuna sostanziale modifica rispetto al quadro iniziale
Migliorare la qualità della vita	Raggiunti due o più elementi di miglioramento della qualità della vita	Raggiunto un solo elemento di miglioramento della qualità della vita	Nessun elemento raggiunto
	Aderenza totale ai comportamenti previsti dal counseling sanitario	Aderenza parziale fino al 50% ai comportamenti previsti dal counseling sanitario	Nessuna aderenza al counseling

INDICATORI D'ESITO DEL PGT DI INDUZIONE DEL CAMBIAMENTO

OBIETTIVO	SUCCESSO	SUCCESSO PARZIALE	INSUCCESSO
Cessazione dei sintomi. (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze)	Assenza di una sintomatologia correlata, durante qualsiasi forma di trattamento instaurata. (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze)	Riduzione della sintomatologia, correlata, dal 70 al 99%, durante qualsiasi forma di trattamento instaurata. (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze)	Riduzione della sintomatologia, correlata, < 70 %, durante qualsiasi forma di trattamento instaurata. (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze)

INDICATORI D'ESITO DEL PGT DI GESTIONE DEL CAMBIAMENTO

OBIETTIVO	SUCCESSO	SUCCESSO PARZIALE	INSUCCESSO
Consolidare i risultati raggiunti con il programma d'induzione del cambiamento.	Cessazione dei sintomi. (in una diagnosi di dipendenza non da sostanze)	Fugaci e temporanee ricadute nel sintomo (durata max della ricaduta un mese)	Ricaduta persistente nel tempo (durata più di un mese)

Il modello è applicato routinariamente a tutti i giocatori d'azzardo patologici. Il Ser.T di Trento dal Gennaio 2012 al Settembre 2012 ha in carico 75 pazienti a cui è stata posta diagnosi di GAP secondo i criteri del DSM IV.

4

INTRODUZIONE DELLA MINDFULNESS IN UN CORSO PSICO-EDUCATIVO BREVE PER PAZIENTI GAP: UNO STUDIO PILOTA

*Gianluca Maini, *G.Cavallari, *A.Stivanello, *Miriam Cau
*Dipartimento per le Dipendenze Aulss16 Padova

Riassunto. Nel Dipartimento per le Dipendenze dell'Ulss 16 di Padova è stato attivato un corso psico-educativo breve, secondo l'approccio cognitivo comportamentale, con l'intento di migliorare l'efficacia del trattamento del GAP. Il focus degli interventi è stato principalmente la gestione del craving per il gioco e la ricerca di alternative al gioco piacevoli ed similmente attivanti. Nei cinque incontri settimanali di un'ora e mezza sono stati proposti semplici esercizi di Mindfulness, utili per desistere dall'impulso al gioco e sono stati consigliati semplici esercizi di varia natura da ripetere a casa. Gli strumenti di valutazione dell'efficacia utilizzati sono stati il TMS (Toronto Mindfulness Scale) e il diario di gioco per monitorare l'andamento dei partecipanti rispetto al gioco. Seppur i risultati relativi al TMS non risultino statisticamente significativi, gli episodi di gioco sono invece sensibilmente diminuiti e l'esercizio proposto è stato gradito dai partecipanti al corso.

Introduzione. Il gioco d'azzardo, nella sua forma patologica, è un fenomeno che interessa un numero sempre maggiore di persone, complici il proliferare di lotterie istantanee sempre più pubblicizzate e la presenza sempre più massiccia delle slot machines negli esercizi pubblici. Questi due tipi di scommessa hanno in comune caratteristiche quali l'opportunità di vincita immediata e la totale alea. Al fine di gestire alcuni processi psicologici riconosciuti caratteristici nei pazienti GAP (Blaszczynski, A., & Nower, L. 2002), in un gruppo di pazienti GAP in carico presso l'Ambulatorio per le Dipendenze da Gioco, sono stati proposti la pratica della Mindfulness - per la gestione del craving - integrata ad alcune strategie e tecniche proprie dell'approccio cognitivo-comportamentale - per la ricerca di soluzioni alternative al gioco.

Il craving, caratteristico delle dipendenze in genere (DSM IV), è percepito come un bisogno intenso e incontrollabile di tornare al gioco; è una spinta difficile da contenere che monopolizza pensieri, attenzione, interessi personali e il cui esito è la ricaduta. Sono stati individuati due elementi sui quali intervenire: l'attivazione emotiva piacevole, ovvero il desiderio di gioco, nonché la tendenza all'immediato passaggio all'atto, in cui si assiste ad una momentanea perdita del controllo della volontà personale a

cui segue una ricaduta nel comportamento di gioco (Grant, J. E., & Kim, S. W. 2003). In gruppo ed in maniera guidata sono stati esplorati gli stimoli induttori alla ricaduta in ciascun partecipante, affiancando l'esplorazione alla spiegazione delle basi psicologiche e biologiche del craving. Per contrastare gli automatismi caratteristici della dipendenza, ovvero i processi che tendono a cronicizzarsi (Toneatto T., 1999), è stata utilizzata una tecnica di Mindfulness (Didonna F. 2010). Per Mindfulness si intende: "prestare attenzione in un particolare modo: di proposito, nel momento presente ed in maniera non giudicante" (Kabatt-Zinn, 1994) e grazie a questo stato mentale, raggiungibile con una costante pratica di rilassamento e concentrazione, è possibile imparare a lasciare scorrere i pensieri o le sensazioni che affiorano alla mente, anche quelli più persistenti ed intrusivi, così da interrompere automatismi come il craving e il rimuginare. Molti studi presenti in letteratura hanno dimostrato come l'impiego della Mindfulness sia risultato efficace nel trattamento dei disturbi dell'umore (J.D. Teasdale, Z.V. Segal, M.G. Williams, 1995; S.G. Hofmann, A.T. Sawyer, A.A. Witt, D. Oh, 2010), nei disturbi dello spettro autistico (Spek, A.A., van Ham, N.C., Nyklicek, I., 2013) e nel trattamento delle dipendenze (Breslin, Zack, & McMMain, 2002). Parallelamente è stata stimolata la ricerca di valide alternative al gioco attraverso un brainstorming assistito in cui ciascuno veniva sostenuto ad individuare attività ricreative attivanti, capaci di inescare il desiderio e di evocare emozioni simili a quelle del gioco, da mettere in pratica nella quotidianità e rivalutate durante il corso.

Partecipanti. Il gruppo era composto da 12 giocatori di entrambe i sessi con età eterogenea, tra quelli in carico presso il Dipartimento, che al momento dell'inizio del corso attraversassero la quarta fase del trattamento motivazionale, ovvero quello di azione (Miller W., Rolnick S.), rientranti alle prime due tipologie individuate da Blaszczynski (2002): condizionata nel comportamento ed emotivamente vulnerabile. Sono stati condotti 5 incontri settimanali della durata di 1 ora e mezzo,

Obiettivi. Aumento della capacità individuale di fronteggiare gli episodi di craving, diminuzione degli episodi di ricadute e contenimento delle conseguenze negative, ed infine il riorientamento del sistema della gratificazione.

Metodo. Gli incontri iniziavano con una breve introduzione, da parte dello psicologo, dei meccanismi sottesi alla dipendenza seguiti da problem solving mediante brainstorming utili a fronteggiare il craving; ad esso seguiva la guida all'apprendimento di alcune pratiche della Mindfulness da utilizzare quotidianamente a casa e in situazioni critiche. Sono stati assegnati dei compiti volti all'individuazione e alla pratica di soluzioni alternative al gioco ed era previsto, inoltre, un supporto e monitoraggio telefonico rispetto agli impegni presi. Era valorizzato lo

scambio di pareri, di esperienze e il sostegno emotivo fra i partecipanti, e sono stati favoriti gli aspetti di convivialità affinché la piacevolezza degli incontri fungesse da ulteriore spinta motivazionale alla partecipazione.

Strumenti di misura. Per valutare l'andamento del corso riguardo gli obiettivi sopra citati sono stati utilizzati il diario di gioco e una traduzione del TMS di Bishop e al. (2006), costituito da 13 item, per la misurazione dei livelli della Mindfulness. In altre parole la capacità di disidentificarsi o di ripercipire l'esperienza presente in maniera più chiara e adattativa.

Svolgimento

Durante il primo incontro sono state incoraggiate le presentazioni reciproche (non obbligatorie, per tutelare chi voleva preservare la privacy), presentato il modello di craving da noi proposto. Spiegato poi il principio della Mindfulness con esempi e brevi esercizi di rilassamento per favorire il vuoto mentale. Infine sono stati somministrati i questionari per valutare il raggiungimento della Mindfulness e dato il diario di gioco da compilare costantemente per tutto il periodo. In tutti gli incontri successivi è stato ripreso la pratica della Mindfulness con l'indicazione di ripeterla a casa possibilmente due volte al giorno per 10 minuti ogni volta. E' stato, inoltre, affrontato in gruppo l'argomento del desiderio, momento in cui ciascun componente potuto di condividere e discutere le proprie e le altrui motivazioni che spingono al gioco e alla ricerca di alternative ricreative praticabili. Alla fine degli incontri si chiedeva di riflettere e riportarne per iscritto i punti salienti.

Infine l'ultimo incontro è stato dedicato alla verifica dei compiti svolti per casa, alla seconda somministrazione del TMS ed alla raccolta del diario di gioco, nonché ai saluti finali con tanto di feedback da entrambe le parti sul percorso fatto assieme. Non sono avvenuti scambi telefonici né tanto meno incontri fra i partecipanti fuori dal gruppo, ma ugualmente diversi hanno portato qualcosa da condividere, e durante questo momento è stato richiesto dai partecipanti un ulteriore incontro di verifica dopo 2 mesi. La maggior parte delle persone non era costante negli esercizi e chi lo era ha ottenuto miglioramento più marcato rispetto alla loro condizione di partenza.

Risultati e conclusioni. Dall'analisi della letteratura emerge che la pratica quotidiana della Mindfulness contribuisce all'aumento dei punteggi dei due fattori che compongono il TMS (Bishop e al., 2006), gli indicatori dell'aumento della curiosità e del decentramento, inteso come la riorganizzazione degli interessi.

In tabella 1 sono presentati i risultati relativi al TMS (Toronto Mindfulness Scale), in particolare medie e deviazioni standard dei due fattori che compongono lo strumento: Curiosità e Decentramento.

	Pre			Post		
	M	SD	n	M	SD	n
TMS Curiosità	18.36	5.43	11	17.73	4.94	11
TMS Decentramento	17.45	7.12	11	17.09	3.96	11

Tabella 1: Medie e Deviazioni Standard Pre e Post Toronto Mindfulness Scale (TMS): Curiosità e Decentramento.

Come si può osservare, entrambi i fattori non presentano un aumento dei punteggi medi nelle misurazioni post rispetto a quelli ottenuti nelle misurazioni pre.

Nello specifico il fattore Curiosità (Figura 1) presenta un punteggio medio pari a 18.36 (SD = 5.43) nella misurazione pre, mentre un punteggio medio 17.73 (SD = 4.94) nella misurazione post.

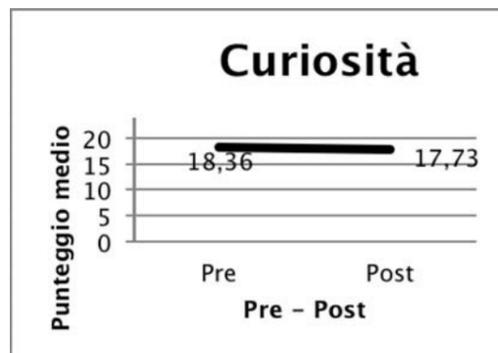


Figura 1: Punteggi Curiosità Pre e Post.

Il fattore Decentramento (Figura 2) presenta un punteggio medio pari a 17.45 (SD = 7.12) nella misurazione pre, mentre un punteggio medio 17.09 (SD = 3.96) nella misurazione post.

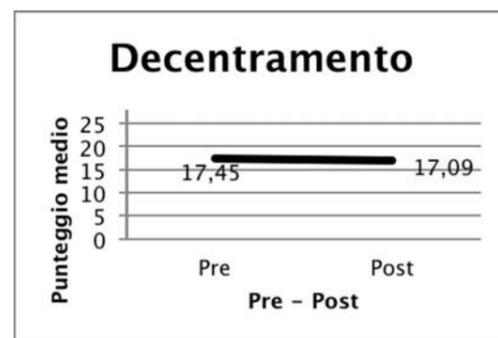


Figura 2: Punteggi Decentramento Pre e Post.

Il test effettuato per verificare la presenza o meno dell'aumento dei punteggi dei due fattori (Curiosità e Decentramento) è stato il t-test per dati appaiati, attraverso il quale è emerso che il p-value associato ad entrambi i fattori è rispettivamente .44 e .88. Questi valori esprimono la non significatività del test.

Concludendo, seppure per tutti i partecipanti si è constatato, attraverso il diario di gioco, che gli epi-

sodi di gioco sono diminuiti e anche la spesa era sensibilmente ridotta, non vi è stato un aumento statisticamente significativo dei punteggi del TMS. Tale esito del test può esser spiegato dalla scostante pratica quotidiana della Mindfulness, messa in atto, come riferito dai partecipanti, esclusivamente durante gli incontri strutturati. Il lavoro svolto assieme è stato comunque percepito da tutti come proficuo nei termini del mantenimento della motivazione al cambiamento e un aumento della fiducia nella efficacia personale.

Discussione generale. Se durante il corso il gruppo ha dimostrato da una parte un impegno non costante nell'eseguire i compiti assegnatigli, dall'altra ha mostrato continuità ed entusiasmo nel partecipare e ritrovarsi per uno scambio reciproco di pareri ed esperienze, tanto che alcuni hanno chiesto la possibilità di continuare gli incontri a cadenza più diluita. Coloro che sono stati più costanti negli esercizi hanno riferito di averne tratto notevoli benefici, soprattutto nella gestione del craving (che prima risultava incontrollabile) e quindi nell'attuare più liberamente le alternative pensate. Considerando che quanto presentato è uno studio pilota con cui valutare l'esito degli interventi, è possibile ipotizzare che i cambiamenti parzialmente ottenuti siano da imputare anche alla struttura stessa degli interventi che, seppure integrati e intensivi, quando si sviluppano in un arco temporale molto breve non sono sufficienti a consolidare il cambiamento.

Bibliografia

Breslin, F. C., Zack, M., &McMain, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 275-299.

Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-99.

Didonna F. 2010, Master in Mindfulness Based Therapy-Introduzione alla Mindfulness, Vicenza.

Goodie, A. S. (2005). The role of perceived control and overconfidence in pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 21, 481-502.

Grant, J. E., & Kim, S. W. (2003). Comorbidity of impulse control disorders in pathological gambling. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 203-207.

Hofmann S.G., Sawyer A.T., Witt A.A., D. Oh. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, pp. 169-183

Kabat-Zinn, J. (1994) *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.

Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., et al. (2006). The toronto mindfulness scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1445.

Mark F. Bear, Barry W. Connors, Michael A. Paradiso

(2007). *Neuroscienze. Esplorando il cervello*. Milano, Masson.

Miller W., Rolnick S., 1994. *Il colloquio di motivazione*, Erickson, Trento.

Spek, A.A., van Ham, N.C., Nyklíček, I. (2013) "Mindfulness-based therapy in adults with an autism spectrum disorder: A randomized controlled trial" *Research in Developmental Disabilities* Volume 34, Issue 1, Pages 246-253

Teasdale J.D., Segal Z.V, Williams M.G (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help?. *Behavior Research and Therapy*, 33, pp. 25-39

Toneatto T. *Cognitive psychopathology of problem gambling*. *Subst Use Misuse* 1999; 87: 549-65

5

GAMBLERS E GAMBLING IN CARCERE

Mazzoleni Ferracini Benedetta, Assistente Sociale, U. O. Carcere, ASL Monza e Brianza
Cocchini Attilio, Psicologo, Responsabile U.O. Carcere, ASL Monza e Brianza

La lenta e complessa evoluzione semantica del gioco d'azzardo patologico sembra ripercorrere ai giorni nostri il processo culturale che ha preceduto ed accompagnato la clinicizzazione della dipendenza da sostanze legali in anni ormai lontani. Lo scarto iniziale sembra avere luogo quando un comportamento problematico cessa di essere confinato dalla sfera privata dell'individuo e della sua famiglia per assumere una marcata valenza collettiva, di cui la comunità deve farsi carico in quanto influente sulla sua economia ed equilibri di relazione. Posto che si tratta di comportamenti che per la loro diffusione rappresentano una rilevante fonte di reddito legale, e che per questo non possono essere fatti oggetto di politiche radicalmente proibizioniste, lo sforzo sembra canalizzarsi verso il mantenimento di essi al di sotto della soglia dell'allarme sociale, così da consentire il mantenimento della rendita economica che ne deriva ma allo stesso tempo arginare i costi sociali dell'abuso. In questo contesto, il gioco e il consumo delle sostanze legali implementano i processi di socializzazione e si sposano con la normalità della vita quotidiana: solo così si può giocare o bere "il giusto": la matrice di significato del comportamento è data dalla sua accettazione sociale, stratificata nel corso del tempo, fino a divenire parte della sua cultura. Evidentemente, quando il contesto sociale cambia, il comportamento stesso assume significati completamente differenti¹.

Il carcere, o meglio la società che vive in carcere, rappresenta in questo caso, un utile punto di vista, in quanto consente di riflettere sulle possibili valenze alternative di comportamenti che costituiscono altrove la normalità. Si tratta di un osservatorio misconosciuto quando i comportamenti di dipendenza riguardano l'aberrazione di ciò che all'esterno è lecito².

Per quanto attiene l'ultimo arrivato, il gioco d'azzardo, le ricerche all'interno delle carceri sono quasi del tutto inesistenti³, sebbene sia intuitivo il collegamento fra irrefrenabile impulso al gioco e la maggiore propensione ai reati predatori ed è quindi ipotizzabile che all'interno delle carceri la prevalenza del GAP sia maggiore rispetto all'esterno⁴.

Il gioco in carcere

L'osservazione empirica degli operatori indica che in carcere si gioca.

Se si accetta l'ipotesi che una delle maggiori ragioni di successo del gioco sia ovunque rappresentato dalla sua capacità di produrre eccitazione, all'interno delle carceri si può supporre che questa caratteristica

venga particolarmente ricercata, non solo per contrastare uno stile vita ripetitivo e deprimente, ma anche perché gli individui che abitano le carceri sono strutturalmente più soggetti a presentare disturbi del controllo emozionale della popolazione generale. Questa caratteristica, maggiormente riscontrata anche nei giocatori patologici⁵, permette di comprendere come in carcere, più facilmente che altrove, il gioco finisca per assumere caratteristiche francamente problematiche. In carcere, al denaro non disponibile, si sostituiscono oggetti e comportamenti a cui viene attribuito un valore di scambio, il cui passaggio è in grado di modificare la natura delle relazioni sociali e le strutture gerarchiche della popolazione detenuta. Attraverso il gioco, solitamente di carte, è possibile cambiare il proprio status in modo anche molto significativo, ottenendo beni e privilegi che, per chi si trova in una posizione di iniziale svantaggio, non sarebbero in altro modo raggiungibili. Le attribuzioni valoriali e le modalità del successo sociale, sono molto differenti da quelle del mondo legale e spesso ad esse si contrappongono in modo inconciliabile. Il carcere è infatti caratterizzato dalla compresenza di principi organizzativi sociali fortemente differenziati: mentre l'amministrazione penitenziaria faticosamente promuove l'acquisizione di uno stile di vita, fondato sul lavoro legale, sull'istruzione e sul rispetto reciproco, la sub-cultura carceraria fornisce opportunità di tipo assai diverso, sostanzialmente basate sulla capacità di imporre la propria volontà, facendo spesso ricorso a modalità di relazioni intimidatorie.

Il gioco spesso risulta un ottimo luogo di compresenza di questi due piani; rientra a tutti gli effetti fra le attività consentite dall'amministrazione, ricompresa nella più vasta categoria delle "attività di socializzazione, ma di fatto consente la costruzione ed il consolidamento di una struttura sociale alternativa al lavoro legale e allo studio. Per molti, soprattutto stranieri o giovani alle prime esperienze carcerarie, il gioco diviene un'occasione impedibile di autoaffermazione; per il mondo criminale, invece, si tratta di una modalità di selezione ed affiliazione delle nuove leve, nonché più estesamente di una forma di controllo dei comportamenti personali che si estende ben oltre il momento ludico e in grado di interferire con lo sforzo rieducativo istituzionale. Il carcere in questo modo porta alle estreme conseguenze il desiderio largamente diffuso di cambiare la propria esistenza attraverso la vincita e non il guadagno, inserendo quello che all'esterno è l'improbabile sogno individuale legato all'evento fortuito, in una cornice collettiva assai più solida e organizzata.

Dai resoconti forniti da alcuni detenuti, si potrebbe riassumere tutto questo affermando che in carcere giocare "il giusto" vuole talvolta dire giocare sé stessi.

Il caso di A.: ex operaio, 33 anni, gioca alle macchinette da 5 a. circa. Prima di finire in carcere, con pesanti conseguenze sulla vita sociale, affettiva ed economica. A causa del gioco entra in contatto con la microcriminalità locale che si muove intorno alle slot machines. La relazione con questi nuovi "amici" diventa sempre più confidenziale e intima ed inizia ad

accettare e contestualmente organizzare i reati per i quali è detenuto. Durante la detenzione crea nuovi legami e nuove relazioni ma continua il gioco. Con il passare del tempo, A. afferma il proprio ruolo, riceve rispetto e raggiunge competitivamente uno status sociale di rilievo all'interno della sezione detentiva. Ciò significa "non pulire la cella, dormire nel letto e non per terra, orientare i comportamenti di altri fino a decretare la scelta di forme di protesta collettiva. Il gioco, che all'esterno aveva prodotto disadattamento, ora ripaga parzialmente A., permettendogli di condurre un'esistenza passabile, almeno rispetto ai parametri del carcere.

Il giocatore in carcere

La complessità dell'intersezione fra il gioco problematico ed il carcere trova riscontro nella diversità degli esiti: accanto al gioco "adattivo" alla realtà del carcere a cui si faceva riferimento, sono altrettanto presenti casi di altri gamblers per i quali la carcerazione comporta una modifica sostanziale del contesto, degli strumenti e dei riti che si erano organizzati intorno al gioco. La conseguenza più frequente è una consistente riduzione del craving e, sul piano obiettivo, l'estinzione del comportamento. Solo in alcuni casi il gioco sopravvive, ma assume le valenze della triste rievocazione di ciò che esso rappresentava in un altro luogo e in un altro tempo.

Il caso di O.: 50 anni, imputato per estorsione e truffa, non è alla prima esperienza carceraria. Viene segnalato dal medico che lo ha in cura per varie patologie, a cui lui ha rivelato di essere un gambler dopo quattro mesi di carcere. Proviene da una famiglia di giocatori, primo fra tutti suo padre, che per questo lui aveva sempre disprezzato. Consapevole dei gravi danni economici e familiari che il gioco può comportare, si tiene lontano dal tavolo del poker fino a circa 5 anni fa. Nei momenti di maggiore stress, si verificano episodi di shopping compulsivo tramite cui riempie la casa di oggetti costosi. Inizia a giocare in un momento di particolare difficoltà per questioni lavorative, condividendo un momento di svago con vecchi amici. Il poker è un modo per "staccare la spina" da ogni problema, trasportandolo in un mondo dove l'ansia si trasforma in eccitazione, molto lontano dalla quotidianità. In breve, nonostante l'allarmata consapevolezza di ripercorrere i passi di suo padre, tutta la sfera esistenziale si organizza intorno al gioco, stravolgendo i ritmi di vita e di relazione precedenti. Il crescente bisogno di denaro induce il contatto con persone vicine alla criminalità organizzata, con le quali commette i reati per i quali è detenuto. Associa spontaneamente la sintomatologia ansiosa di cui soffre al desiderio continuo e doloroso di giocare. Il permanere di esso, nonostante tutto quello che è accaduto a causa del gioco, suscita sentimenti di assoluta impotenza e disperazione, che lo inducono dapprima a richiedere gli psicofarmaci e poi lo psicologo; immediatamente il gioco evoca il "sentirsi imprigionato dentro sé stesso" e il "sentirsi in colpa", rimandando involontariamente ai temi fondamentali dell'esperienza carceraria. In carcere spesso porta in tasca le carte, ma raramente

propone ai compagni di giocare: "non sono abbastanza bravi".

Il carcere in questi casi può essere correttamente inteso come strumento utile a prendere le distanze dalla coazione a ripetere della dipendenza. L'associazione spontanea prodotta dal paziente assimila la condizione del giocatore alla condizione del detenuto, con analoghi sentimenti di resa e disperazione. Evidentemente si tratta di una circostanza particolarmente favorevole all'avvio di un percorso di cambiamento, sempre che vi sia la disponibilità di risorse di cura adeguate.

Conclusioni

Si apre la questione di quali siano le effettive possibilità di cura in questo ambiente; questa fase storica è certamente caratterizzata dal crescente aumento della sensibilità generale su queste tematiche, indotta dall'adozione del paradigma clinico quale riferimento interpretativo del fenomeno. La conseguenza forse più rilevante è il riconoscimento della sofferenza personale come tragica conseguenza di una malattia che sostituisce o per lo meno affianca la valenza punitiva, in cui la stessa sofferenza è la meritata conseguenza della colpa. Da questo punto di vista, soprattutto all'interno del carcere, il riconoscimento legislativo della dipendenza da sostanze come patologia ha indotto tutto il sistema penitenziario ad una sia pure lenta e faticosa apertura alle agenzie di cura. Questo passaggio non sembra essere finora compiuto per il gioco d'azzardo, per il quale non è ancora prevista l'estensione delle misure alternative che concretizzano il diritto alla cura nell'esecuzione penale. Per il condannato, non vi è oggi alcun interesse pratico a dichiararsi giocatore patologico sul piano strettamente utilitaristico dell'esecuzione penale; si tratta invece di una ulteriore complicazione nell'ottenimento dei benefici previsti dalla Legge (ulteriori colloqui, maggiore cautela nella concessione delle misure), al contrario del tossicodipendente, che viene considerato meritevole di una speciale attenzione. In controtendenza alle continue campagne di prevenzione dell'abuso del gioco, all'interno del carcere e del sistema penale prevale ancora un atteggiamento di occultamento del fenomeno.

¹ Fong TW; Reid RC; Parham I; Behavioral addictions: where to draw the lines? - The Psychiatric Clinics of North America 2012 Jun;35(2):279-96.

² Cocchini A.; Ingrassia S.; La sensibilizzazione sulle patologie e problematiche alcol-correlate in carcere: un intervento sul campo - Bollettino sulle Dipendenze IV 2008: 231 - 238

³ Mc Evoy A; Gambling among prison inmates: patterns and implications. - Journal of gambling studies 2012 Mar;28(1):69-76.

⁴ Turner NE; Preston DL; Saunders C; McAvoy S; Jain U.; The relationship of problem gambling to criminal behavior in a sample of Canadian male federal offenders. - Journal of gambling studies 2009 Jun;25(2):153-69.

⁵ Williams AD; Grisham JR; Erskine A; Cassidy E; Deficits in emotion regulation associated with pathological gambling. - The British Journal of Clinical Psychology. 2012 Jun;51(2):223-38.

⁶ Siamo debitori alla collega Sara Sironi, ass. soc. dell'U.O. Carcere per l'anamnesi del caso.

6

SOLITUDINE E AUTONOMIA EMOTIVA NEGLI ADOLESCENTI CON CONDOTTE DI ABUSO DI SOSTANZE

Musetti¹ A., Majorano² M., Antonioni³ M. C., Ravasini³ A., Cattivelli¹ R. e Corsano¹ P.

¹Università degli Studi di Parma

²Università di Verona

³Azienda Usl di Parma - Servizio Tossicodipendenze

Introduzione

L'adolescenza può essere considerata più a rischio di altri periodi della vita (Arnett, 1992), per l'insorgenza di varie forme di dipendenza, sia quelle da sostanze psicotrope come l'alcol, l'hashish e la cocaina sia quelle comportamentali come il gioco d'azzardo patologico e le più recenti dipendenze da internet e dai videogiochi. Specifico dell'adolescenza è l'esordio però delle prime condotte di sperimentazione delle sostanze psicotrope lecite e illecite (Ravenna, 1997). Bonino, Cattelino, & Ciairano (2003) hanno svolto uno studio sui fattori di rischio e di protezione che possono favorire o limitare il coinvolgimento degli adolescenti in comportamenti a rischio rilevando che una minore autonomia intesa come minore autoregolazione e minore autocontrollo risulta connessa a una maggiore frequenza di comportamenti a rischio. In senso più lato è possibile affermare che l'adolescente possa trovare nell'uso di sostanze psicoattive un modo per ridurre i propri sentimenti di inadeguatezza e di solitudine e un mezzo per rispondere in maniera più efficace alle richieste del suo ambiente di vita durante il processo di separazione e individuazione (Ravenna, 2005). Alcuni studi hanno mostrato una relazione tra la suscettibilità alla pressione dei pari e la relazione con i genitori (Bamaca & Umana-Taylor, 2006) e con l'autonomia emotiva dei giovani (Steinberg & Silverberg, 1986). Interessanti a questo proposito sono i risultati di ricerca di Turner, Irwin, Tschann, e Millstein (1993) che hanno rilevato un'associazione tra una maggiore autonomia emotiva degli adolescenti e l'uso di sostanze e comportamenti aggressivi. Inoltre Lee e Bell (2003) hanno rilevato che gli adolescenti con un elevato attaccamento ai genitori, un'elevata *self reliance* e una bassa autonomia emotiva consumano una minore quantità di sostanze.

Questo dato merita un approfondimento alla luce del nuovo modello di autonomia emotiva proposto da Beyers et al. (2005) che si ripropone di distinguere tra una componente positiva dell'autonomia emotiva (Separazione) e una componente disadattiva (Distacco).

Obiettivi e ipotesi

Allo scopo di comprendere meglio il valore più o

meno adattivo dell'autonomia emotiva adolescenziale, l'obiettivo del presente lavoro risiede nell'indagare la relazione tra le dimensioni specifiche della separazione e del distacco e aspetti diversi dell'esperienza solitaria in un piccolo gruppo di adolescenti abusanti di sostanze. In particolare i dati raccolti con questo gruppo di partecipanti con abuso di sostanze saranno confrontati con quelli di un gruppo normativo.

In linea con l'ipotesi di Beyers et al. (2005) e i dati di ricerca di Ingoglia et al. (2011), secondo cui la dimensione della Separazione rappresenta un processo di separazione più sano e quella del Distacco invece aspetti più disfunzionali dello sviluppo adolescenziale, si ipotizza che gli adolescenti abusanti di sostanze presentino punteggi più elevati di Distacco e più bassi di Separazione rispetto al gruppo normativo (Hp. 1). In linea con i lavori che associano l'abuso di sostanze e sentimento di solitudine (McWhirter, 1990; Rokach, 2002; Orzeck & Rokach, 2004) si ipotizza che gli adolescenti abusanti di sostanze presentino punteggi più elevati di sentimento di solitudine nei confronti dei genitori e dei pari e di attitudine negativa nei confronti della solitudine rispetto al gruppo normativo (Hp. 2).

Metodo

Partecipanti

- GRUPPO 1

Hanno partecipato a questo studio 24 soggetti con un'età compresa tra i 17 anni e i 20 anni ($M = 18.46$; $DS = 1.14$). Il gruppo è bilanciato rispetto al genere ($M = 13$; $F = 11$). I partecipanti sono stati reclutati presso il Ser.T. di Parma e soddisfano i criteri del DSM IV dell'Abuso di Sostanze. In particolare gli utenti della presente ricerca afferivano al progetto *Mondo Teen* dedicato alla fascia di età 15-24 anni. Le sostanze d'abuso primarie della popolazione di riferimento sono gli oppiacei (78.0%) seguiti da cocaina (11.0%) e cannabinoidi (11.0%).

- GRUPPO 2

Il Gruppo 1 è stato confrontato con un gruppo di 593 partecipanti (Gruppo 2). Questo gruppo comprende 217 maschi e 276 femmine aventi la stessa età del Gruppo 1 (compresa tra i 17 e i 20 anni) ($M=18.78$ e $DS=1.39$). I partecipanti sono stati reclutati presso scuole secondarie di secondo grado di vario indirizzo del Nord e del Sud Italia.

Procedura

Gli strumenti sono stati somministrati da membri del gruppo di ricerca presso il servizio tra marzo e settembre 2011. Tutte le sessioni di somministrazione sono state volontarie e sono state svolte durante il regolare orario di apertura del servizio o di scuola previo consenso informato.

Misure

AUTONOMIA EMOTIVA - È stata somministrata ai partecipanti la versione italiana dell'*Emotional Autonomy Scale di Steinberg e Silverberg* (1986) per valutare l'autonomia dai genitori. Secondo le indicazioni di

Beyers et al. (2005) è stato utilizzato il modello fattoriale che le due macrodimensioni della Separazione e del Distacco. Lo strumento si compone di 20 item ai quali i partecipanti dovevano rispondere su una scala Likert a quattro punti (1 = *completamente in disaccordo*; 4 = *completamente d'accordo*).

Esperienza solitaria - Il *Louvain Loneliness Scale for Children and Adolescents* (LLCA - Marcoen, Goossens, & Caes, 1987; versione italiana di Melotti, Corsano, Majorano, & Scarpuzzi, 2006) è stato somministrato al fine di ottenere una valutazione dell'esperienza solitaria degli adolescenti. Questo strumento fornisce una valutazione del sentimento di solitudine nei confronti dei genitori (L-Part), nei confronti dei pari (L-Peer), dell'attitudine negativa (A-Neg) e positiva nei confronti della solitudine (A-Pos). Questo strumento si compone di 48 item suddivisi in quattro sottoscale di 12 item misurate su una scala tipo Likert a quattro punti (1 = *mai*; 4 = *spesso*).

Risultati

Innanzitutto sono state applicate le analisi statistiche descrittive ai dati per valutare la distribuzione dei punteggi, in secondo luogo i due gruppi sono stati confrontati con il t test per campioni indipendenti. L'omogeneità delle varianze è stata condotta con il test di Levene che in tutti i casi non è risultato significativo. I dati mostrano che gli adolescenti con dipendenza da sostanze presentano punteggi più elevati di Distacco ($t = -2.428$; $p < .05$) e di sentimento di solitudine nei confronti dei pari ($t = -7.595$; $p < .001$) e punteggi inferiori di Separazione ($t = 5.952$; $p < .001$) rispetto al gruppo normativo e di attitudine positiva nei confronti della solitudine ($t = 6.119$; $p < .001$) rispetto al gruppo normativo.

Come passo successivo è stato determinato, tramite la curva ROC quali dimensioni tra quelle valutate discriminano meglio tra i gruppi. I risultati mostrano (Grafico 1) che la dimensione della Separazione discrimina tra i due gruppi con una probabilità superiore all'80%, in questo caso l'area sottostante la curva ROC è .82. Particolarmente significativi sono anche i risultati che riguardano il sentimento di soli-

tudine nei confronti dei pari (Grafico 2) poiché in questo caso l'area sottostante la curva ROC è .88 e dimostra pertanto un ottimo grado di accuratezza nel discriminare i partecipanti abusanti di sostanze dai partecipanti a sviluppo tipico.

Discussione

L'obiettivo principale di questo studio risiedeva nell'indagare come si configurano i percorsi di separazione di un gruppo di adolescenti abusanti di sostanze per meglio comprendere il valore adattivo dell'autonomia emotiva. I dati hanno confermato la prima ipotesi mostrando punteggi significativamente più alti di Separazione negli adolescenti a sviluppo tipico e punteggi significativamente più alti di Distacco negli adolescenti abusanti. Come ulteriore conferma della significatività delle differenze rilevate nei due gruppi, i risultati della curva Roc mostrano dati molto chiari e in linea con il modello di Beyers et al. (2005). Queste analisi permettono di affermare, partendo da basi più solide, che la dimensione della Separazione individua effettivamente l'esito positivo del processo di separazione/individuazione. Per quanto riguarda il Distacco invece i risultati non sono così netti e confermano la minore chiarezza concettuale di questa dimensione come già indicato da Beyers et al. (2005). La seconda ipotesi riguardava la differenza nei punteggi relativamente al sentimento di solitudine. In questo caso è stata confermata la presenza di un maggiore sentimento di solitudine nei confronti dei pari nel gruppo di adolescenti abusanti ma non sono state rilevate differenze significative nei due gruppi rispetto al sentimento di solitudine nei confronti dei genitori e nell'attitudine negativa nei confronti della solitudine. È stata rilevata una differenza tra medie considerabile invece rispetto all'attitudine positiva nei confronti della solitudine, la quale è più elevata nel gruppo a sviluppo tipico, questa differenza probabilmente risulterebbe significativa prendendo in considerazione un campione di adolescenti abusanti con una maggiore numerosità.

Questi dati sono particolarmente coerenti con l'idea di Csikszentmihalyi e Larson (1984) secondo cui "il sentimento di solitudine è il prezzo da pagare per

Grafico 1 Curva ROC per la Separazione

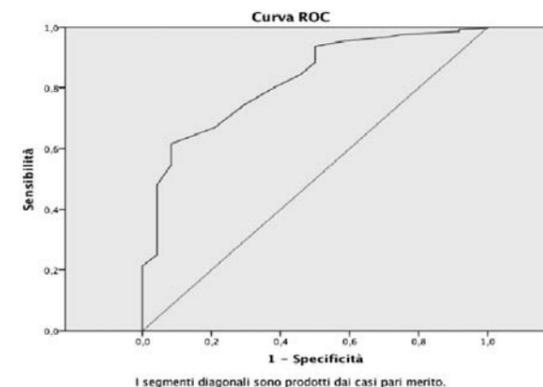
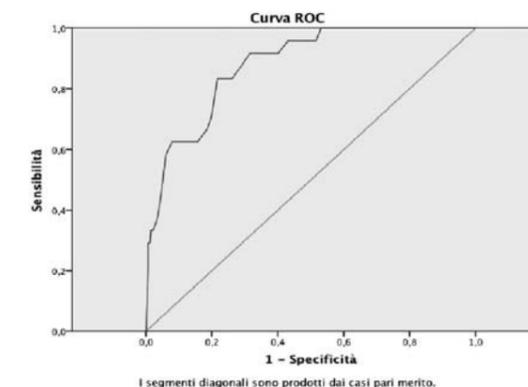


Grafico 2 Curva ROC per il sentimento di solitudine nei confronti dei pari



individuarsi" (p. 187). Tale dimensione non si mostra dunque come un indice di disadattamento psicologico ma piuttosto come un indice di separazione da valutarsi in relazione ad altre variabili con cui è espresso. I dati del presente studio confermano questa tendenza mostrando che in adolescenza sperimentare un elevato sentimento di solitudine nei confronti dei genitori fa parte di un normale processo di separazione e che al contrario sentirsi soli nelle relazioni con i pari può essere segno di disagio. In particolare il gruppo di adolescenti a sviluppo tipico si configura come più *separato* dalle figure genitoriali, maggiormente affine nei confronti della solitudine e meno sofferente a livello sociale, si potrebbe considerare quindi seguendo Winnicott (1958) come più "capace di stare solo". Il gruppo di adolescenti con dipendenza da sostanze si configura invece come più *distaccato* dai genitori nel senso che manifesta una forma esasperata di separazione alla quale tuttavia non è collegata una raggiunta separazione interna e di conseguenza il tempo trascorso in solitudine è più a rischio e può essere impiegato per fare uso di sostanze. Questi dati nel complesso chiariscono meglio il ruolo adattivo della Separazione dei giovani dal contesto familiare inteso anche come possibilità di tollerare il dolore mentale connesso al processo di separazione/individuazione.

MODELLO NARCISISTICO DELLE DIPENDENZE E GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO IN UNA PROSPETTIVA FENOMENOLOGICA

Adalgisa Natalia, Alice Sanguigni, Katuscia Rosati, Mario G.L. De Rosa
Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASUR Area-Vasta n.3, Civitanova Marche

Introduzione

Questo studio ha l'obiettivo di analizzare e verificare il rapporto tra Personalità Narcisistica e Gioco D'Azzardo Patologico (GAP).

Nel giocatore la persona realizza una condizione psicologica del tutto riconducibile a quella del bambino che crede l'esterno non sia altro che un'estensione del proprio Sé, per cui è convinto che solo "fuori da sé" è possibile pervenire ad una soddisfazione rispetto al proprio intenso bisogno di affermazione e di riscatto nei confronti di una frustrazione.

Il giocatore sviluppa una condizione di Dipendenza dagli "oggetti magici del gioco" relativamente ad un vissuto di Onnipotenza che lo preserva dall'incombente pericolo di una destrutturazione del suo "Essere nel mondo", per cui è continuamente versato nella ricerca-craving del "gioco" per esorcizzare la frammentazione del Sé.

Nella nostra concezione il "craving"⁽¹⁾ esprime questa "ricerca" compulsiva verso "oggetti esterni" che magicamente possano ridonare e ripristinare un *ben-Essere* e si manifesta sulla base di una dimensione psichica di tipo Narcisistico-Onnipotente.

La persona che "gioca" ritiene quindi da un lato che sia possibile un *riscatto* rispetto ai fallimenti della vita e dall'altro che possa essere proprio lei la predestinata al successo. Tutto ciò richiede il ricorso ad una dimensione che è quella della "magia" che nega ogni Principio di Realtà.

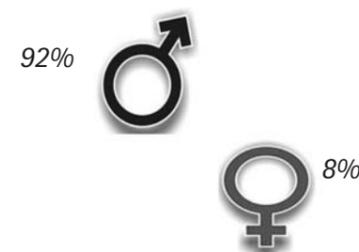
Materiali e metodi

La valutazione dei soggetti è stata effettuata utilizzando i seguenti strumenti diagnostici:

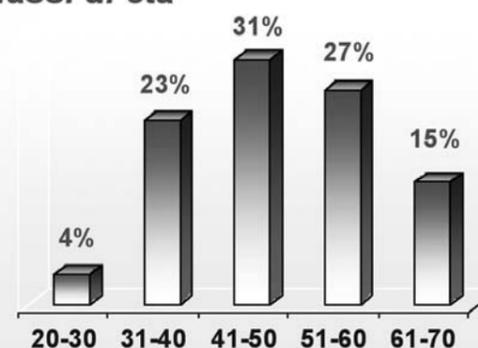
1. colloquio clinico strutturato secondo i criteri del DSM IV- TR;
2. somministrazione della scala South Oaks Gambling Screen (SOGS)⁽²⁾ per la diagnosi del GAP e per rilevare l'intensità del disturbo;
3. somministrazione di una griglia di raccolta per i dati socio-demografici;
4. *analisi del craving*, tecnica psicologica che permette di valutare i contenuti psichici correlati con il craving del soggetto e rilevare quindi il "senso" della Dipendenza nella dimensione personologica.

Il campione preso in esame è costituito da 26 soggetti con diagnosi di GAP secondo i criteri del DSM

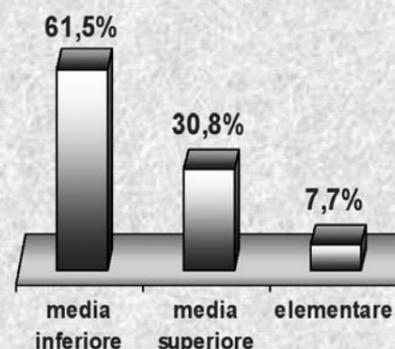
IV-TR⁽³⁾, afferiti negli ultimi due anni presso il Dipartimento delle Dipendenze di Civitanova Marche.



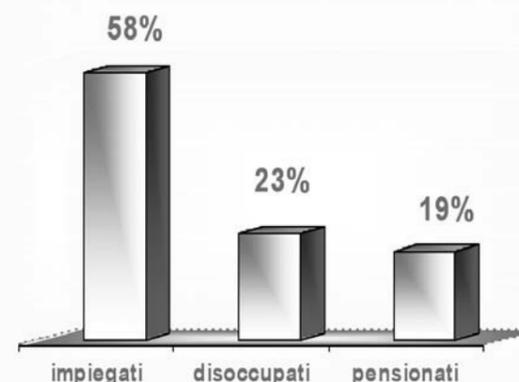
Classi di età



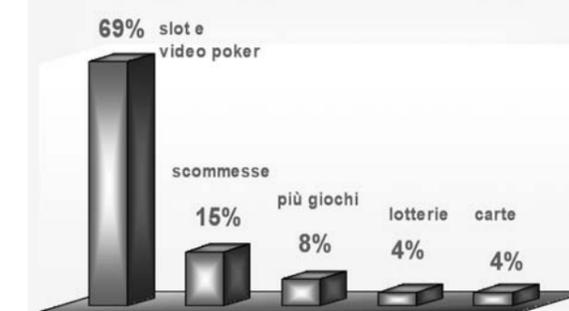
Titolo di studio



Attività lavorativa



Tipologia di gioco

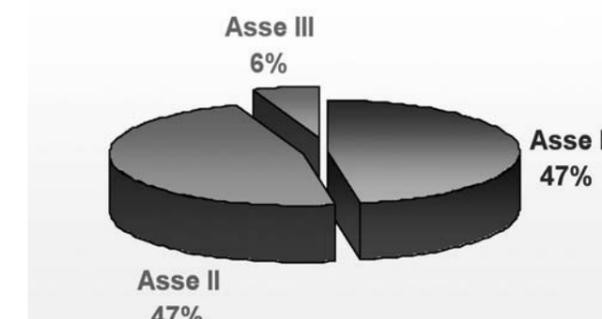


Risultati

Dall'analisi dei dati raccolti, il giocatore "medio" viene rappresentato uomo, di età compresa tra i 41-50 anni, di istruzione medio-basso, impiegato con reddito medio-basso e prevalentemente appassionato ai video-poker e slot-machine.

I soggetti del campione presentano una diagnosi clinica psichiatrica in comorbidità rispetto al GAP. Più precisamente, facendo riferimento agli assi del DSM-IV TR, le comorbidità rilevate sono così suddivise: il 47% ha una diagnosi aggiuntiva in Asse I, il 47% in Asse II di Disturbo di Personalità e il 6% in Asse III.

Comorbidità psichiatrica



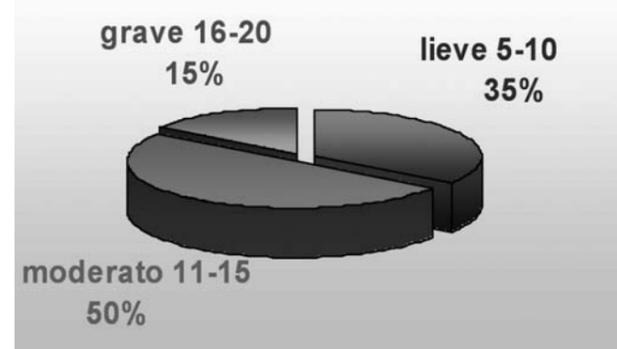
In Asse II si evidenzia un Disturbo di Personalità Ossessivo Compulsivo nel 18%, un Disturbo Narcisistico di Personalità nel 58%, un Disturbo Borderline di Personalità nel 12%, dei casi.

Asse II



La dimensione Borderline viene interpretata nella nostra prospettiva clinica come correlata al disturbo Narcisistico di Personalità, da intendere come un funzionamento specifico di queste personalità, tesi già avvalorata dagli studi clinici di Otto Kernberg⁽⁴⁾.

Risultati SOGS



Il punteggio al test SOGS, validato per la diagnosi del GAP, mostra un certo grado di pervasività del disturbo.

Conclusioni

I risultati del lavoro, per quanto tuttora preliminari, ci hanno permesso di riflettere e di definire meglio le caratteristiche personologiche coinvolte nel GAP. Il 70% dei pazienti esaminati presentano un disturbo di tipo Narcisistico/Borderline, percentuale che potrebbe aumentare se si tengono in considerazione anche i tratti di personalità, che attualmente non abbiamo inserito nel nostro campione.

La vulnerabilità psichica e la particolare suscettibilità alle frustrazioni nelle più importanti aree della vita esperita dai soggetti narcisisti determina il presupposto verso la fuga dall'angoscia e quindi dalla Realtà con la ricerca ossessivo-compulsiva del gioco, inteso come "soluzione magica" rispetto al proprio impasse esistenziale.

Il Gioco d'Azzardo Patologico con le componenti magico-onnipotenti che rivela, si pone contemporaneamente come sintomo e come "rimedio" nei confronti del dramma esistenziale che la persona vive e viene di conseguenza ricercato ossessivamente e/o impulsivamente per alleviare la sgradevole sensazione del pericolo correlato con il senso della "morte psichica".

La forza narcisistica che irrompe nel Sé a rischio di frammentazione e di dissoluzione, attraverso l'attivazione del rituale magico del gioco, garantisce il perdurare delle istanze Onnipotenti al fine di garantirsi una *Presenza nel mondo*.

Nel trattamento terapeutico è necessario, quindi, favorire nel paziente il riconoscimento della propria incapacità a controllare il craving verso il gioco e a sviluppare la *consapevolezza* di avere un "problema serio" e scarsi strumenti per affrontarlo.

Successivamente si può costruire e definire un trattamento condiviso che ha come fine ultimo l'educazione alla realtà, con un progetto esistenziale che preveda delle possibilità praticabili, tenendo conto

delle risorse intrinseche ed estrinseche della persona. È sul tema della "possibilità" che ruota la dinamica problematica del loro esistere. Infatti, nel nostro campione, abbiamo rilevato costantemente una dimensione "narcisistico-onnipotente" frustrata in cui il tema del "Potere" è determinante a livello psichico. Pertanto, elaborando questa condizione primitiva dell'Essere, sublimandola e modulandola, si può cercare di riattivare la loro esistenza, prevedendo però un *potere nella dimensione del Reale e del Possibile* e non in una *dimensione magica*.

Bibliografia

1. De Rosa MGL, Pierini C, Grimaldi C. Alcolismo: analisi del craving. 2005; Franco Angeli, Milano.
2. Lesieur HR, Blume SB. A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*. 1987; 4: 1184-1188.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edn. 2000; Washington, DC, APA.
4. Kernberg OF. *Aggressività, disturbi della personalità e perversioni*. 1993; Raffaello Cortina: Milano.

DIFFERENZE DI GENERE NELLA TOSSICODIPENDENZA E NEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Valentina Nucera¹, Lucia Maria Giustina¹, Maria Antonioni¹, Annalisa Pelosi², Evelina Savi¹, Caterina Baccelliere

¹Ser.T DAI-SMDP AUSL Parma

²Dipartimento di Neuroscienze, Università degli Studi di Parma

La dipendenza patologica è un fenomeno estremamente complesso, che racchiude una molteplicità di aspetti, riguardanti il comportamento dell'individuo, i vissuti, i significati psicologici e le conseguenze che derivano da tale esperienza. L'influenza determinata dalla costruzione sociale dei generi in relazione all'insorgenza delle dipendenze è ancora oggetto di studio, l'approccio di genere permette di approfondire i fattori eziopatogenetici e di mantenimento del disturbo proprio perché tiene conto delle differenze non solo biologiche (uomini e donne presentano reazioni neuro-fisiologiche differenti rispetto al consumo di una medesima sostanza psicotropa), ma anche dei ruoli sociali e delle loro implicazioni tanto a livello individuale quanto collettivo. Adottare un punto di vista "di genere" significa considerare tanto le differenze biologiche degli individui, quanto il vissuto, la situazione e i bisogni di uomini e donne affinché sia possibile elaborare strategie preventive e/o terapeutiche mirate. La presente ricerca si pone l'obiettivo di esplorare come l'esordio ed il mantenimento del Disturbo da Dipendenza Patologica possa presentare differenze sulla base del genere prendendo ad esame un campione clinico di 155 soggetti afferenti al Servizio per le Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma per problematiche di Dipendenza da Gioco D'azzardo Patologico e per Disturbo di Dipendenza da Sostanze. Sulla base dell'analisi della letteratura scientifica, si vuole, inoltre, approfondire se vi siano significative differenze riguardanti la comorbilità psichiatrica tra uomini e donne e se questa è indipendente dalla tipologia di dipendenza.

Il gruppo dei giocatori d'azzardo patologici (gamblers) è risultato composto da 56 utenti (nell'84.2% (N= 47) dei casi maschi e nel 15.8% (N=9) femmine), di età compresa tra i 21 e i 75 anni (media: 46.5±14.1), in maggioranza di cittadinanza italiana (85.5%) e che hanno dichiarato in prevalenza una scolarità medio-bassa (nessun titolo/licenza elementare: 10.9%; medio inferiore: 34.5%; qualifica di formazione professionale 10%; media superiore: 21.8%; laurea di I o di II livello: 3.6%). Il campione di tossicodipendenti è risultato composto da 99 utenti (per l'80.6% (N=80) maschi e per il 19.4% (N=19) femmine), di età media decisamente inferiore al gruppo dei Gamblers (35.8±7.9 anni, da un minimo di 18 a un massimo di 53). Il 48.5% del cam-

pione esaminato ha conseguito la licenza media inferiore, il 3% quella elementare, il 35.4% il diploma medio-superiore e il 6.1% una laurea di primo o secondo livello. Solo un utente aveva cittadinanza straniera.

I dati raccolti sono stati estrapolati dalle cartelle cliniche cartacee e dal sistema di cartelle informatizzate (SistEr-Sistema informativo sulle dipendenze della regione Emilia-Romagna). Le informazioni raccolte riguardano i dati sociodemografici, l'anamnesi clinica, la storia tossicomane e di gioco d'azzardo patologico dei pazienti in trattamento. La ricerca, inoltre, si è avvalsa di strumenti quali il Millon Clinical Multiaxial Inventory - III, nella versione italiana, e l'Intervista Diagnostica sul gioco patologico di Ladouceur.

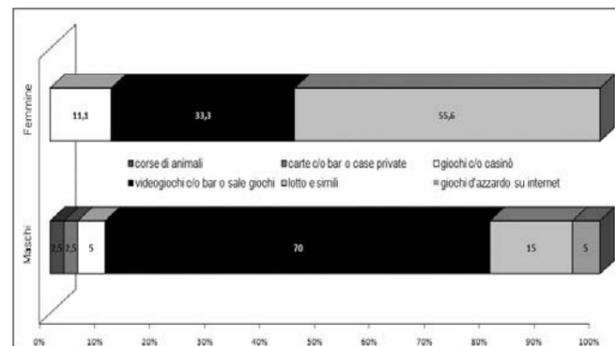
Dall'analisi statistica del campione è emerso che, in entrambi i gruppi, il numero di soggetti maschi supera largamente quello delle femmine (gamblers: 84.2% di maschi e 15.8% di femmine; tossicodipendenti: 80.6% di maschi e 19.4% di femmine) e di ciò se ne ritrovano riscontri in letteratura (1; 2; 3; 4; 5; 6; 7; 8; 9; 10; 11).

I due gruppi hanno registrato un'età media di avvio del comportamento - problema decisamente divergente ($F_{1,108}=76.83, p < .001; \eta^2=41$): i gamblers collocano l'esordio GAP tra i 21 e i 69 anni di età (media: 43.7±14.1), gli utenti tossicodipendenti tra i 14 e i 46 (media: 21.3±6.6).

Dall'analisi statistica dei dati si riscontra che la richiesta d'aiuto al Ser.T delle donne con GAP avviene in tempi più brevi dopo l'esordio del disturbo. Questo dato può essere interpretato come derivante da una loro maggiore consapevolezza rispetto al problema sviluppato. Tale interpretazione è supportata dai dati relativi alle motivazioni che conducono le giocatrici a chiedere aiuto, ovvero il tentativo di sfuggire alla solitudine, alla tristezza ed a problemi legati al contesto familiare. In altre parole chiedono aiuto sulla base di motivazioni "interne". Le giocatrici infatti si presentano al servizio autonomamente a differenza degli uomini giocatori che accedono alla consulenza sulla spinta di pressioni dei familiari e del datore di lavoro.

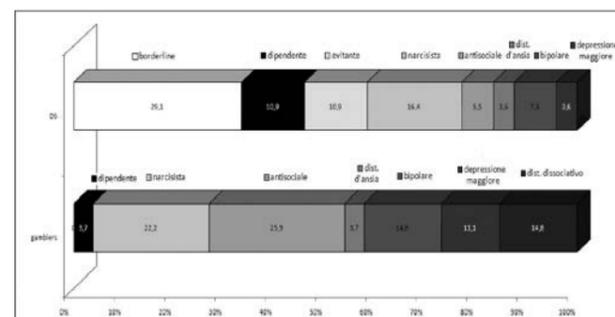
Le giocatrici si accostano al gioco più tardivamente (età media donne 48.0 versus età media uomini 36.5) e più autonomamente (71.4% di donne riferisce di aver iniziato a giocare da sole versus il 51.2% di uomini) rispetto al campione maschile e fin dai primi contatti con questo tipo di attività si evidenzia in loro il tentativo di mantenerla privata non considerandola socialmente desiderabile. Ne è confermata la tipologia di gioco prevalentemente scelta, ovvero quei giochi praticabili presso le tabaccherie e i bar (55.6% Lotto, giochi simili e gratta e vinci), poiché non connotati e che consentono loro di mantenere l'anonimato.

Figura 1 Tipologia di gioco d'azzardo per genere



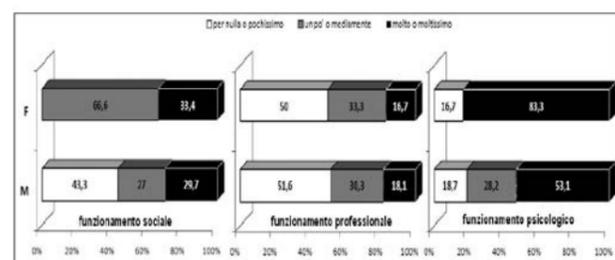
Le motivazioni che tengono viva l'abitudine al gioco sono differenti a seconda del genere. L'83.3% delle donne, contro il 41.2% degli uomini, infatti, riferisce di giocare per distrarsi e sfuggire a pensieri e preoccupazioni. Per le donne giocare sembra rappresentare una risposta ad un disagio psicologico che, tuttavia dai dati del Millon III, non sempre porta alla strutturazione di un quadro psicopatologico.

Figura 2 Compromissione nelle aree sociale, professionale e psicologiche



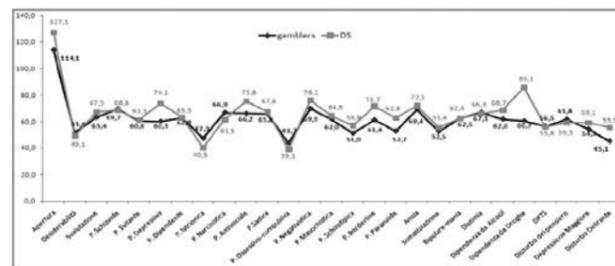
Quest'ultimo dato si discosta da quello rilevato nel campione di donne tossicodipendenti i cui risultati evidenziano in tutti i soggetti elevazioni significative nelle sindromi cliniche della Depressione Maggiore (68.4) e del PTSD (85.8) e di ciò se ne ritrovano riscontri in letteratura (12; 13; 14; 15).

Figura 3 Doppia diagnosi nei due campioni



Il campione di donne tossicodipendenti si differenzia dalle gamblers anche rispetto all'età di esordio più precoce nella dipendenza patologica. Questo dato potrebbe spiegare la maggiore compromissione del

Figura 4 MCMI-III nei due gruppi



funzionamento globale (lavorativo, sociale, relazionale) nel gruppo di donne tossicodipendenti evidenziato dai dati sociodemografici e dai punteggi significativamente più elevati nelle scale cliniche.

Conclusioni

La richiesta d'aiuto al Ser.T delle donne con GAP sembra avvenire in tempi più brevi dopo l'esordio del disturbo. Questo dato può essere interpretato come derivante da una loro maggiore consapevolezza rispetto al problema sviluppato. Tale interpretazione è supportata dai dati relativi alle motivazioni che conducono le giocatrici a chiedere aiuto, ovvero il tentativo di sfuggire alla solitudine, alla tristezza e a problemi legati al contesto familiare. In altre parole chiedono aiuto sulla base di motivazioni "interne". Le giocatrici infatti si presentano al servizio autonomamente a differenza degli uomini giocatori che accedono alla consulenza sulla spinta di pressioni dei familiari e del datore di lavoro.

Le giocatrici si accostano al gioco più tardivamente (età media donne 48.0 versus età media uomini 36.5) rispetto al campione maschile e fin dai primi contatti con questo tipo di attività si evidenzia in loro il tentativo di mantenerla privata non considerandola socialmente desiderabile. Ne è conferma la tipologia di gioco prevalentemente scelta, ovvero quei giochi praticabili presso le tabaccherie e i bar, poiché non connotati e che consentono loro di mantenere l'anonimato.

Dalle motivazioni che conducono le donne a giocare d'azzardo discostandosi da quelle maschili, sembra che quest'ultimo rappresenti una risposta ad un disagio psicologico che tuttavia dai dati del Millon III non sempre si struttura in un quadro psicopatologico. Quest'ultimo dato si discosta da quello rilevato nel campione di donne tossicodipendenti i cui risultati evidenziano in tutti i soggetti elevazioni significative nelle sindromi cliniche della Depressione Maggiore (68.4) e del PTSD (85.8) e di ciò se ne ritrovano riscontri in letteratura (12; 13; 14; 15).

Bibliografia

(1) EMCDDA (2005). Differences in patterns of drug use between women and men.
 (2) Brady, K.T. et al. (1999). Gender differences in substance use disorders. *Addictive disorders* 22 (2), 241-252.
 (3) Lex, B.W. (1991). Some Gender Differences in Alcohol and Polysubstance Users. *Health Psychology*, 10 (2), 121-132.

(4) Doherty, M. C. et al. (2000). Gender differences in the initiation of injection drug use among young adult. *Journal of urban health: bulletin of the New York academy of medicine*, 77 (3), 396-414
 (5) Brecht, M., & O'Brien, A. et al. (2004). Methamphetamine use behaviors and gender differences. *Addictive Behaviors*, 29, 89-106.
 (6) Bellio, G., & Fiorin, A. (2009). Caratteristiche sociodemografiche, cliniche e differenze di genere in giocatori d'azzardo patologici in trattamento ambulatoriale. *Giorn Ital Psicopat*, 15, 39-47.
 (7) Wenzel, H.G., & Dahl, A.A. (2008). Female Pathological Gamblers-A Critical Review. *Int J Ment Health Addiction*, 7, 190-202.
 (8) Ladd, G.T., & Petry, N.M. (2002). Gender Differences Among Pathological Gamblers Seeking Treatment. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10 (3), 302-309.
 (9) Grant, J.E., & Won Kim, S. (2002). Gender Differences in Pathological Gamblers Seeking Medication Treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (1), 56-62.
 (10) Nower, L., & Blaszczynski, A. (2005). Characteristics and Gender Differences Among Self-Excluded Casino Problem Gamblers: Missouri Data. *Journal of Gambling Studies*, 22 (1), 81-99.
 (11) Ibàñez, A., & Blanco, C. (2003). Gender Differences in Pathological Gambling. *J Clin Psychiatry*, 64 (3), 295-301.
 (12) LaPlante, D.A., Nelson, S.E. et al. (2005). Men & Women Playing Games: Gender and the Gambling Preferences of Iowa Gambling Treatment Program Participant. *Journal of Gambling Studies*, 22 (1), 65-80.
 (13) Ranieri, F., Benci, S. & Dimauro, P. E. (2004). Uno studio correlativo tra diagnosi psicologica ed esito di trattamento psicoterapico di pazienti tossicodipendenti. *Il Cesalpino Rivista medico-scientifica dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Arezzo*, 9, 3-6.
 (14) Paris, J., Zweig-Frank & H., Guzder, J. (1994). Psychological Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Female Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), pp. 301-305.
 (15) Norden, K.A., Klein, D.N., Donaldson, S.K., et al. (1995). Reports of the early home environment in DSM-III-R Personality Disorders. *Journal Personal Disord*, 9, 213-223.

L'APPLICAZIONE DEI METODI D'AZIONE NELLA CONDUZIONE DI GRUPPI PSICOTERAPICI PER GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI

Maria Cristina Perilli*, Claudio Nicolai**

* Psicologa psicoterapeuta, Ser.T Albenga Milano

** Medico, responsabile Ser.T Albenga

Parole chiave: gioco d'azzardo patologico (gambling), dipendenza (addiction), gruppi psicoterapeutici (psychotherapeutic groups), Ser.T (addiction service)

Abstract

L'applicazione dei metodi d'azione nella conduzione di gruppi psicoterapici per GAP

Obiettivi: nel 2010 abbiamo attivato un gruppo per GAP ed uno per giocatori e familiari (tot.14 pz.+ 5 familiari).

Si voleva verificare:

- compliance dei pazienti alla terapia di gruppo e costanza nella frequenza
- astinenza dal gioco d'azzardo
- frequenza ricadute
- miglioramento qualità della vita
- eventuali differenze tra i 2 gruppi

Obiettivo dell'articolo è la condivisione dei risultati raggiunti

Metodi: i gruppi sono stati condotti con i "metodi d'azione" i cui punti principali sono:

- Il soggetto rappresenta i propri conflitti anziché limitarsi a parlarne, agisce nel presente perché il passato è collegato al ricordo e lo allontana dall'immediatezza dell'esperienza trasformandolo in spettatore più che in attore, agisce "la sua verità" come la percepisce e può essere incapace di spontaneità.
- Il processo di riscaldamento procede dalla periferia al centro.
- Una sessione di lavoro richiede riscaldamento, parte centrale e dopo azione in cui interviene tutto il gruppo.
- Un protagonista non deve essere mai lasciato con l'impressione di essere l'unico ad aver vissuto quel problema. Il conduttore deve portare il gruppo, nella fase della discussione, a ritrovarsi parzialmente nella storia del soggetto.

Risultati: nell'anno di terapia, su 14 pz.:

- 7 astinenti
- 3 brevi ricadute con perdita minima di denaro
- 3 ridotto di molto sia denaro speso che tempo passato a giocare
- 1 non controllo della compulsione ed richiesta amministratore di sostegno.

Tutti i 19 partecipanti riferiscono che qualità di vita è migliorata, sia rispetto al gioco, che a molteplici aspetti della vita.

Conclusioni: visto il successo terapeutico la sperimentazione è divenuta prassi operativa

Introduzione

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) - così come l'abuso di sostanze psicoattive, la dipendenza da strumenti elettronici, videogiochi o internet, alcune forme di disturbi alimentari ed altre patologie apparentemente diverse (sex addiction, shopping compulsivo...) - è considerato al pari di una tossicodipendenza, in quanto presenta una sintomatologia del tutto sovrapponibile ad essa. Sia la dipendenza da sostanze che quella "non da sostanze", presentano infatti sintomi molto simili: la perdita del controllo nella "gestione" della sostanza/comportamento additivo (illusione di saperlo controllare), la tolleranza/assuefazione (capacità dell'organismo di tollerare "dosi" maggiori di sostanza/comportamento ed il bisogno di aumentarle per trarne uguale "soddisfazione"), l'astinenza (serie di manifestazioni psicofisiche dovute alla mancanza più o meno prolungata della sostanza/comportamento), il craving (intenso desiderio e pensieri fissi circa la ricerca e l'utilizzo della sostanza/comportamento) e danni psico-socio-sanitari (dispendio di tempo, energie e denaro, riduzione e/o interruzione delle attività ricreative, scolastiche, sociali, lavorative, familiari, etc., continuo uso della sostanza/messa in atto del comportamento ed incapacità di interromperlo nonostante la conoscenza della presenza del problema e delle sue gravi conseguenze psicologiche e fisiologiche, problemi dell'umore, ansia, sonno disturbato, disturbi sessuali).

La differenza principale tra le varie forme di dipendenza, è quindi evidenziabile non nei sintomi legati alla patologia, ma nel tipo di sostanza/comportamento verso cui il soggetto ha sviluppato la dipendenza stessa.

Per questa ragione è stato quasi "naturale" che i pazienti con problemi legati al gioco d'azzardo, abbiano iniziato a rivolgersi ai Ser.T per chiedere aiuto.

Da uno sguardo alla spesa degli italiani per il gioco d'azzardo, si vede che dai 24 miliardi di euro giocati nel 2004, oggi le cifre sono cresciute del 220%: gli italiani infatti, nel 2011 hanno speso per il gioco d'azzardo quasi 80 miliardi di euro (il 30% in più rispetto al 2010).

Tale fenomeno ha fatto sì che i disastri e le tragedie personali e familiari correlati al gioco d'azzardo, siano sempre più in aumento perché il giocatore compulsivo dedica sempre più tempo al gioco, investendo quantità crescenti di denaro e trascinando spesso la famiglia con sé alla rovina.

Nel 2011 i giocatori problematici in Italia hanno superato il 2% della popolazione (sono stati stimati tra 700.000 ed 1.000.000). Il GAP non è, quindi, un fenomeno che si può ignorare ed i Ser.T si sono dovuti perciò "attivare" per occuparsi della cura di questa

patologia.

Si sottolinea che a Milano la spesa pro capite per il gioco d'azzardo nel 2011 è stata di 1235 euro. Spesa che ci pone al 12° posto nella "classifica". (AGICOS febbraio 2011, Il Sole 24 Ore marzo 2011).

In testa alla classifica c'è Pavia con 2125 euro pro capite.

Dal 2003 il Ser.T di via Albenga ha sperimentalmente iniziato la presa in carico dei pazienti prestando particolare attenzione alla comprensione dei fenomeni in una dimensione di ricerca e, per ciò che riguarda gli interventi terapeutici, in una dimensione di sperimentazione.

Gli operatori si sono così organizzati per il sostegno e la cura di tali pazienti e delle loro famiglie, offrendo un servizio in grado di fornire psicoterapie individuali e/o di coppia-familiari, psicoterapie di gruppo, incontri di psicoeducazione, tutoring educativo sulla gestione economica per i giocatori compulsivi (con eventuale invio ad esperti per l'assistenza legale per il rientro dei debiti contratti e per l'eventuale nomina dell'amministratore di sostegno), assistenza medica per i problemi psicosomatici (e non solo) connessi al craving e all'astinenza dal gioco.

Il tutto sempre in stretta collaborazione con il territorio in un lavoro di rete che ha permesso la collaborazione durante tutto il percorso di invio, terapia e reinserimento socio-affettivo del paziente.

Dal 2005 al 2008, sono stati accolti 50 pazienti con problemi di dipendenza dal gioco d'azzardo.

Tra il 2009 ed il 2010 è stata condotta un'interessante esperienza clinica: l'avvio di 2 gruppi psicoterapici "in parallelo", uno con pazienti cocainomani ed uno con giocatori compulsivi.

L'anno successivo (ottobre 2010-ottobre 2011), visto il successo di questa prima esperienza terapeutica e l'aumento delle richieste d'assistenza al Ser.T, si avviavano 2 gruppi per giocatori d'azzardo compulsivi: 1 composto da soli pz. e l'altro da pz. e familiari. Alla fine del 2011, i pz. in carico al SERT con problemi legati al gioco d'azzardo erano 40ca.

L'intervento terapeutico (sia individuale che di gruppo) con tali pazienti, mira al raggiungimento del compenso duraturo del quadro clinico con il superamento della dipendenza/compulsione, in modo che la persona sia in grado di utilizzare, a fine trattamento, quelle capacità emotive, intellettuali e sociali necessarie a vivere nella comunità in modo realmente autonomo garantendo quindi una qualità della vita migliore sia a se stesso che a tutto il nucleo familiare (spesso anche quello più allargato).

Materiali e metodi

Tutti i gruppi psicoterapici vengono condotti presso il Ser.T di via Albenga a Milano, con un'interessante metodologia clinica: i **metodi di azione o interattivi***. La formazione per la conduzione dei gruppi con tale metodologia è stata effettuata presso la Scuola Internazionale di Psicodramma Integrato (direttore scientifico Mario Valzania)

La scuola assume come riferimenti principali i contributi teorici e metodologici di:

J.L. Moreno (1889-1974) padre dello Psicodramma.

Si devono a lui l'ideazione di metodologie attive quali il Sociodramma, il Role-Playing, la Sociometria ecc. che attualmente vengono utilizzate con varie finalità in molteplici contesti.

Mario Buchbinder che propone uno psicodramma particolare, caratterizzato dall'utilizzo delle maschere. J. Fox e il metodo del Playback Theatre.

I contributi di K.Lewin e delle scuole psico-sociologiche nonché il pensiero di G. Bateson rispetto agli aspetti ecologico-sistemici del cambiamento e dello sviluppo organizzativo.

Dall'incontro tra la filosofia e la pratica dello psicodramma di Moreno e lo psicodramma corporeo - espressivo di Mario Buchbinder nasce una proposta nuova di integrazione dei linguaggi propri del teatro e della scena, del lavoro sul gesto e sul movimento, del lavoro con le maschere e con l'espressività del corpo: i **"metodi d'azione"**.

I partecipanti alle sedute sono coinvolti in un'esperienza di gruppo in cui sperimentano il linguaggio della **rappresentazione scenica**, dell'**improvvisazione**, del **disegno** e della **maschera per mettere in scena** le loro storie personali, le loro possibilità di crescita e di sviluppo, le loro difficoltà ed i loro conflitti e consentire loro di riflettere su sé stessi, sulle proprie problematiche e sulle risorse creative che possiedono permettendo ad ognuno di vivere l'esperienza in prima persona come fattore di cambiamento.

Tali "metodi", proprio perché si basano sull'utilizzo di forme espressive e contesti relazionali diversi da quelli abituali, lasciando parlare spontaneamente il corpo, le emozioni, il pensiero, senza la continua preoccupazione del "dover essere", aiutano a colmare la frattura tra mente e corpo e permettono di recuperare la globalità dell'esperienza e del vissuto scoprendo nuovi aspetti di sé e rielaborando le esperienze per affrontare la vita,, sia privata che lavorativa, in modo più creativo e soddisfacente.

Tutto ciò consente di raggiungere, anche in tempi brevi, livelli di maggior armonia e benessere.

Quando una persona, coppia o famiglia si rivolge ad un servizio per richiedere un aiuto psicologico, viene aiutata innanzitutto a capire e definire chiaramente il proprio problema e i propri bisogni.

Rispetto ai pazienti inseriti nei gruppi, dopo l'accoglimento della prima domanda di aiuto, si è provveduto, quindi, ad aiutare le persone che avevano esposto le loro "difficoltà", ad avere una visione più chiara delle proprie aree critiche e dei propri punti di forza.

E' stato spiegato loro come la formulazione di una ipotesi diagnostica relazionale consenta al terapeuta di capire dove si colloca l'individuo nel suo contesto relazionale (coppia, famiglia di origine, famiglia attuale, contesto lavorativo o di studio, amici, società), di osservare i modelli relazionali efficaci e di riconoscere i modelli relazionali disfunzionali che alimentano il sintomo. E infatti anche questo che permetterà al terapeuta di lavorare con loro per modificare i modelli relazionali disfunzionali e permettere, sia al giocatore compulsivo che alla sua famiglia, di raggiungere un più elevato livello di differenziazione, di utilizzare risorse inesprese, di

aumentare i gradi di libertà nel funzionamento individuale e relazionale.

È importante da ultimo sottolineare che quanto più il paziente (e la famiglia) riesce a definire in modo chiaro e concreto bisogni e aspettative rispetto alla terapia, tanto più efficace risulterà un piano di trattamento in quanto risultato della collaborazione rispetto agli obiettivi e, della partecipazione attiva e responsabile del paziente stesso (e della famiglia) al processo terapeutico.

A tale proposito il dott. De Luca (psicoterapeuta che da anni conduce gruppi per GAP), sottolinea che "i gruppi psicoterapici dimostrano infatti come le famiglie, una volta liberate dal sintomo del gioco d'azzardo, non intendano analizzare ed elaborare a fondo le dinamiche disfunzionali presenti al loro interno, individuando nel solo sintomo l'origine dei propri problemi".*

Ciò può causare delle ricadute o lo "spostamento" su altre dinamiche disfunzionali.

Risultati

Come già accennato, il gruppo psicoterapeutico per giocatori d'azzardo compulsivi condotto nel 2009-2010, aveva dato un positivo riscontro terapeutico: buona "compliance" (tutti i partecipanti si erano mostrati sempre precisi e puntuali nel rispetto degli impegni ed il gruppo non avuto praticamente nessuno "abbandono" nel corso di tutto l'anno di durata), ottima partecipazione (ciascun membro aveva partecipato con grande impegno al progetto terapeutico del gruppo stesso), elevata percentuale di "astinenza" e miglioramento della qualità della vita. L'anno dopo (ottobre 2010-ottobre 2011) quindi, "incoraggiato" dal buon risultato clinico ed in considerazione dell'elevato numero di nuovi pazienti presi in carico, il Ser.T faceva partire 2 gruppi psicoterapeutici per giocatori compulsivi.

I due gruppi condotti dall'ottobre 2010 all'ottobre 2011 vengono definiti "gruppo A" e "gruppo B".

Il criterio utilizzato per la composizione dei 2 differenti gruppi A e B è stato quello di stabilire insieme al pz. se far partecipare o meno un familiare, eventualmente disponibile, al percorso terapeutico insieme al congiunto.

Si è inoltre stabilito per esperienze passate e come da letteratura, che i gruppi non dovessero superare i 10-14 partecipanti.

Gli obiettivi proposti erano:

- verificare la compliance dei pazienti alla terapia di gruppo e la costanza nella frequenza durante l'anno di terapia

- verificare se il lavoro terapeutico con i gruppi condotti con i "metodi d'azione" avrebbe permesso ai pazienti di mantenersi astinenti dal gioco d'azzardo
- verificare l'eventuale frequenza delle ricadute

- collegandosi a quanto sostenuto dal dott De Luca, verificare se lavorando non solamente sul "sintomo", ma bensì anche sulle "dinamiche disfunzionali" della coppia/famiglia, ciò avrebbe portato ad un generale miglioramento della qualità della vita del soggetto e del partner (con ovvie ripercussioni sulla famiglia)

- verificare/osservare eventuali differenze tra i 2

gruppi di pazienti rispetto sia all'astinenza dal gioco che al miglioramento della qualità della vita.

GRUPPO "A": 8 pazienti senza familiari (le prime 2 sedute i pazienti erano 15, ma sono diventati subito 8 in quanto 3 hanno preferito continuare solo con le sedute individuali, 3 che erano disoccupati, hanno trovato lavoro e non potevano, quindi, assentarsi dalla ditta nell'orario del gruppo, 1 ha abbandonato il servizio).

GRUPPO "B": 6 pazienti + 5 familiari (i familiari sono 5 perché 1 pz. del gruppo "A" è stato inserito nel gruppo "B" per suoi problemi di orario).

Sia i pz. del gruppo "A" che i pz. del gruppo "B", periodicamente hanno effettuato colloqui individuali e/o di coppia con la psicologa del SerT

Frequenza: ogni 2 settimane con una durata di circa 1,30-2 ore

Abbandoni: nessuno dal novembre 2010

Sesso: 3 femmine e 11 maschi (+ 5 partner tutti di sesso femminile)

Età (esclusi i familiari in quanto non propriamente "pazienti"): 9 pz. tra i 24 e i 59 anni

5 pz. > di 59 anni

In generale TUTTI i pazienti riferiscono di partecipare alle sedute di gruppo assai volentieri e di sentire anzi il bisogno di un minor lasso di tempo tra una seduta e la successiva. Riferiscono infatti di trarre un gran beneficio dalle sedute e di sentirsi decisamente meglio da quando hanno iniziato a frequentare i gruppi; per tale ragione sono stati costanti nella frequenza per tutto l'anno di terapia. Ma analizziamo più nel dettaglio tale "miglioramento terapeutico":

GRUPPO "A" - I pz. che partecipano al gruppo senza familiari, riferiscono tutti una sorta di "fatica" a creare un'alleanza col partner che vivono più come una sorta di controllore/supervisore, che come il/la compagno/a di un cammino terapeutico.

Coloro che effettuano periodiche sedute di coppia con la psicologa del SerT al di fuori degli incontri del gruppo (4 pz. su 8 perché 3 sono single ed 1 pz. non vuole coinvolgere il partner), affermano di aver riscontrato un certo miglioramento nella relazione dopo alcune sedute soprattutto per ciò che riguarda la presa di coscienza del partner che, lentamente, ha iniziato ad interiorizzare il concetto che il gioco d'azzardo patologico è una "malattia" e non un "vizio".

Questa consapevolezza comporta un graduale cambiamento nel comportamento del partner del giocatore patologico. Egli/ella infatti inizia ad abbandonare quell'atteggiamento risentito (lei/lui non vuole cambiare... non mi ama abbastanza... è debole di carattere... tiene più alle macchinette che alla sua famiglia... ci vuole portare alla rovina...) e diventa più disponibile all'ascolto ed alla possibilità di effettuare un cammino insieme al partner "malato" mettendosi in discussione insieme a lei/lui.

A questo punto, anche se con maggiore lentezza ed ambivalenza, si comincia a notare anche nelle coppie che fanno periodiche sedute con la psicologa "extra gruppo" (mentre il giocatore continua comunque da solo la frequenza al gruppo "A") la stessa "evoluzione" che si osserva nelle coppie che partecipano insieme al gruppo "B".

GRUPPO "B" - Nel gruppo con i familiari, non solo il paziente riferisce un aumento del benessere soggettivo, ma riferisce che anche il rapporto di coppia e la qualità della vita è notevolmente migliorato con la frequenza.

Tutte e 5 le coppie riferiscono di sentirsi più "unite", di provare maggiore partecipazione emotiva per tutto ciò che coinvolge il partner, di aver sviluppato una sorta di positiva "complicità" e solidarietà interna alla famiglia, ma anche esterna (con i parenti, gli amici i colleghi...).

I coniugi riscoprono una vicinanza affettiva che sembrava ormai persa, si sostengono vicendevolmente ed infine, questa ritrovata intimità, rende l'alleanza tra coloro che sono anche genitori, più sana e pone fine a quelle triangolazioni che si erano create tra figli/madre (o padre) alleati contro il padre (o madre) gap.

L'intervento educativo dei genitori verso i figli, assume quindi prese di posizione interne alla coppia più univoche e coerenti.

Per ciò che riguarda quindi l'osservazione di eventuali differenze nel miglioramento generico della qualità della vita, dai risultati clinici a fine anno di terapia, si evidenzia che per ottenere un significativo miglioramento generale della qualità della vita, è importante la "condivisione" del "problema gioco" e del percorso terapeutico per la "guarigione", con almeno un familiare.

Rispetto all'astinenza ed alle ricadute non si è evidenziata invece una differenza significativa tra i 2 gruppi, ma un'equa distribuzione dei risultati che perciò possono essere esposti in modo unitario.

Dei complessivi 14 pazienti (i componenti dei gruppi sono 19, ma i 5 partner del gruppo "A" sono tutti non giocatori):

- 7 pz. si sono mantenuti completamente astinenti durante tutta la durata del gruppo

- 2 pz. hanno avuto rispettivamente 1 e 5 brevissime ricadute con perdita minima di denaro

- 1 pz. astinente da ottobre 2010, ha ripreso a giocare durante la sospensione estiva del gruppo per circa 1 mese (ha poi ripreso ad essere astinente fino alla chiusura del gruppo)

- 3 pz. pur non essendo riusciti a mantenersi mai del tutto astinenti, hanno ridotto di molto sia il denaro speso che il tempo passato a giocare

- 1 pz. che non riusciva ad avere il controllo della compulsione ha chiesto lui stesso di poter avere l'amministratore di sostegno.

Discussione

È significativo il risultato di una delle attività che i pazienti hanno svolto nell'ultimo incontro, perché ha dato una chiara immagine, non solo grafica, del per-

corso terapeutico compiuto da ciascun membro dei 2 gruppi.

L'attività svolta dai gruppi, prevedeva che ogni partecipante disegnasse degli assi cartesiani su di un foglio posizionando sull'asse delle ascisse gli avvenimenti più importanti della propria vita (A, B, C,...) e sull'asse delle ordinate, in una scala da 0 a 10, quanto ogni evento fosse stato per lui/lei negativo o positivo ("0" per il massimo di negatività e "10" per il massimo di positività) in modo che il risultato fosse una sorta di "grafico della vita" (vedi figura 1).

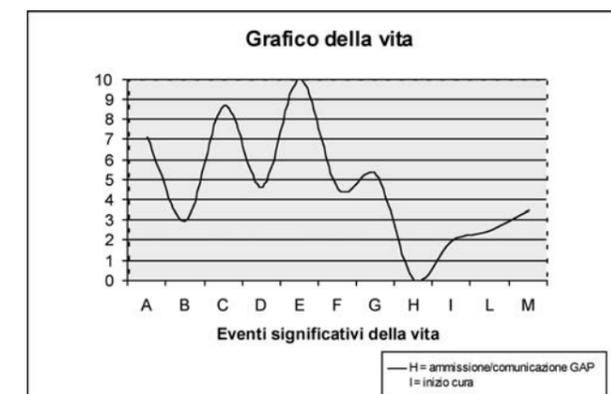


figura 1

Quello che è accaduto in modo identico nei 2 gruppi, è stato che si è verificato una sorta di "grafico unitario" dove sull'asse delle "X" sono stati posizionati sia eventi dal vissuto positivo (valenza 7, 9, 10 nel grafico) come l'incontro col partner, la nascita dei figli, le promozioni lavorative, una vacanza particolarmente felice, ma anche eventi con un vissuto doloroso e/o comunque negativo (valenza 0, 3, 4 nel grafico) come un tradimento, un licenziamento e la scoperta/confessione della compulsione al gioco del partner.

Di poco è variato il valore negativo/positivo che ciascuno ha dato a tali eventi.

La cosa interessante è stata che tutti i pazienti hanno individuato un punto (H nel grafico di figura 1), dalla valenza estremamente negativa (per tutti l'evento più negativo della loro vita o, almeno di quella rappresentata nel grafico: nessun altro evento ha infatti valenza 0), corrispondente alla scoperta e/o confessione al partner/famiglia della dipendenza dal gioco d'azzardo ed uno (I nel grafico di figura 1), dalla valenza "in risalita" verso la positività, corrispondente all'inizio della cura presso il Ser.T.

Come si può infatti osservare nel grafico, per tutti i pazienti, tranne che per uno, l'andamento della curva che si otteneva unificando i punti di intersezione dei due assi, da questo punto (I nel grafico) in poi era comunque tendente al positivo (con piccole variazioni personali nella "gradazione" della positività).

Altrettanto interessante è stato analizzare il grafico dell'unica paziente che, pur avendo anch'ella identificato nella "confessione" al marito un elemento col massimo valore di negatività e, nell'inizio della cura

un elemento positivo nella sua vita, non ha però riscontato un andamento della curva così tendente al positivo come i suoi compagni del gruppo.

Ella aveva infatti, si rivelato in passato al marito la sua dipendenza dal gioco, ma poi, vista la reazione del partner e la paura della separazione, gli ha fatto credere di non aver più giocato e gli ha nascosto anche il reale motivo per cui è in cura qui al Ser.T. (il marito ed i figli credono che sia in cura dallo psicologo per un problema di depressione).

Nonostante l'inizio della cura le abbia permesso di condividere con il terapeuta ed i compagni del gruppo la sua malattia aiutandola a sentirsi meno sola e "colpevole" ed a credere nella possibilità di "guarire", il miglioramento della qualità della sua vita non è stato così marcato come negli altri pazienti perché ella continua in realtà a sentirsi sola a portare il peso della sua dipendenza (e, quindi, della sua sofferenza), all'interno del nucleo familiare.

Conclusioni

Poiché tutti i pazienti, sia quelli accompagnati da un familiare che quelli da soli (ed anche i familiari stessi), riferiscono comunque che, con la frequenza ai gruppi, la loro "qualità" di vita è sicuramente migliorata, non solo rispetto al gioco, ma anche a molteplici aspetti della vita, si può trarre la conclusione che, in ogni caso il gruppo ha agito da "supporto" quasi come una sorta di "famiglia" alternativa per tutti.

Per ciò che riguarda nello specifico il superamento del sintomo, il 50% del gruppo si è mantenuto in completa astinenza ed oltre il 40% ha avuto un netto miglioramento.

Il solo pz. che non ha avuto miglioramento del sintomo, ha però acquistato consapevolezza della propria fragilità ed ha chiesto (spontaneamente) la nomina di un amministratore di sostegno.

Per tale ragione si è ritenuta la sperimentazione valida dal punto di vista clinico e, quindi, nel 2011 sono stati avviati ben 3 gruppi (2 con pz. e familiari ed 1 con soli pazienti) per GAP condotti con i "metodi d'azione". È significativo che, dei 19 membri dei 2 gruppi "sperimentali", ben 16 sono stati inseriti, su loro esplicita ed entusiasta richiesta, in questi 3 nuovi gruppi.

Un'ultima considerazione.

Uscire dal sintomo e dalle dinamiche disfunzionali della famiglia non è semplice e, come sottolinea il dott. De Luca: "È proprio per far fronte a questi momenti di crollo che la famiglia ha bisogno di appoggiarsi costantemente al gruppo, nel quale può rispecchiarsi e rivivere le proprie difficoltà osservando, spesso, già in fase di superamento, nel vissuto di altre persone".**

Per ciò che riguarda le ricadute, De Luca aggiunge: "Il ritorno sporadico all'azzardo dopo mesi di terapia genera nel giocatore una sensazione che nulla ha a che vedere con l'ebbrezza precedente, caricandolo piuttosto di sensi di colpa e di fallimento. Si tratta, anzi, di un percorso quasi obbligatorio per il giocatore, al fine di sradicare la propria personale convin-

zione di onnipotenza, permettendogli di riacquistare l'umiltà di riconoscere le proprie debolezze". Al contrario, continuare a giocare in corso di terapia, anche blandamente, per esempio una banale schedina, "mantiene il giocatore incollato al modello patologico di impulso e dipendenza e trasforma ogni fisiologica ricaduta in una pericolosissima via di ritorno al gioco".**

Bibliografia

* sito on line di "METODI D'AZIONE"

** DIRE, AGENZIA DI STAMPA QUOTIDIANA: "Gioco d'azzardo: Italia prima al mondo" (Intervista a De Luca ed altri 3/4/2008 - Redazione)

10

DAL PROGETTO GAP AL CENTRO DIPENDENZE SENZA SOSTANZE DI PALERMO: RIFLESSIONI TEORICHE E MODELLO TERAPEUTICO

Dott. Francesca Picone, Dott. Alessandro Lipari,
Dott. Silvana Scardina, Dott. Tommaso Dimarco
ASP Palermo

Il Progetto GAP, nato nel 2006 all'interno dell'allora Ser.T del Distretto 13 di Palermo, è riuscito ad attrezzarsi nel tempo per il trattamento del Gioco d'azzardo Patologico. Oggi, dopo più di sei anni di attività dell'ambulatorio specialistico, ci si è avviati verso la realizzazione del Centro Dipendenze Senza Sostanze, all'interno del quale prendere anche in carico le altre forme di dipendenze comportamentali.

Il modello di intervento specifico per il gioco d'azzardo patologico si può ritenere valicato oggi, vista la costante crescita negli anni della casistica, nonché gli esiti del trattamento, e prevede dopo un'adeguata preliminare valutazione diagnostica, anche della comorbidità, l'attivazione di programmi terapeutici individualizzati, tramite l'attività di counselling, di terapia individuale e di coppia e/o familiare.

In questi ultimi anni, infatti, il boom del mercato dei giochi d'azzardo in Sicilia, come in tutta l'Italia - scommesse ippiche, scommesse sportive, lotto e superenalotto, totocalcio e totogol, gratta e vinci, bingo, slot machines e svariatissimi tipi di lotterie - è sotto gli occhi di tutti e muove degli atteggiamenti contraddittori, da una parte di fascinazione e seduzione, dall'altra di perplessità e preoccupazione, tanto più in quanto la comparsa del fenomeno del gioco on line (in primis, il poker), ha determinato una sostanziale modifica degli scenari del gioco, finora noti e consolidati. Continuiamo ad assistere, infatti, a più cambiamenti, sia in termini di offerta quantitativa, che qualitativa, con un evidente sempre maggiore coinvolgimento di nuove fasce sociali.

Fino ad oggi, è vero che il gioco d'azzardo ha svolto più funzioni sul piano sociale, quali quella di fungere da antidoto contro la depressione, di favorire la socializzazione, di poter rappresentare una forma di fuga, evasione, avventura a poco prezzo, forse anche di sogno di cambiare la propria vita o di migliorarla, ma anche quella di costituire un contenitore di frustrazioni, fino ad avere una notevole importanza per avere un ruolo e/o una propria identità.

Oggi, il gioco d'azzardo on line, invece, si caratterizza per i tempi veloci (basta un clic.), per la mancanza della ritualità (è improntato sul consumo, più veloce è, meglio è), per la perdita degli aspetti di socialità (si gioca in solitudine davanti lo schermo del computer), per l'assenza della manualità; è tutto spostato sulla tecnologia, tutto a favore dell'invisibi-

lità, della globalità, di una bassa soglia di accesso, della semplicità e, in più, con il vantaggio (svantaggio?) della riscossione immediata: tutto ciò sta aprendo a scenari assolutamente inediti sia in termini sociali che psicopatologici.

I dati, che verranno presentati relativi all'attività del Progetto GAP nei suoi sei anni di attività, sembrano solo in parte evidenziare tutto questo, in quanto, nonostante il potenziamento dell'offerta terapeutica e l'ampliamento delle conoscenze scientifiche in merito, ancora molto c'è da fare per gli operatori del settore di fronte ad un fenomeno, che ancora oggi appare in gran parte "sommerso", anche per il timore e il senso di vergogna nei confronti di un comportamento che tuttora socialmente è considerato 'un vizio'.

11

UNO STUDIO DI PREVALENZA DI PROBLEMATICHE GIOCO-CORRELATE NELLA POPOLAZIONE TOSSICODIPENDENTE IN TRATTAMENTO PRESSO I SER.T DEL TRENTINO

Porta Alberto*, Ferrucci Roberta**, Levari Ermelinda*, Grech Marialuisa*, Pellegrini Gabriele****, Molteni Lorella****, Lovaste Raffaele***

**Psichiatra Responsabile Struttura Semplice Area Medica Ser.T Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

*Psichiatra Ser.T Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

*** Direttore Ser.T Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

**** Coord infermieristico Ser.T Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

***** Sociologa

La comorbilità tra GAP e disturbi da uso di sostanze è stata ampiamente studiata in letteratura. La maggior parte degli studi ha indagato soggetti con prima diagnosi di dipendenza o abuso di sostanze, trovando tassi di comorbilità lifetime con GAP tra l'8% e il 33%.

OBIETTIVI DELLO STUDIO

Stimare la prevalenza di possibili problematiche connesse al Gioco d'Azzardo Patologico nella popolazione di persone afferenti ai Ser.T del Trentino, in terapia sostitutiva.

Valutare le possibili correlazione rispetto alla presenza di disturbo borderline di personalità.

Lo studio presentato non ha utilizzato strumenti diagnostici standardizzati, bensì strumenti di screening autosomministrati, ponendosi come obiettivo una prima indagine di conoscenza della situazione.

I questionari sono stati proposti a tutti i soggetti tossicodipendenti, selezionati secondo questi criteri:

- diagnosi di tossicodipendenza da oppiacei secondo i criteri clinici del DSM IV tr
- in terapia con metadone/buprenorfina nel periodo 15 maggio - 15 luglio 2012
- di nazionalità italiana

Il tasso di risposta è stato del 70,1% (373 utenti)

MATERIALI

The Borderline Syndrome Index (Conte et al. 1980) Si tratta di una scala di autovalutazione composta da 52 item a risposta dicotomica (si/no) che indaga diverse dimensioni associate al disturbo borderline di

personalità: scarso controllo degli impulsi, assenza di una solida immagine di sé, anedonia, senso di vuoto, depressione, depersonalizzazione, compromissione delle relazioni interpersonali, sintomi nevrotici.

La brevità dello strumento, la facilità di somministrazione, il minor carico di lavoro per i professionisti sanitari e la specificità rispetto al disturbo borderline hanno portato a privilegiare questo strumento rispetto ai numerosi questionari di assessment esistenti in letteratura e ad applicarlo alla popolazione specifica dei tossicodipendenti.

Lie/bet Test (E. Johnson et al, 1997)

Test di screening autosomministrato, mutuato dal CAGE test, costituito da due domande che vanno a esplorare criteri diagnostici particolarmente predittivi (l'aumento della quantità di denaro spesa, sia per la perdita di controllo che per la rincorsa delle perdite, e la necessità di mentire e nascondere il proprio coinvolgimento con il gioco).

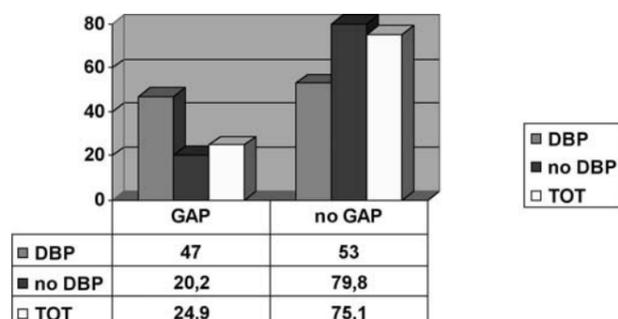
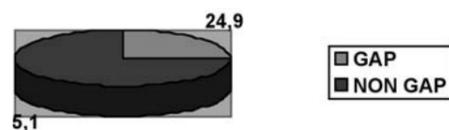
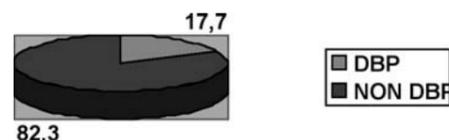
Non si tratta di un test diagnostico e identifica la probabile presenza di gioco problematico, non distinguendo rispetto al gioco patologico (per il quale, secondo il DSM IV sono necessari almeno 5 criteri), tuttavia ha il pregio di essere molto veloce e consentire una prima valutazione.

RISULTATI

Nel campione di 373 soggetti inclusi nello studio si è rilevata una prevalenza di DBP del 17,7%.

Il 24,9% del campione ha invece risposto positivamente ad almeno una domanda del Lie/Bet questionnaire (il 14,5% 1 risposta positiva, il 10,5% 2 risposte positive).

Tra coloro che non presentano DBP la prevalenza è del 20,2%, mentre è maggiore tra coloro che soddisfano i criteri per DBP (47%), con una differenza statisticamente significativa.



12

SOLI...GIOCANDO

Caterina Raimondi*, Elena Fasolo**, Cammarata Liborio Martino***

*Psicologa-psicoterapeuta, D.P.D - S.C. Ser.T ASL NO, sede di Trecate

** Assistente sociale, D.P.D - S.C. Ser.T ASL NO, sede di Trecate

*** Direttore D.P.D. ASL "NO" - Novara

Parole chiave: Gioco d'Azzardo Patologico (gambling), Dipendenza (Addiction), psicoterapia individuale, colloqui di sostegno individuali, colloqui di sostegno sociale, relazione sostitutiva, D.P.D (Addiction service)

PREMESSA: La dipendenza da gioco d'azzardo patologico, non diversamente da altre addiction, presenta caratteristiche tipiche della cosiddetta "patologia della relazione" (Bignamini, 2002). Il gambler vive un percorso di solitudine e di isolamento sociale. Spesso il giocatore, per via del suo problema di gioco, si allontana trascurando le persone che gli sono vicine. Egli subisce la sfiducia nei suoi confronti da parte dell'altro e ciò provoca ulteriore scoramento. Non può che derivarne deterioramento nelle relazioni, nella percezione di sé, così come distorsioni legate a cognizioni ed interpretazioni erranee.

OBIETTIVI: Nella fase cosiddetta di "disperazione" (Custer, Rosenthal 1987) il gambler si rivolge ai Servizi ed in maniera critica desidera realisticamente un aiuto. Scopo ultimo della terapia è il passaggio alla fase di "riedificazione", nella quale si è potuto osservare:

- Efficacia nel trattamento individuale del paziente G.A.P.;
- aumento della consapevolezza nel riconoscimento del gioco d'azzardo come "sostituto della relazione" ;
- miglioramento della qualità di vita tramite miglioramento dei rapporti familiari e progettazione nuove mete;
- cessazione dal gioco.

Obiettivo del poster: *Condivisione del buon esito dell'esperienza.*

METODI: tramite l'utilizzo della psicoterapia individuale il paziente è stato accompagnato nell'analisi delle motivazioni che lo spingevano alla dipendenza comportamentale. Nel contempo dal confronto con l'operatore ha imparato ad acquisire stili di vita differenti e soluzioni alternative più adattive. La relazione a due con l'operatore ha favorito lo sblocco di emozioni altrimenti congelate e l'analisi di "ferite" non facilmente sanabili, dedicando particolare attenzione agli aspetti empatici, di comprensione e di affetto per l'altro. I colloqui sociali hanno conso-

lidato la presa di coscienza tramite l'analisi delle conseguenze finanziaria legate al gioco, con riflesso sulla coppia e sui familiari, migliorando la qualità della relazione.

RISULTATI: Nel 2011 si è consolidata la nostra esperienza di Servizio specializzato nel trattamento individuale di giocatori d'azzardo patologici: tot. N. 55 pazienti trattati nell'anno; di questi:

- n. 25 hanno notevolmente migliorato i rapporti di coppia o familiari;
- n. 8 hanno investito in attività di tempo libero/volontariato;
- n. 12 non cambiamenti sostanziali, in una situazione di coppia/familiare già stabilizzata;
- n. 10 non è stato possibile individuare dati in tal senso.

Tramite la raccolta dati effettuata per mezzo delle notizie rilevate retrospettivamente dalla cartella clinica è stato possibile individuare quale fosse la situazione affettivo-relazionale al momento dell'accoglienza e quale poi sia stata l'evoluzione nella qualità delle relazioni a fine terapia.

Gli items utilizzati sono quelli di seguito indicati:

- DSM IV-R (criteri 7e 9):
7) "Mente ai membri della famiglia, al terapeuta, o ad altri per occultare l'entità del suo coinvolgimento nel gioco d'azzardo";
9) "Ha messo a repentaglio o perso una relazione significativa..per il gioco d'azzardo".
- CANADIAN PROBLEM GAMBLING INDEX (item 8 e 9):
8) "Hai pensato che il gioco ti abbia causato problemi economici o ne abbia causati al tuo bilancio familiare?";
9) "Ti sei sentito in colpa per il tuo modo di giocare o per ciò che accade quando giochi?".
- SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (item 19 -20 e item relativo allo stato civile):
19) "Nel corso degli ultimo 12 mesi ha mai nascosto ricevute delle scommesse, ...al suo coniuge, ai suoi figli o ad altre persone importanti nella sua vita?";
20) "Nel corso degli ultimi 12 mesi le è capitato di avere discussioni con le persone con cui vive circa il suo modo di comportarsi nei confronti del denaro?".

Ai suddetti items va aggiunto quello relativo allo stato civile.

CONCLUSIONI: Il percorso ha favorito una migliore introspezione e la conoscenza di sé in rapporto all'altro ed ha incentivato la ripresa di attività sociali e di volontariato, scotomizzate dal gioco. Il trattamento individuale ha determinato il successo del percorso terapeutico, sia rispondendo agli standard di procedura aziendale (almeno il 50% ha concluso il percorso diagnostico ed almeno il 30% dei pazienti ha concluso il percorso terapeutico), che facilitando l'astensione da Gioco d'Azzardo Patologico.

GIOCO D'AZZARDO E SENSO DI SOLITUDINE: STORIE AL FEMMINILE E POSSIBILI STRATEGIE TRATTAMENTALI

Dr.ssa Susanna Francesca Redaelli*,
Dr David Micheli**, Dr.ssa Cinzia Stellato***,
Dr Edoardo Cozzolino****

*Assistente Sociale
**Educatore Professionale
***Medico neurologo - RSS
****Medico internista - Direttore SC Ser.T 1- ASL di Milano

Parliamo di storie personali. Parliamo delle storie di un particolare gruppo di pazienti in cui i racconti di vita sono straordinariamente simili: la popolazione femminile over 50 che si è rivolta al Servizio per un problema di gioco d'azzardo patologico.

Nel corso della presa in carico sono emersi una serie di elementi in comune nelle storie di vita delle pazienti che ci hanno spinto a formulare l'ipotesi alla base di questo lavoro e gli approfondimenti che ne sono seguiti: il senso di solitudine vissuto nelle relazioni, indipendentemente dalla reale assenza di partner, familiari o amici.

Ci siamo chiesti quindi se fosse possibile utilizzare una strategia di Servizio utile per superare tale difficoltà e migliorare l'outcome dei trattamenti.

Abbiamo analizzato, su un campione totale di 107 pazienti giocatori presi in carico dal 2008 al 31.8.2012, la popolazione di donne che al momento della presa in carico ha più di 50 anni : 76% (19 pz) dei soggetti di genere femminile che rappresentano il 24% (25 pz) del campione totale.

La maggior parte di loro ha una bassa scolarità e non ha un'attività lavorativa stabile (15 - 79% sottoccupate, casalinghe, pensionate).

Nelle loro storie personali emerge con discreta frequenza la mancanza di un accudimento genitoriale adeguato, caratterizzato da cure affettive carenti da parte di entrambi i genitori e di una iperprotettività ed eccessivo controllo da parte soprattutto paterna¹, che le ha spinte a lasciare precocemente la casa di origine, soprattutto con matrimoni in età molto giovane (<20 anni). Spesso la vita sentimentale è stata molto travagliata (relazioni poco soddisfacenti o terminate per abbandono da parte del compagno) e anche la nascita di figli non sempre ha rappresentato un collante per la coppia (alcune hanno dovuto occuparsi da sole dei figli perché non riconosciuti oppure perché il compagno non voleva impegnarsi troppo nella relazione).

Figura 1: Carezza accudimento figura materna (PBI)

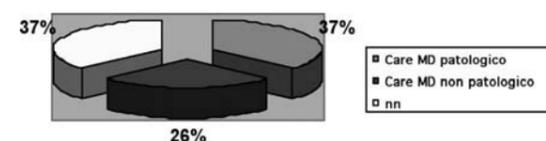


Figura 2: Carezza accudimento figura paterna (PBI)

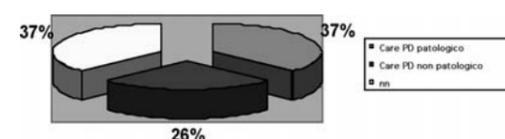
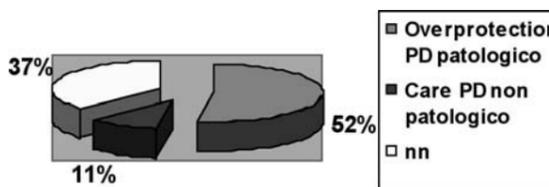
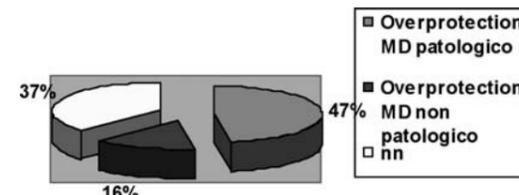
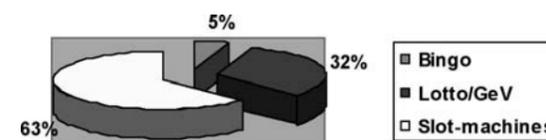


Figure 3 e 4: Iperprotettività ed eccessivo controllo materno e paterno (PBI)



Molte di loro (10 - 52,6%) non hanno un compagno al momento della presa in carico e (13 - 68,4%) hanno cattive relazioni con i familiari.



Abbiamo sondato le preferenze per le diverse tipologie di giochi d'azzardo: la maggior parte delle pazienti (63%) predilige le slot-machines, una parte minore (32%) i Gratta&Vinci, mentre solo una piccola percentuale (5%) preferisce il Bingo (Fig.2); le cifre massime giocate in un'unica occasione sono state prevalentemente (15 pz) nella fascia medio/bassa, compresa tra i 100 e i 999 €. Solo 2 pazienti hanno dichiarato di aver giocato come cifra massima fra i 10 e i 99 €, 1 tra 1.000 e i 9.999 €, e 1 n.n. Quindi si tratta di giochi semplici, in cui non è necessario pensare a strategie specifiche, facilmente reperibili in ambienti poco connotati e per i quali viene utilizzato poco tempo (52,35% gioca al massimo per un'ora) ma una discreta quantità di denaro, viste le possibilità economiche.

Abbiamo pertanto indagato la situazione debitoria: 16 soggetti su 19 hanno contratto debiti.

Di questi: 9 con finanziarie o istituti di credito; 6 con i familiari; 1 con ALER per il mancato pagamento del canone di locazione, avendo utilizzato il denaro ad esso destinato per il gioco. L'entità dei debiti contratti per il gioco va da un minimo di 700 € ad un massimo di 35.000 €, con una media procapite di circa 18.000 €. In alcuni casi emerge che il denaro utilizzato per il gioco è derivato dalla vendita di beni personali, quali gioielli, anche di discreto di valore, che costituiscono eredità di famiglia.

Figura 7: Ha preoccupazioni o problemi in famiglia?*

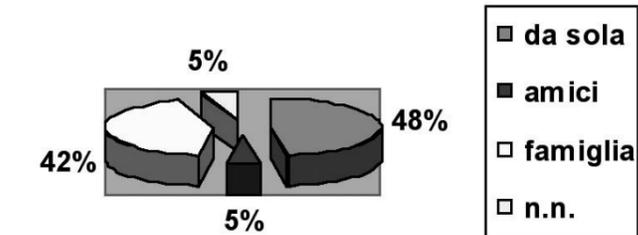


Figura 8: Con chi passa la maggior parte del tempo libero?*



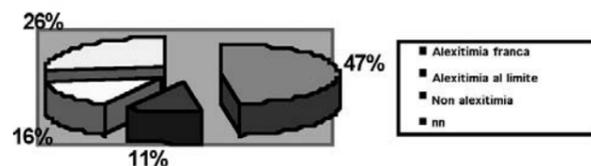
Se valutiamo inoltre la presenza di problemi in famiglia e come viene utilizzato il tempo libero si vede che le problematiche familiari sono molto evidenti e inoltre, anche la possibilità di utilizzare tempo libero con i familiari non rappresenta un fattore protettivo se le relazioni sono conflittuali.

Dietro questi dati, quindi, si ritrovano le storie delle pazienti che, in corso di trattamento, hanno riportato il desiderio di essere incluse nuovamente nella vita dei propri figli adulti e con una vita ormai indipendente dalla famiglia di origine, oppure di sentire la mancanza di una reale dimensione di coppia nella relazione con il partner. Per queste persone è possibile definire l'attività di gioco come una strategia, seppur disfunzionale, di catalizzare l'attenzione (e le preoccupazioni) dei propri cari, così come uno strumento di riscatto sociale, nell'illusione che l'ipotetica vincita possa magicamente modificare in meglio l'immagine che i familiari hanno di loro.

Per tale motivo si è utilizzato uno specifico strumento terapeutico del Servizio, gli incontri di psicoeducazione (secondo il modello proposto dal dr. Carlevaro), per chiedere la presenza di uno o più

familiari da includere nel trattamento: allo scopo iniziale di aprire una finestra di conoscenza sul mondo del gioco e degli errori cognitivi conseguenti, si può così aggiungere quello di coinvolgerli anche sul piano relazionale.

Figura 9: Alexitimia (TAS 20)



Tale strumento si è rivelato quanto mai utile in queste pazienti, in cui l'elevato tasso di alexitimia non consentiva un trattamento psicoterapico, e che, coinvolgendo i familiari, poteva contribuire al miglioramento delle relazioni. Ecco allora che parte integrante del trattamento, e obiettivo dello stesso, è diventato anche riconoscere qual è il vero bisogno ed esplicitarlo, trovare degli spazi di condivisione per migliorare la comunicazione e provare a riappropriarsi in modo più sano e funzionale delle relazioni affettive, sperimentando delle dinamiche diverse da quelle messe in atto con il gioco d'azzardo.

Infatti nella nostra casistica la maggior parte delle pazienti che ha concluso positivamente il trattamento ha visto coinvolti i familiari con rapporti più significativi (4 pz su 6), mentre di quelle che lo hanno interrotto, la disponibilità dei familiari è stata più bassa (2 pz su 8).

Conclusione:

Là dove il nucleo familiare ha la capacità di porsi come risorsa, si può affrontare sia il problema del gioco che il disagio che è alla base dei comportamenti ossessivi, migliorando così l'esito dei trattamenti. Per contro, l'analisi proposta conferma l'esistenza di una correlazione tra il gioco patologico e il senso di solitudine laddove i legami familiari, se presenti, si rivelano disfunzionali o altamente conflittuali.

Gli incontri di psicoeducazione, favorendo il coinvolgimento dei familiari, contribuiscono non solo a migliorare l'outcome dei trattamenti ma anche ad aprire possibili spazi di interventi psicologici sia presso il SerT sia presso altri Servizi più specificamente dedicati alla cura delle relazioni familiari.

¹ Fonte: PBI test

² Domanda n. 16 Scheda Gambling versione 04.03.2012

³ Domanda n. 14 Scheda Gambling versione 04.03.2012

capitolo 2 POSTER E COMUNICAZIONI BREVI SESSIONE 2

14

DOPPIA DIAGNOSI: INCIDENZA DELLE PATOLOGIE PSICHIATRICHE IN UN GRUPPO DI SOGGETTI AFFERENTI A UN SERVIZIO PER LE TOSSICODIPENDENZE

R. Garofano*, V. Barretta*, F. Auriemma**

*Medico psichiatra Ser.T. DS 25 ASL NA1 Centro

**Medico psichiatra Responsabile Ser.T. DS 25 ASL NA1 Centro

ABSTRACT

L'alta percentuale di comorbidità tra la malattia mentale ed il disturbo da uso di sostanze psicoattive è stata ben documentata da numerosi studi clinici ed epidemiologici anche se le sue cause appaiono ancora controverse e difficilmente riconducibili a criteri di causalità lineare. L'interesse per tale condizione trova i suoi presupposti nell'aumentata frequenza con cui tali quadri clinici si osservano nella pratica e nelle difficoltà riscontrate dagli operatori in virtù dell'aumentata complessità delle condizioni cliniche e delle problematiche terapeutiche che tali casi comportano.

Rispetto ai pazienti con la semplice diagnosi di SUD (Substance Use Disorder) o con la singola diagnosi di malattia psichiatrica, quelli con "doppia diagnosi" corrono maggiori rischi: ritardo nella diagnosi stessa, comparsa di sintomi psicopatologici più gravi, scarsa aderenza ai trattamenti, minor efficacia delle terapie, più frequente ricorso ai presidi di emergenza, più alta associazione con malattie organiche. Inoltre questi soggetti subiscono uno stigma sociale più forte, sono spesso disoccupati o senza fissa dimora, possono, più frequentemente, sviluppare comportamenti violenti o vere e proprie condotte criminali.

L'alta frequenza di comorbidità riflette la presenza di fattori ambientali, genetici e neurobiologici sovrapposti ed interconnessi che influenzano negativamente entrambi i tipi di disturbi.

In Italia vi è una carenza di rilevazioni epidemiologiche riguardanti la prevalenza ed incidenza della doppia diagnosi nella popolazione generale e nelle sottopopolazioni dei tossicodipendenti e dei malati psichiatrici, con studi soltanto su campioni di pazienti che afferiscono sia ai Ser.T. che ai Dipartimenti di Salute Mentale poco rappresentativi, quindi, dell'intera popolazione.

Il nostro è uno studio osservazionale naturalistico il cui obiettivo è stato quello di valutare la prevalenza

di patologie psichiatriche in un campione randomizzato di soggetti, individuato tra la popolazione di utenti afferenti al Ser.T. DSB 25 ASL NA1 CENTRO negli ultimi 12 mesi.

Sono stati inclusi nella valutazione 64 soggetti di età compresa tra i 22 ed i 51 anni di entrambi i sessi (13 F e 49 M e 2 soggetti transgender) che si iscrivevano per la prima volta al Servizio ed iniziavano un trattamento farmacologico, nonché quelli che era necessario rivalutare, dopo un periodo di assenza, per un nuovo ingresso in trattamento. Sono stati esclusi dallo studio solo i soggetti di origine extracomunitaria onde evitare che barriere linguistiche e differenze di ordine culturale potessero rappresentare "bias" in grado di invalidare lo studio.

Come strumento di valutazione è stata utilizzata l'intervista strutturata M.I.N.I. 5.0.0 (Mini International Neuropsychiatric Interview), basata sul DSM IV. Tale strumento, validato a livello internazionale, è suddiviso in moduli ciascuno dei quali corrisponde ad una categoria diagnostica. Esso consente attraverso domande ben definite di individuare le principali patologie di asse I, oltre al Disturbo antisociale di personalità presente in asse II e valuta anche il rischio suicidario.

I risultati prodotti dall'indagine hanno evidenziato una prevalenza dell'82,8% di disturbi psichici individuabili sull'asse I del DSM IV con l'aggiunta del Disturbo antisociale di personalità. È da notare che il 17,2% rappresenta il restante campione, risulta composto per il 72% da soggetti eroinomani. Il Disturbo da attacchi di panico (40,6%), il Disturbo d'ansia generalizzato (18,8%), la Fobia sociale (6,35%) ed in piccola parte il Disturbo ossessivo-compulsivo (6,25%) costituiscono ben oltre un terzo delle patologie individuate. Intendiamo sottolineare il dato relativo alla prevalenza di Depressione Maggiore attuale con il 40,6% ma che, considerando anche gli episodi in anamnesi, raggiunge il 53,1% del campione, presente in 12 femmine e 21 maschi. L'ideazione suicidaria, che la M.I.N.I. evidenzia classificando il rischio in medio, basso e alto, è riscontrabile nel 34,4% soggetti. Molto significativa appare anche la percentuale di Episodi Maniacali/Ipomaniacali pari al 29,7% che individua la presenza di Disturbo Bipolare 1 e Disturbo Bipolare 2 nel 17,2% dei soggetti esaminati. Il Disturbo antisociale è diagnosticato nel 26,6% del campione ed il 58% di questo gruppo presenta anche la diagnosi di malattia bipolare.

La complessità della doppia diagnosi rappresenta una vera sfida, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico, con cui gli operatori dei servizi sanitari, sia dei Ser.T che della Salute Mentale, devono confrontarsi.

La comorbidità tossicologico-psichiatrica non è una semplice somma di differenti condizioni patologiche, ma una sindrome in cui entrambe le patologie si rinforzano, embricandosi l'una nell'altra, e dando luogo a quadri sintomatologici unitari, ma con alta variabilità interindividuale. In questi casi l'uso delle droghe si potrebbe innestare su un disagio psichico di base, magari ancora non ben strutturato, modifi-

candolo e consolidando la psicopatologia. Per tale motivo le condizioni di doppia diagnosi tendono ad avere gravità maggiore, una più elevata persistenza nel tempo e ridotta risposta alle terapie rispetto ai due disturbi presi singolarmente.

Ulteriore rilievo va dato alla considerazione che la presenza di patologie psichiatriche ha un forte impatto sul decorso del DUS, sulla frequenza di ricadute e recidive e, in definitiva, sull'intera compliance ai trattamenti.

Il presente studio riveste particolare significatività in quanto sottolinea la necessità di effettuare attente valutazioni psicopatologiche nei soggetti affetti da tossicodipendenza perché queste possono modificare profondamente le strategie terapeutiche da mettere in atto e le modalità di assistenza e di management dei casi.

15

ADOLESCENTI "FREQUENT ATTENDERS" IN PRONTO SOCCORSO, ANALISI EPIDEMIOLOGICA SUL TERRITORIO PAVESE

Brigada R., Perotti P., Verri A., Panzarasa A., Bosi E., Basti S., Foppiani C., Belfiore G., San Bartolomeo P.

Dipartimento Dipendenze, ASL della Provincia di Pavia

Introduzione

La giovane età quale fattore di rischio

La fascia di età che passa attraverso l'adolescenza per giungere alla giovinezza, che da ora in poi chiameremo impropriamente "giovane età", rappresenta di per sé il momento di crescita in cui il minore, influenzato da fattori individuali e dal contesto sociale e familiare, è più esposto al rischio di sviluppare comportamenti devianti, quali uso di sostanze, rapporti problematici con il cibo, attacchi al corpo (incidenti e suicidi), etc. (Carbone P. 2003). In "giovane età" spesso manca la capacità di esplicitare e rendere consapevole, *in primis* a sé stessi e poi agli altri, i propri vissuti emotivi e le proprie sofferenze che, non essendo mentalizzate, vengono "tradotte" in agiti e somatizzazioni. Attraverso la comunicazione implicita l'adolescente manifesta con il linguaggio concreto del corpo un dolore che non può essere riconosciuto né tanto meno raccontato (Charmet G.P. 2004). Le sofferenze non elaborate sono pericolose da un punto di vista evolutivo perché, se una persona in "giovane età" non sa che sta soffrendo o non accetta la sofferenza, può incorrere in due importanti rischi prodromici: la tossicodipendenza, per una fuga nell'onnipotenza, nell'esibizione, nella trasgressione e la caduta depressiva.

Gli adulti di riferimento e la rete dei servizi

Il Pronto Soccorso (PS), la Pediatria, la Neuropsichiatria Infantile, la Ginecologia, gli ambulatori di medici di Medicina Generale e Pediatri sono i luoghi nei quali si riversano questi comportamenti e dove l'assetto istituzionale (in genere medicazione del sintomo in condizioni di emergenza/urgenza) non è coerente con le aspettative, per altro confuse, degli utenti. Le richieste della maggioranza dei giovani vengono valutate come ripetitive e improprie (Carbone, 2009) e tali accadimenti vengono considerati fatalità o ragazzate (Ferrer-Wredder L. 2004) o "disturbi dell'età". Nonostante la frequenza con la quale i giovani usano i Servizi di Emergenza, esistono pochi studi mirati alla comprensione di questo fenomeno (Carbone, 2004). Spesso quando il malessere sfocia nell'uso di sostanze, intercorre un ampio lasso di tempo prima che la persona si renda conto del proprio problema e si presenti ai Servizi per richiedere aiuto; questo lasso di tempo viene defini-

to come "tempo di latenza". Per questo, allora, diventa indispensabile da una parte verificare che esista una relazione tra malessere e uso di sostanze e dall'altra interrompere la catena degli eventi, agendo sugli adulti di riferimento, quali genitori, familiari, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, PS. Quest'ultimo passaggio consentirebbe di ridurre il tempo di latenza che intercorre tra l'uso di sostanze e la presa in cura presso i Servizi territoriali, in media di 10 anni per le sostanze illegali e di 20 anni per l'alcol (Ponzio M, 2010).

Obiettivo. Individuare indicatori di rischio di uso di sostanze nella popolazione residente di giovane età per poter progettare, nell'ambito di una collaborazione in rete con i vari Servizi presenti sul territorio, adeguati interventi preventivi. Particolare attenzione è stata dedicata ai "frequent attenders", considerati, in letteratura, soggetti particolarmente problematici per aver avuto 4 o più accessi al Pronto Soccorso in un anno (GA Jelinek 2008).

Metodo.

L'integrazione delle competenze

Presso il Dipartimento Dipendenze è stato costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare "gruppo-adolescenti", che, dopo un'adeguata revisione della letteratura internazionale, ha commissionato all'Osservatorio Territoriale delle Dipendenze ASL Pavia una analisi della popolazione residente, in età compresa tra i 10 e 20 anni, afferente ai PS del territorio provinciale, al fine di individuare le caratteristiche della popolazione a rischio di "contatto" con le sostanze, sia legali che illegali. Sono stati pertanto analizzati tutti gli accessi ai 3 presidi PS della provincia da parte del target in oggetto, negli anni dal 2003 al 2010, prendendo come spunto un modello di analisi già pubblicata in letteratura (GA Jelinek 2008, Vanni F 2009).

La fonte dei dati

I dati utilizzati nello studio sono stati estratti, attraverso algoritmi specifici di definizione, dal Data Ware-House (DWH) della ASL di Pavia che dal 2003 raccoglie i dati sanitari e socio-sanitari della provincia. Gli accessi al PS dal 2003 al 2010 sono stati ricavati dal flusso della Specialistica Ambulatoriale (28 SAN) e successivamente è stato effettuato un link deterministico (utilizzando i Codici Fiscali) con i flussi SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera) e la matrice estratta dalla cartella clinica informatizzata "Sistema Dipendenze". Dalle SDO sono stati presi in considerazione i ricoveri legati all'utilizzo di sostanze legali ed illegali; mentre dal Sistema Dipendenze sono stati presi in considerazione sia i pazienti presi in cura con programma terapeutico riabilitativo che le sole segnalazioni dalla Prefettura. La prevalenza degli adolescenti, che manifestano un disagio psichico mediante il corpo, è stata calcolata quantificando gli accessi nei Pronto Soccorso di Pavia e provincia nell'anno 2010.

Analisi statistiche

Le analisi descrittive e multivariate sono state condotte utilizzando il software STATA10.

Risultati

Dal 2003 al 2010, si sono recati almeno una volta al Pronto Soccorso 47.121 soggetti residenti nel territorio provinciale di età compresa tra i 10 anni e 20 anni e di questi 25.950 sono maschi, (età media 14,3 ds ± 3,3 anni) e 21.171 femmine (età media 14,5 ds ± 3,4 anni). Prendendo in considerazione anche il territorio di residenza si è evidenziato come non vi siano differenze statisticamente significative di genere tra i tre territori, (distribuzione per territorio: maschi 35,1% in Lomellina, 24,6% in Oltrepò e 40,7% nel Pavese; femmine: 35,7% in Lomellina, 24,4% in Oltrepò e 39,9% nel Pavese; p=0,386). Nello specifico, nel 2010, anno d'osservazione più recente, si è registrata una prevalenza di ragazzi che hanno avuto almeno un accesso al PS, pari a 29 ragazzi ogni 100 abitanti; inoltre i "frequent attenders" (soggetti con un numero di accessi al PS uguale e/o superiore a 4) sono stati 317 (2,2% dei ragazzi al PS nel 2010). Con l'intento di tracciare le caratteristiche dei "frequent attenders", che potrebbero essere campanelli d'allarme di un eventuale disagio giovanile che possa sfociare nel consumo di sostanze legali/illegali, è stato costruito un modello logistico (Tab 1). L' "evento", rappresentato dall'uso di sostanze, include i ricoveri ospedalieri correlati all'assunzione alcol/droghe, o i cittadini segnalati al Ser.T. per art. 121 e art 75 o presa in cura presso i tre Ser.T.

Tab. 1 - Modello logistico anni 2003-2010

Covariate	OR	p-value	IC 95%	
Maschi vs Femmine	3,7	<0,001	3,1 - 4,4	
Età al primo accesso in PS nel periodo 2003-2010	1,2	<0,001	1,2 - 1,3	
Numero accessi medi per anno al PS ≥4 vs <4	4,1	<0,001	2,2 - 7,6	
Territorio	Lomellina vs Pavese	0,9	0,284	0,8 - 1,1
	Oltrepò vs Pavese	1,3	0,001	1,1 - 1,6

Dall'analisi logistica è emerso che: l'essere "Maschio" comporta un rischio 4 volte maggiore di sviluppare l'evento rispetto all'essere "Femmina"; così come accedere per la prima volta al PS con un'età più avanzata (primo accesso tra quelli avvenuti nel periodo 2003-2010), infatti ogni incremento unitario di età aumenta del 20% la probabilità di sviluppare l'evento. Anche l'essere un "frequent attenders" incrementa di 4 volte il rischio. Inoltre, abitare in Oltrepò rispetto agli altri territori della provincia aumenta del 30% il rischio di usare sostanze (Tab. 1).

Conclusioni

Dalla nostra analisi emerge che la probabilità che il disagio adolescenziale possa evolvere in un disturbo correlato al consumo di sostanze, sia legali che illegali, è maggiore nei maschi; questo aspetto è ricon-

trabile anche nella composizione della popolazione dei SerT, dove la popolazione maschile costituisce l'80% dei pazienti presi in carico. I soggetti più a rischio hanno anche un'età di accesso in PS più avanzata; probabilmente dovuto al fatto che essendo un po' più "vecchi" hanno un'esperienza più consolidata con le sostanze, rispetto ai soggetti più giovani.

Sarebbe quindi auspicabile, da parte dei medici dei Servizi di Emergenza un'attenzione particolare nei confronti di questa tipologia di soggetti.

Con tale studio confermiamo che l'essere "frequent attenders" è legato ad un maggior rischio di utilizzo delle sostanze. Indagare la complessità del fenomeno e le sue sfumature è, indubbiamente, il primo di una serie di possibili interventi preventivi.

Quindi, affiancare all'intervento sanitario in PS un intervento psicologico, da svolgersi in uno spazio idoneo, dove il contesto affettivo nel quale l'incidente/sintomo si è prodotto possa essere analizzato con l'utente e i familiari, potrebbe permettere di individuare precocemente i disturbi del processo evolutivo e favorire un eventuale orientamento verso la rete dei Servizi.

Per sviluppare tali aspetti, il Dipartimento Dipendenze della ASL di Pavia è promotore del progetto sperimentale "Problemi in corpo, soluzione in mente", approvato da Regione Lombardia con D.G.R. n IX/3239 del 04/04/2012. Lo scopo del progetto è quello di sensibilizzare e formare la rete dei Servizi territoriale nel riconoscere e gestire i disturbi legati al disagio dei cittadini in "giovane età".

Bibliografia

- Carbone, P. "Le ali di Icaro. Rischio e incidenti in adolescenza." Bollati Boringhieri, Torino, 2003.
- Charmet G.P. "La consultazione con l'Adolescente oggi: dialogo su teoria e metodo" Genova. Ricerca Psicoanalitica, 2004, XIV, 2.
- Carbone, P. "Le ali di Icaro. Capire e prevenire gli incidenti dei giovani." Bollati Boringhieri, Torino, 2009.
- Ferrer-Wredder L et al. "Successful prevention and youth development programs". (2004).
- Carbone P. "Adolescenti e pronto soccorso" (<http://www.psychomedia.it/aep/2004/numero-2/carbone.htm>). (2004).
- Ponzio M, Perotti P, Monti MC, Panzarasa A, Sanbartolomeo P, lannello GC, Mariani S. "What is the temporal gap between the first use of the drug and the entrance in the health care program? What are the factors influencing the length of this temporal gap". ISAM 2010-Abstracts book
- GA Jelinek et.al. "Frequent attenders at emergency departments: a linked-data population study of adult patients." MJA: 187 (10)-2008: 552-556.
- Vanni F. "Giovani in pronto soccorso. Il corpo nelle emergenze psicologiche", Milano, Franco Angeli, 2009.

L'ESPERIENZA DEL SER.T DI CINISELLO NEL TRATTAMENTO DEI GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI

Simonetta Conti, Enrico Sparacino,
Maria Rosa Casiraghi
Ser.T. 1 - A.S.L. di Milano

Nel 1980 l'American Psychiatric Association inserisce il GAP nella terza versione del manuale statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM) attribuendo così ad alcune forme di gioco d'azzardo il valore di una vera e propria patologia psichiatrica e stabilendo specifici criteri per formularne la diagnosi.

Il riconoscimento dell'importanza clinica del G.A.P. come vera e propria patologia e la crescente diffusione sul territorio di tale fenomeno ha fatto emergere la necessità di intervenire sul piano istituzionale attribuendo le competenze di prevenzione, cura e riabilitazione ai Ser.T. in quanto, al di là delle sue specificità psicopatologiche, il G.A.P. implica una "dipendenza comportamentale" che con le sue caratteristiche cliniche lo avvicina, quasi in modo sovrapponibile, ai Disturbi di Dipendenza da Sostanze Psicotrope.

In quest'ottica nel 2002 si è costituita nel Ser.T. di Cinisello Balsamo un'equipe specifica che, ad oggi, ha seguito 185 utenti affetti da disturbo di G.A.P.

Poiché questo disturbo presenta alcune specificità che distinguono il soggetto dipendente dal gioco d'azzardo da quello dipendente da sostanze psicotrope si è ritenuto opportuno rivedere i modelli terapeutici utilizzati nel Servizio per rielaborare di più idonei a questa condizione patologica. I giocatori, infatti, pur trovandosi in condizioni spesso critiche, con i rapporti familiari e il contesto lavorativo, sociale ed economico compromessi, conservano per lungo tempo uno stile di vita integrato, tentando di risolvere autonomamente le proprie difficoltà: questa tendenza li porta a dilatare i tempi di presa di coscienza del problema, rendendo più difficile l'accettazione della complessità clinica della patologia e della necessità di un intervento specialistico.

Per questa ragione nel momento in cui i giocatori formulano una richiesta di aiuto hanno raggiunto un livello di gravità tale che richiede di focalizzare subito l'intervento sui problemi e sulle richieste immediate espresse in relazione ai comportamenti di gioco. Il Servizio ha scelto quindi di fare riferimento al quadro teorico cognitivo comportamentale che prevede, all'interno di un percorso trattamentale, una sequenza di singoli interventi, di durata definita e con obiettivi e finalità differenziati e specifici.

Tale trattamento offre al paziente la possibilità di raggiungere risultati anche parziali e di acquisire strumenti funzionali che, in caso di dropout, permettono a lui e ai familiari di rapportarsi in modo più critico e consapevole alla sua problematica.

Il modello si basa su alcuni elementi fondamentali:

una corretta informazione sulle problematiche connesse ai comportamenti del giocatore patologico - l'analisi funzionale degli stili di vita e dei comportamenti associati al GAP - la valutazione diagnostica approfondita di tali comportamenti con somministrazione di test specifici - l'identificazione delle situazioni che favoriscono il GAP - l'apprendimento di strategie di evitamento delle situazioni a rischio e di gestione del craving - l'acquisizione di nuovi stili di vita orientati alla salute.

Gli obiettivi da raggiungere sono: aumento delle conoscenze sugli effetti negativi connessi al GAP - identificazione delle situazioni di rischio - aumento di competenze e apprendimento di strategie di evitamento - sospensione del comportamento di GAP (remissione completa protratta).

IL PROGRAMMA PREVEDE:

Prima fase intensiva di tre mesi: (A) Accoglienza: ascolto della richiesta e presentazione del programma di trattamento, (se possibile) individuazione e coinvolgimento di un familiare significativo. (B) Valutazione diagnostica: raccolta dell'anamnesi personale e familiare - valutazione della presenza dei criteri per la diagnosi di GAP secondo il DSM IV - somministrazione di Test specifici - visita medica. (C) Trattamento terapeutico.

In questa fase il trattamento individuale/familiare, focalizzato principalmente sulla psico-educazione e svolto da un operatore del Ser.T. (con funzione di case manager), può integrarsi con trattamenti farmacologici, approfondimenti psicologici e sociali ed eventuale invio esterno a gruppi di auto-aiuto per giocatori.

Seconda fase di nove mesi: (A) Consolidamento degli obiettivi raggiunti nella prima fase. (B) Analisi dei successi/fallimenti nel controllo della compulsione a giocare. (C) Gestione delle eventuali recidive, mantenimento della condizione di astensione completa dal gioco con raggiungimento della Remissione Completa Protratta (secondo i criteri del DSM-IVR).

Se il soggetto mantiene l'adesione al trattamento, con un incremento motivazionale e un maggior investimento nella cura è possibile una prosecuzione del trattamento psicoterapeutico maggiormente centrato sulla struttura personale e sulle implicazioni del GAP in relazione allo sviluppo e all'evoluzione della sua storia affettiva e relazionale.

Terza fase: chiusura del trattamento con possibilità di colloqui successivi di monitoraggio.

CASISTICA

È stato esaminato un gruppo di 105 utenti trattati negli ultimi anni con i quali è stato applicato il nostro modello di trattamento. Le tabelle che seguono descrivono alcune caratteristiche del gruppo e gli esiti del trattamento.

COMPOSIZIONE DEL GRUPPO

Maschi=81%-Femmine=19%

La netta prevalenza di Maschi all'interno del campione è in linea con i dati ufficiali relativi sia a questo tipo di disturbo che alla patologia di dipendenza da sostanze psicotrope.

MASCHI

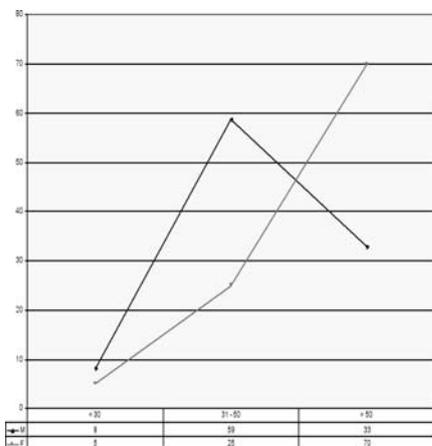


FEMMINE

DISTRIBUZIONE DELLE FASCE DI ETÀ:

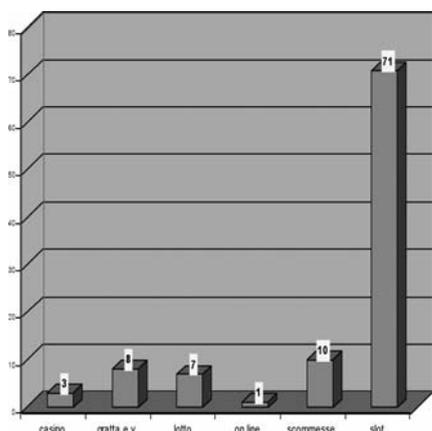
[<30] M=8% F=5% - [30-50] M=59% F=25% - [>50] M=33% - F=70%

I dati evidenziano una differenza significativa tra i due sottogruppi M-F rivelando un marcato incremento tra i maschi nella fascia 30-50 seguito poi da un abbassamento della frequenza. Nel sottogruppo dei soggetti femminili si osserva un andamento inverso con una frequenza contenuta nella fascia 30-50 e accentuata in quella successiva. Tale dato può essere associato alla condizione della popolazione femminile che, a causa dei cambiamenti relazionali e familiari, dopo i 50 anni può tendere a sviluppare tratti depressivi che trovano una compensazione nei comportamenti di G.A.P.



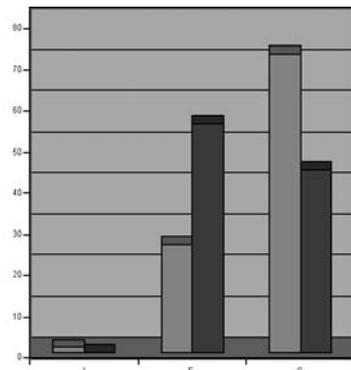
TIPO DI GIOCO:

Rispetto alla diffusione della tipologia di giochi d'azzardo nella popolazione in generale, caratterizzata da una prevalenza del ricorso alle lotterie (lotto, enalotto, ecc.), nel nostro campione prevalgono i giocatori dipendenti prevalentemente dalle Slot Machine. Tale dato conferma, come ampiamente osservato in letteratura, che tra i vari tipi di giochi d'azzardo le slot machine, per le loro caratteristiche, inducono maggiormente comportamenti di dipendenza.



CLASSIFICAZIONE SECONDO BLASZYNSKY:

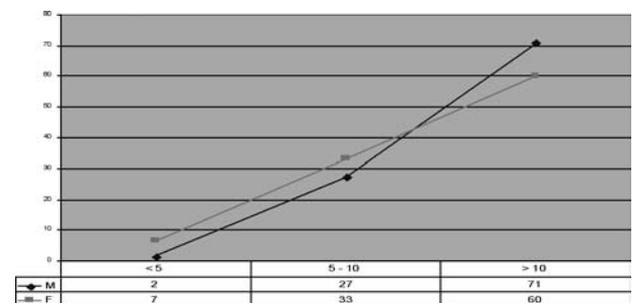
I dati evidenziano la quasi completa assenza di soggetti Impulsivi/Antisociali nei due sottogruppi M/F, mentre rivelano differenze tra quelli Emotivamente Vulnerabili e quelli Condizionati. Tra i primi prevalgono le donne, rivelando una maggiore incidenza della sfera affettiva ed emotiva nel loro comportamento patologico, tra i secondi prevalgono gli uomini evidenziando una maggior influenza di fattori sociali e relazionali.



- Impulsivi/Antisociali (disturbi del controllo degli impulsi, disturbi sociopatici) [M=1% - F=0%]
- Emotivamente Vulnerabili (psicopatologie rilevanti, bassa autostima) [M=26% - F=56%]
- Condizionati (assenza di psicopatologie rilevanti e grave impulsività) [M=73% - F=44%].

Punteggi del SOGS: [<5] M=2%-F=7%
[5-10] M=27%-F=33%, [>10] M=71%-F=60%

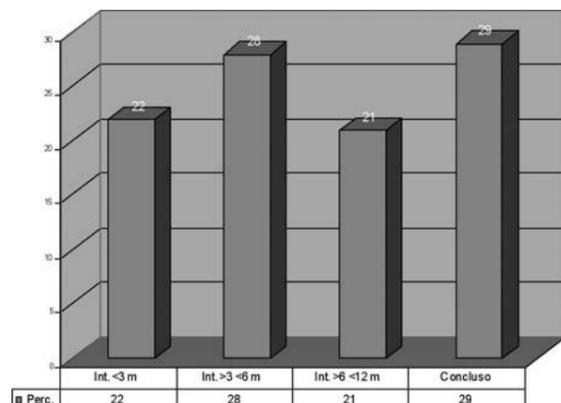
Questo dato oltre a confermare la gravità della patologia (>5) all'interno del gruppo esaminato, evidenzia una corrispondenza tra i due sottogruppi M e F.



ESITI: Dei 105 pazienti esaminati è stato analizzato un sottogruppo di 72 pz che non sono più in trattamento e che sono stati distinti in 4 gruppi:

- Conclusione con remissione completa protratta (DSM IVR): (= >12 mesi) = 29%
- Interruzione con remissione parziale (DSM IVR) (= >6 e < 12 mesi) = 21%
- Interruzione dopo prima fase (= >3e < 6 mesi) = 28%
- Interruzione precoce (< 3 mesi) = 22%

17



IL RUOLO DELL'ALCOL NEL PROCESSO DI RICADUTA: ESPERIENZA IN UN PROGRAMMA RESIDENZIALE TERAPEUTICO/RIABILITATIVO

Micaela Crestani*, Mauro Cibir**

*Centro Don Milani

**Dipartimento per le Dipendenze

Azienda ULSS 13 del Veneto - Mirano - Venezia

CONCLUSIONI

Diversificando il programma di trattamento in interventi distinti, si favorisce il raggiungimento di risultati che, pur nella loro parzialità, costituiscono elementi fondamentali nelle fasi della cura. Anche in caso di abbandono del trattamento, prima di aver raggiunto la remissione completa protratta, il paziente ha la possibilità di acquisire strumenti funzionali che gli permettono di rapportarsi in modo più consapevole alla sua problematica. Pertanto, tenuto conto degli esiti, possiamo concludere che solo il 22% non ha raggiunto nessun beneficio interrompendo il percorso nella prima fase di aggancio.

Con il presente lavoro intendiamo proporre alcune suggestioni emerse da una ricerca retrospettiva svolta su un campione di 84 utenti di sesso maschile ospiti della Comunità "Contatto".

La suddetta struttura ha definito nel tempo la necessità di impostare il proprio modello operativo sulla prevenzione della ricaduta, la gestione del craving, l'elaborazione dello scivolone.

Tale impostazione metodologica impone primariamente di analizzare la dinamica dello scivolone e della ricaduta per tracciarne non solo l'incidenza percentuale ma l'eventuale consequenzialità, le modalità di individuazione, il ruolo dell'alcol come precursore.

I dati raccolti indicano alcuni elementi su cui focalizzare l'attenzione per aumentare l'efficacia degli aspetti preventivi e di tutela.

Oltre agli aspetti quantitativi analizzati, alcune riflessioni e criticità ci vengono suggerite dall'esperienza di applicazione di tale modello di prevenzione della ricaduta a un programma terapeutico/riabilitativo in comunità.

Il futuro suggerisce la necessità di approfondimenti e ricerche indagando ulteriori variabili e correlazioni.



Il ruolo dell'alcol nel processo di ricaduta: esperienza in un programma residenziale terapeutico/riabilitativo

Micaela Crestani, Mauro Cibir*

Progetto Contatto, Centro Don Milani, Tessera Venezia, Email: micaelacrestani@ceisdonmilani.com

*Dipartimento per le Dipendenze, Az. Ulss 13 del Vento, Mirano Venezia

Introduzione

La Comunità Contatto è un programma residenziale che accoglie utenti di sesso maschile con dipendenza da sostanze e/o alcol, coinvolgendoli in un programma terapeutico/riabilitativo che prevede tre fasi:

- fase diagnostica della durata di 1 mese, in cui viene effettuata una valutazione complessiva e vengono proposti gli obiettivi clinici e la durata del programma terapeutico;
- fase terapeutico/riabilitativa, in cui gli interventi terapeutici in un'ottica di prevenzione della ricaduta si combinano con l'orientamento, la ricerca e l'inserimento al lavoro;
- fase dell'autonomizzazione mirata alla costruzione di una rete sociale e amicale e all'individuazione delle risorse abitative in vista della dimissione.

In un programma di questo tipo, che prevede fin dall'inizio la possibilità di uscita e di interazione con l'ambiente i temi del craving e della ricaduta sono centrali; è stato necessario dunque adottare un modello basato sulla prevenzione della ricaduta, un modello in cui il craving, lo scivolone e la ricaduta siano considerati eventi su cui lavorare, non comportando automaticamente l'espulsione dal programma.

Un importante strumento terapeutico per la messa a punto di questo programma terapeutico/riabilitativo è stata l'analisi delle dinamiche di ricaduta degli utenti effettuata dapprima come supervisione dei casi in trattamento, quindi attraverso una ricerca retrospettiva.

Campione

I dati descrivono gli 84 utenti ospiti della comunità dal gennaio 2010 a settembre 2012 che hanno come sostanza primaria l'eroina per il 71% del campione, cocaina per il 11% e l'alcol per il 18%. Il campione per la maggior parte dei casi si posiziona sulla fascia d'età che va dai 31 ai 43 anni (56%), il 36% ha oltre i 44 anni ed l'8% ha dai 18 ai 30 anni. Rispetto alla partecipazione a programmi precedenti va sottolineato che quasi la totalità (il 91%) ha preso parte a programmi residenziali e ambulatoriali, l'8% si è limitato a programmi ambulatoriali mentre solo l'1% non ha partecipato in precedenza ad alcun programma.

Dinamica scivolone/ricaduta

Rispetto alla dinamica astinenza/scivolone/ricaduta si è evidenziato come il 42% dei soggetti si è mantenuto astinente durante tutto il programma, il 27% ha presentato uno o più "scivoloni" non seguiti da ricaduta, il 10% ha effettuato almeno un ricaduta e nel mentre in 21% dei casi la ricaduta è stata preceduta da uno o più "scivoloni".

I grafici di seguito riportati ne descrivono i dettagli.

Figura 1: Sostanza per scivolone/ricaduta

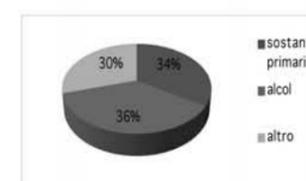


Figura 2: Scivolone/ricaduta modalità di individuazione

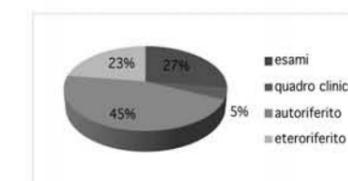


Figura 3: Scivoloni con ricaduta modalità di individuazione

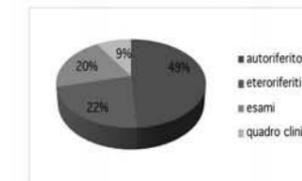


Figura 4: Ricadute precedute da scivolone sostanze utilizzate

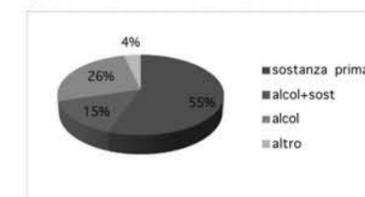
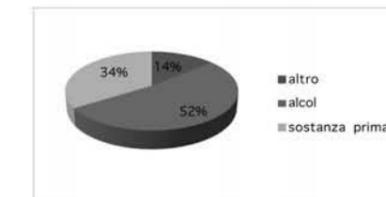


Figura 5: Sostanza utilizzata nei precedenti con sostanza primaria



Considerazioni conclusive

L'applicazione in una CT terapeutico/riabilitativa di un simile modello di prevenzione della ricaduta ci ha consentito di evidenziare:

- che molti "scivoloni" vengono individuati e non si trasformano in ricaduta; plausibilmente nei casi di ricaduta senza "scivolone" quest'ultimo c'è stato ma non è stato possibile rilevarlo;
- che gli esami tossicologici si dimostrano assai utili per individuare le ricadute, ma non possono essere considerate il metodo principale;
- che l'alcol è la sostanza con cui spesso si ricade, anche se la maggioranza degli utenti ospiti della struttura hanno come sostanza primaria l'eroina.

Criticità e riflessioni

Oltre a quanto emerso dall'elaborazione dei primi dati, alcune criticità e riflessioni ci vengono suggerite dall'esperienza di applicazione di tale modello di prevenzione della ricaduta a un programma terapeutico/riabilitativo in comunità, che ci si augura di poter meglio approfondire successivamente:

- la difficoltà ad accettare un modello che contempra la possibilità e la realtà della ricaduta;
- la delicatezza dell'equilibrio tra la non sanzione della ricaduta e la tutela della struttura e degli altri utenti;
- la necessità di uno stretto contatto con i servizi socio-sanitari inviati per una corretta formulazione di obiettivi terapeutici realistici;
- il ruolo dell'alcol come "apripista" della ricaduta, con la conseguente necessità di strutturare interventi specifici rispetto a questo aspetto clinico;
- la necessità di un'attenta valutazione della farmacoterapia, in particolare quella anti-craving, con un completo superamento di atteggiamenti "anti-farmacologici" nel personale e nei pazienti, oltreché di una stretta collaborazione tra medico e personale psicologico ed educativo;
- l'opportunità di introdurre strumenti oggettivi di valutazione del craving, delle situazioni ad alto rischio, dell'uso di sostanze e dell'esito del programma.

18

LA TERAPIA CON ACAMPROSATO: STUDIO MULTICENTRICO EFFETTUATO DA SER.T. CAMPANI

F.Curcio¹, M.Vanni², C.Baldassarre³, A.D'Amore⁴
e gruppo acamprosato Federserd Campania¹

¹Dirigente Medico - Specialista Ambulatoriale - ASL Napoli 1 Centro

²Dirigente Medico Responsabile U.O.S. Alcolologia ASL Napoli 2 Nord

³Direttore Centro Clinico Dipendenze ASL Napoli 1 Centro

⁴Direttore Dipartimento Farmacodipendenze ASL CE

⁵C. Armenante, F. Auriemma, V. Biancolilli, A. Califano, P. Caracciolo, F. Cassese, G. Cefalo, A. Ciaramella, F. Cinque, A. Coppola, F. Del Vecchio, R. Garofano, F. Grieco, A. Loffreda, G. Marra, E. Morrone, L. Perna, L. Petrillo, A. Pizzirusso, C. Ruoppolo, M. Siconolfi

Premessa

I pazienti che si rivolgono ai Ser.T Campani per abuso alcolico sono in forte aumento negli ultimi anni, quintuplicati nel 2011 rispetto al 2002.

L'incremento della domanda d'aiuto per l'etilismo e il maggiore impatto sulla salute dell'utilizzo patologico di bevande alcoliche rendono necessario sensibilizzare gli operatori al fine di utilizzare linee guida adatte alla gestione della domanda di aiuto per abuso alcolico nelle diverse forme, evidenziando il carattere multidimensionale delle alterazioni indotte dalla sostanza e valutare l'evoluzione del fenomeno alcol ai fini di un'adeguata gestione, utilizzando corrette procedure di assessment e trattamento.

Relativamente alla diagnosi, occorre indagare l'impatto dell'utilizzo alcolico sui vari organi ed apparati, con particolare attenzione all'apparato digerente, al sistema endocrino e alla psiche. Sarà opportuno, pertanto, prescrivere al laboratorio di analisi un check up completo ed eventualmente completarlo con ulteriori esami diagnostici. Studi neurologici e soprattutto una diagnosi psichiatrica e psicologica completeranno un corretto assessment.

In Italia i trattamenti disponibili sono stati recentemente incrementati con l'arrivo dell'acamprosato, risultando il trattamento farmacologico il più diffuso percentualmente, coadiuvato da trattamenti psico-terapeutici, counselling, auto-aiuto, trattamenti socio-riabilitativi, comunità terapeutiche.

Attualmente i farmaci più diffusi nei Ser.T campani sono il sodio oxibato (GHB-Alcover) e l'acamprosato (Campral), con differenti meccanismi d'azione ed utilizzabili in fasi diverse del trattamento. In alcuni casi è ancora utilizzato l'avversativo disulfiram.

I dati analizzati evidenziano che il consumatore che più frequentemente affinisce ai Ser.T Campani è maschio, appartiene alla fascia di età compresa tra 30 e 49 anni, utilizzatore per lo più di vino.

L'abuso di alcol è frequentemente associato ad altre forme di abuso/dipendenza: circa il 40% dei cocainomani, molti giocatori d'azzardo e molti utilizzatori di altre sostanze di abuso riferiscono un rapporto problematico con l'alcol, in quanto avendo quest'ultimo azione depressiva sul Sistema Nervoso Centrale, compensa la fase eccitatoria legata agli psicostimolanti come automedicamento.

Al fine di impostare lo studio sull'acamprosato correttamente si è fatto riferimento alla revisione Cochrane sui benefici terapeutici della molecola nella dipendenza da alcol che ha dimostrato l'efficacia del farmaco nel migliorare la durata media dell'astinenza, nel diminuire il numero di recidive e la quantità di alcol consumata.

Negli studi clinici analizzati, l'acamprosato ha ridotto dell'86% il rischio di ricadute rispetto al placebo, ha incrementato la durata dell'astinenza cumulativa dell'11% in confronto al placebo, si è dimostrato sicuro. Inoltre l'acamprosato sembrerebbe efficace nel migliorare i disturbi del sonno provocati dall'alcol e i livelli di ansia; avrebbe inoltre un'azione anti-manicacale ed un'azione neuroprotettiva. Gli effetti collaterali riportati sono stati meteorismo e diarrea. La prevenzione delle ricadute nell'uso di alcol dopo la disintossicazione è un aspetto particolarmente delicato del percorso terapeutico e necessita sia di interventi psicosociali che di trattamenti a lungo termine con farmaci anticraving. Pertanto principale rationale dell'utilizzo di acamprosato è rappresentato dalla sua capacità di interferire con il decorso recidivante del consumo e di prevenire la cronicizzazione.

Obiettivi dello studio: valutare l'efficacia (durata dell'astinenza, riduzione della quantità di alcol consumata), la compliance (% di ritenzione in trattamento, numero di recidive, numero dei drop-out), la tollerabilità (insorgenza di effetti collaterali e a quali dosaggi essi compaiono; maneggevolezza) del farmaco nei soggetti con abuso esclusivo di alcol e nei soggetti polidipendenti per 12 mesi, non in trattamento con agonisti degli oppiacei.

Strumenti di diagnosi e di follow-up 1) organici. Esami di laboratorio: CK, esami di funzionalità ed indici di citolisi epatica e pancreatica, emocromo, elettroliti, tra cui la calcemia, colesterolo, HDL, LDL, trigliceridi, proteine totali e quadro proteico elettroforetico, le Immunoglobuline, gli autoanticorpi, la coagulazione. Esame urine chimico fisico. Eventuali approfondimenti ecografici, al bisogno. **2) tossicologici:** alcolemia o test etilometrico, CDT, etilglucuronato (ETG) (laddove disponibile), metaboliti urinari, indicatori indiretti, già menzionati. **3) psicodiagnostici:** MMPI-II, SCID-II; **4) psichiatrici:** MINI; **5) socio relazionali.** E attualmente in studio un questionario per la valutazione di aspetti legati al benessere sociale dell'assistito; **6) qualità della vita.** Per la raccolta dei dati è stata modificata ed informatizzata la scheda proposta da Federserd ed è stata distribuita ai partecipanti allo studio.

È stata effettuata una formazione al fine di sensibi-

lizzare i partecipanti allo studio alla raccolta dei dati ed è previsto un altro incontro per ottimizzare l'utilizzo della scheda informatica.

Disseminazione dell'informazione per gli operatori. Il primo atto dell'implementazione del progetto è stato effettuato da parte di Federserd Campania a mezzo e-mail con la richiesta della manifestazione di interesse per lo studio, prima ancora che l'acamprosato fosse disponibile in tutti i Ser.T. Il secondo momento di incontro, ancora a mezzo e-mail, è stato effettuato con la diffusione della scheda elaborata da Federserd e la richiesta di eventuali critiche e ottimizzazioni della stessa. La partecipazione a questo secondo step è stata più ristretta, ma anche più attiva. È seguito in convegno regionale con crediti ECM a cui hanno partecipato Rappresentanti di circa 20 Servizi, che hanno approfondito le tematiche riferite agli strumenti di assessment da utilizzare e la conoscenza della scheda fornita in ambiente Office (excel).

All'8° Convegno Regionale Campano è stato presentato un abstract come ulteriore richiamo all'attenzione nei confronti del Progetto ed in due relazioni orali si è fatto esplicito richiamo allo stesso.

La partecipazione al presente convegno tematico nazionale di Milano rappresenta un ulteriore step di coinvolgimento. E nelle intenzioni dei proponenti continuare la disseminazione dell'informazione con una giornata di incontro con i Medici di Medicina generale e chiudere con la pubblicazione dei risultati ottenuti ed una intervista a mezzo stampa. I soggetti vengono stabilizzati nella fase acuta con GHB 30-40 ml/die e dopo comincia il passaggio a Acamprosato, nel caso il cui l'assistito sia ritenuto in grado di intraprendere il distacco dal potus alcolico. La posologia del sodio oxibato è ridotta di 10 ml/settimana e l'acamprosato è somministrato alla dose massima consigliata.

Risultati

Attualmente sono disponibili i dati di 33 assistiti relativi all'uso di acamprosato, provenienti dai seguenti Ser.T: Centro Clinico, Ser.T DS 25 e 30, ASL Napoli 1 Centro; ASL Avellino 2; ASL Napoli 2 Nord; Dipartimento Farmacodipendenze ASL Caserta; ASL Napoli 3 Sud. Caratteristiche della popolazione: 24 maschi e 9 femmine, età media 42,2 (DS +/-10,0) anni; mediana 43 anni.

Il primo punto critico è che la raccolta dei dati non risulta uniforme, tanto da rendere necessario una ulteriore formazione ai partecipanti allo studio. Tale formazione sarà effettuata a mezzo internet.

Il 60% (20/33) è coniugato/convivente; tale percentuale sale al 78% nel genere femminile; il titolo di studio più frequente (39%) è la licenza media inferiore. 12 assistiti (36%) sono occupati stabilmente (29% dei maschi e 56% tra le femmine); 29 vivono con parenti o amici e 24 non hanno problemi giudiziari.

La diagnosi

La storia alcolologica: mediamente gli anni di abuso di bevande alcoliche è di 11,9 anni, numero di unità

alcoliche/die di 8,2 e il valore medio del craving pari a 6,8 (DS +/- 2,43). Il consumo negli ultimi 30 giorni è stato di 7,6 unità alcoliche/die, con craving medio di 6,2 (DS +/- 3,40).

Oltre alla diagnosi di alcol dipendenza, sono pervenute diagnosi di patologie concomitanti in 30 soggetti; è stata rilevata depressione in 9 (30%) casi (depressione maggiore in 3 soggetti); disturbi d'ansia sono stati rilevati in 8 (27%) casi ed in 8 (27%) casi si sono evidenziati disturbi di personalità. In 8 soggetti (27%) erano presenti sintomi somatici di differente tipologia.

La CDT riportata in 21 casi è risultata positiva in 5 soggetti (24%); il valore medio dell'MCV era di 97,8 fL; il valore medio della GGT era di 94 UI/L; valore medio di colesterolo 202 mg/dL.

Efficacia del trattamento e compliance.

La durata media di trattamento è di 8,4 mesi; ad un mese di trattamento si osservano 2 (6%) drop out; i giorni di astinenza risultano 59,7 in media; 14/20 (70%) risultano astinenti al termine dei primi 30 giorni; le 5 ricadute sono per lo più di scarso significato, in quanto solo un assistito beve da tre a sei volte/settimana. Il craving per le bevande alcoliche è decisamente diminuito (in media 1,4 +/- 2,1). In 12 casi è stato riportato il valore della CDT, sempre negativo. Anche i valori di MCV e GGT sono risultati mediamente nella norma. Il valore medio del colesterolo è sceso a 143 mg/dL.

Follow up a tre mesi: altri 2 drop out; i giorni di astinenza risultano 114 (10 soggetti) in media; 9/12 (75%) risultano astinenti al termine dei primi 90 giorni; le ricadute sono per lo più di scarso significato. Il craving per le bevande alcoliche risulta di 1,25 in media (SD +/- 1,66). In 10 casi è stato riportato il valore della CDT, positivo in 1 caso. Anche i valori di MCV e GGT sono risultati mediamente nella norma. Il valore medio del colesterolo è di 193 mg/dL.

Sei mesi follow up: 2 drop out; sono in terapia 6 assistiti.

Tolleranza: su 13 intervistati 2 hanno riportato diarrea e crampi e uno sonnolenza, insorti nei primi 30 giorni di terapia. In un caso si è ridotta la posologia a 4 compresse/die ed aggiunto carbone attivo. Non abbiamo al momento riscontro di tale intervento.

Conclusioni

Un punto critico è la raccolta dei dati; le principali difficoltà sono state le differenti interpretazioni diagnostiche, spesso orientate dalla formazione culturale degli Operatori che operano nei Ser.T.

Ne deriva la necessità di una formazione specifica nel campo delle dipendenze patologiche.

Relativamente alla popolazione arruolata l'alcol dipendenza era in relazione a patologie psichiatriche nel 54% dei soggetti e a disturbi di personalità per un altro terzo dei soggetti.

I test diagnostici di laboratorio hanno mostrato alcuni limiti se esaminati singolarmente; prima dell'inizio della terapia, la stessa CDT risultava positiva solo in un quarto dei soggetti. Per una corretta diagnosi di laboratorio occorre, dunque, considerare gli indica-

tori nell'insieme. L'acamprosato è efficace già nel primo mese nei confronti del craving, i cui valori medi decrescono da 6,2 a 1,4; il 70 % dei soggetti risultano astinenti a 30 giorni. Complessivamente si sono verificati 8 drop out nella popolazione arruolata (24%), verificatisi nel corso della terapia. La tolleranza per il farmaco si è al momento dimostrata buona, essendo risultati gli effetti collaterali molto fastidiosi in un solo caso. In alcuni assistiti abbiamo riscontrato cambiamenti psicologici: i disturbi d'ansia, depressione, psicosi, attacchi di panico e confusione si sono ridotti nel trattamento con acamprosato. L'alta percentuale dei disturbi psichiatrici riscontrati in fase diagnostica rende opportuna la presenza di uno Psichiatra nell'equipe, ovvero una corretta integrazione con i Servizi di Salute Mentale. Relativamente allo studio, occorre continuare l'osservazione in quanto i dati sono ancora molto preliminari.

Bibliografia

Rösner S, Hackl-Herrwerth A, Leucht S, Lehert P, Vecchi S, Soyka M. Acamprosate for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 9. Art. No.: CD004332. DOI: 10.1002/14651858.CD004332.pub2

19 L'AGOMELATINA NEL TRATTAMENTO DELL'ANEDONIA NEL PAZIENTE ALCOLISTA CON DISTURBO DELL'UMORE: CORRELAZIONI CON IL CRAVING

Fertonani Affini G., Affaticati A., Zaltieri S., Giustina L., Savi E., Antonioni MC, Pellegrini P.
Funzione Alcolologica, Ser.T; Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, AUSL Parma, Italia

Introduzione

Il principale obiettivo dello studio è quello di valutare se l'agomelatina (antidepressivo melatoninergico) potesse essere efficace sulla dimensione psicopatologica dell'anedonia nel paziente con disturbo correlato all'uso di alcol in fase post-disintossicazione in comorbidità con disturbo dell'umore in relazione alla dimensione psicopatologica del "craving".

Materiali e Metodi

28 pazienti sono stati randomizzati e reclutati nel protocollo. 14 hanno iniziato un trattamento con agomelatina (25-50 mg; N= 14) e altri 14 pazienti hanno utilizzato un antidepressivo della famiglia SSRI (sertralina 50 mg: N =7; paroxetina 20 mg, N =7). I pazienti hanno soddisfatto i criteri secondo il DSM-IV-TR per disturbo correlato all'uso di alcol e disturbo depressivo maggiore ricorrente. Sono stati utilizzati i seguenti strumenti psicodiagnostici: SHAPS (Snaith-Hamilton Pleasure Scale), HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale), ODDS (Obsessive Compulsive Drinking Scale), MALT (Munich Alcoholism Test), MAST (Michigan Alcoholism Test), e VAS (analogo visivo per la quantificazione del craving). La valutazione è stata effettuata nella post-disintossicazione e inizio terapia con antidepressivo (tempo 0 = baseline) a dopo tre mese (tempo 1). Si tratta di soggetti giunti all'osservazione della Funzione Alcolologica di Parma per un programma multimodale di recupero psico-sociale. Sono stati esclusi dallo studio soggetti affetti da epatopatia cronica attiva, cirrosi epatica, alterazioni endocrine, insufficienza renale, stadi avanzati o sintomatici dell'infezione HIV. L'elaborazione statistica è stata effettuata con SPSS-13 per Windows utilizzando le seguenti indagini statistiche: correlazione di Pearson tra le variabili, Mann-Whitney Test per indagare le differenze fra i due gruppi, e ANOVA multivariata per escludere fattori confondenti (confenders).

Risultati

Nello studio è stata effettuata una correlazione fra la dimensione psicopatologica dell'anedonia, craving e remissione dei disturbi psichiatrici in comorbidità (disturbo correlato all'uso di alcol e disturbo depres-

sivo maggiore ricorrente).

Le correlazioni più significative emerse sono state le seguenti: 1) nel gruppo dei pazienti trattati con agomelatina si è dimostrata significativa la correlazione fra dimensione psicopatologica dell'anedonia (punteggi SHAPS) e la dimensione craving (OCD-S, VAS) ($r = 0,69$, $p < 0,001$); 2) nel gruppo dei pazienti trattati con SSRI si è dimostrata significativa la correlazione fra dimensione ansia/somatizzazione (punteggi HAM-D) e dimensione (OCD-S) ($r = 0,4$, $p = 0,01$);

Conclusioni

L' agomelatina si è dimostrato più efficace sulla dimensione "anedonia", una condizione psicopatologica nella quale vi è una incapacità di provare piacere in ogni tipo di situazione. L'anedonia riflette uno stato di iposensibilità dei meccanismi cerebrali di ricompensa a causa di una disfunzione dopaminergica mesolimbica. L'efficacia sul nucleo psicopatologico dell'anedonia sembrerebbe influenzare l'intensità del craving. Un miglioramento della sintomatologia anedonica ridurrebbe anche l'intensità del craving nel disturbo correlato all'uso di alcol. In particolare modo per un sottotipo di craving (classificazione psicobiologica di Verheul) ossessivo compulsivo esplorato con l'OCD-S (nella sottoscale per i pensieri ossessivi riferiti al bere). Il comportamento d'abuso di alcolici avverrebbe non solo per il rilascio di dopamina nel nucleo accumbens ma anche per i livelli bassi di serotonina ma l'assunzione di alcol non blocca il comportamento (come accade per altre sostanze psicoattive) ma scatena una "abbuffata". L' agomelatina bilancerebbe questa alterazione neurobiologica ristabilendo la connessione fra corteccia prefrontale e nucleo accumbens riducendo allo stesso modo la sintomatologia anedonica e il craving ossessivo-compulsivo nel paziente etilista.

Bibliografia

Christian de Bodinat, Beatrice Guardiola-Lemaitre, Elisabeth Mocaer, Pierre Renard, Carmen Munoz and Mark j. Millan. *Nature Reviews/Drug Discovery*, (9), 628-642, August 2010.

Cloninger CR, Sigvardsson S, Gilligan SB, von Knorring AL, Reich T, Bohman M. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Adv Alcohol Subst Abuse*. 1988a;7(3-4):3-16.

Cloninger CR, Sigvardsson S, Gilligan SB, von Knorring AL, Reich T, Bohman M Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Adv Alcohol Subst Abuse*, 7(3-4):3-16, 1988c.

Dawson DA, Grant BF Family history of alcoholism and gender: their combined effects on DSM-IV alcohol dependence and major depression. *J Stud Alcohol*, 59(1):97-106, 1998.

Enoch MA, Goldman D Genetics of alcoholism and substance abuse. *Psychiatr Clin North Am*, 22(2):289-99, 1999.

Enoch MA, Goldman D. The genetics of alcoholism and alcohol abuse. *Curr Psychiatry Rep* 2001 Apr;3(2):144-51.

Gelernter J, Goldman D, Risch N The A1 allele at the D2 dopamine receptor gene and alcoholism. A reappraisal. *JAMA*, 269(13):1673-7, 1993.

George DT, Nutt DJ, Dwyer BA, ed altri. Alcoholism and panic disorder: is the comorbidity more than coincidence? *Acta Psychiatr Scand*, 81(2):97-107, 1990.

Ian B. Hickie, Naomi L. Rogers. Novel Melatonin-based therapies : potential advances in the treatment of major depression. *Lancet*, 18 May 2011.

20

STUDIO PRELIMINARE SULLA QUALITÀ DELLA VITA (MEDIANTE QUESTIONARIO SF-36) IN UNA POPOLAZIONE DI PAZIENTI AFFERENTI AI SER.T DELLA PROVINCIA DI BERGAMO

Guido Ferreri Ibbadu¹, Massimo Corti¹, Patrizia Drago², Mario Frutti² e Marco Riglietta³
¹MD, Ser.T Bergamo 2 Unità Operativa di Treviglio, ASL Provincia di Bergamo
²MD, Ser.t Bergamo 2 Unità Operativa di Ponte San Pietro, ASL Provincia di Bergamo
³MD, Direttore Dipartimento delle Dipendenze, ASL Provincia di Bergamo

Abstract

L'abuso di droghe e di sostanze alcoliche rappresenta uno dei principali problemi che riguardano la salute pubblica.

Per quanto riguarda la valutazione degli esiti dei trattamenti in questo campo, è di solito predominante l'attenzione per indicatori di cambiamento obiettivi e socialmente desiderabili (astensione dall'uso di droghe) mentre non vengono spesso valutati indicatori importanti dal punto di vista del paziente come la qualità della vita o il grado di soddisfazione nei trattamenti.

Recentemente la valutazione della qualità della vita è diventata un importante concetto di cui tenere conto per valutare l'efficacia dei trattamenti nel campo delle tossicodipendenze.

Gli studi sulla qualità della vita correlata allo stato di salute (Health Related Quality of Life, HRQL) sono stati quindi progressivamente applicati nella valutazione dello stato di salute dei pazienti utilizzatori di sostanze d'abuso.^{1,2}

Con questo studio vogliamo valutare la qualità della vita correlata allo stato di salute (HRQL) così come viene percepita nei pazienti alcool e tossicodipendenti che afferiscono per un trattamento ai servizi per le dipendenze della provincia di Bergamo.

Keywords: *Qualità della vita, tossicodipendenza, alcool dipendenza.*

Materiali e Metodi

Questo studio rappresenta un'analisi preliminare dei dati provenienti dal questionario SF-36 auto somministrato ai pazienti al primo ingresso in due Ser.T della Provincia di Bergamo (Ser.t di Treviglio e di Ponte San Pietro).

Misure

Il questionario SF-36 è un questionario validato e standardizzato per la misurazione della qualità della

vita correlata allo stato di salute (HRQL)³. Lo strumento è capace di misurare le impressioni soggettive corrispondenti lo stato di salute esplorando otto aree e viene auto somministrato, come è stato fatto in questo studio.

I valori delle otto aree esaminate vengono raggruppati in due indici che descrivono e riassumono la componente di salute fisica (PCS) e quella psichica (MCS)⁴.

Il vantaggio di queste due scale di riepilogo è quello della maggiore attendibilità rispetto alle singole scale e di essere standardizzata (alla media di 50 con una deviazione standard di 10) sulla popolazione generale per favorirne l'interpretazione. In tutte le scale un punteggio alto indica un migliore funzionamento.

Analisi dei dati

Sono state prese in considerazione solo le due scale principali PCS ed MCS estrapolate su tre popolazioni di pazienti afferenti al Ser.T.

L'analisi della varianza è stata utilizzata per esaminare i punteggi PCS e MCS in gruppi di pazienti: raggruppati per motivo di accesso al servizio: pazienti con problemi di Alcool (ALC), pazienti con problemi di cocaina (COC) e pazienti con problemi di eroina (ERO).

Risultati

La tabella 1 indica la media dei valori del PCS e del MCS rilevati nei 3 gruppi di pazienti oggetto dello studio.

Tabella 1 Media delle scale fisica e mentale nei pazienti afferenti al Ser.T

	N	Media	Deviazione std.	Errore std. Media
PCS ALC	16	48,0131	9,32236	2,33059
PCS ERO	6	53,0540	5,65936	2,31042
PCS COC	14	50,9055	9,69374	2,59076
MCS ALC	16	36,1355	8,85040	2,21260
MCS COC	14	33,4738	10,60161	2,83340
MCS ERO	6	36,9077	11,48164	4,68736

Per valutare la varianza e la significatività rispetto alla popolazione generale è stato applicato il test T per campione unico che permette di verificare ipotesi sulla media di una popolazione quando la dimensione del campione è piccola e/o quando non è nota la varianza della popolazione campionaria.

La media osservata è stata quindi confrontata con un valore atteso per la media della popolazione (50), la variabilità nella popolazione è stimata quindi sulla base della variabilità del campione osservato.

Nella tabella 2 le variazioni rispetto alla popolazione generale con stato di salute normale delle due scale fisica e psichica nei soggetti afferenti al servizio con problemi di alcool, cocaina o eroina.

Conclusioni

Da questo studio preliminare emerge che non ci sono differenze significative per quanto riguarda la salute

21

"IL PREZZO DELLA SOLITUDINE" GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO E COMUNITÀ TERAPEUTICHE: IL RISCHIO DI UNA DIPENDENZA SOTTOVALUTATA

Paolo Livio (*psicologo-psicoterapeuta*)
 Simona Fumagalli (*psicologa - psicoterapeuta*)
 Piergiuseppe Perlasca (*sociologo*)
 Riccardo Laffranchi (*educatore professionale, responsabile relazioni esterne Cooperativa Sociale Arca di Como - Responsabile di Sede della Comunità Terapeutica Monteverde 1*)
 Cooperativa Sociale Arca di Como

Chi siamo

La Cooperativa Sociale Arca di Como opera nel settore del trattamento delle tossicodipendenze dalla fine degli anni '70. Attualmente è composta da 3 comunità terapeutiche maschili e 1 comunità terapeutica femminile, in grado di ospitare fino a 100 utenti in totale.

Premessa

Fino a qualche anno fa nella nostra comunità terapeutica si focalizzava l'intervento di recupero sulla dipendenza da eroina e cocaina, tralasciando il trattamento dell'alcol, ritenuto meno "pericoloso".

L'esperienza maturata negli anni ci ha consentito di constatare come alcuni pazienti precedentemente trattati per la dipendenza da eroina, facessero in anni seguenti, attraverso i Ser.T, richiesta di trattamento specifica per alcol. Tale circostanza ci ha portato a strutturare degli interventi specifici anche per alcolisti.

Partendo da questa considerazione, ci siamo posti la seguente domanda:

In una comunità terapeutica che si occupa del trattamento e della riabilitazione di soggetti tossico ed alcol dipendenti, non si rischia di sottovalutare la dipendenza da gioco?

Processo

Dopo aver svolto una formazione specifica sui problemi di gioco, abbiamo deciso di strutturare un intervento informativo con i nostri utenti, in 4 incontri da 1 ora, durante i quali abbiamo presentato loro del materiale appositamente predisposto, al termine dei quali abbiamo somministrato il SOGS.

Il punto di partenza è stato quello di chiedere ai partecipanti di indicare che cosa fosse per loro e quali caratteristiche avesse il gioco d'azzardo, utilizzando il metodo del brain storming. Le risposte fornite sono state:

- Si rischia e si gioca qualcosa di materiale, si vince o si perde;
- Provoca piacere (anche il rischio);

Tabella 2 variazioni rispetto alla popolazione generale

	Valore oggetto del test = 50					
	t	df	P value	Differenza fra medie	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%	
					Inferiore	Superiore
PCS ALC	-.853	15	.407	-1,98687	-6,9544	2,9807
PCS ERO	1,322	5	.243	3,05395	-2,8852	8,9931
PCS COC	.350	13	.732	.90550	-4,6915	6,5025
MCS ALC	-6,266	15	.000	-13,86447	-18,5805	-9,1484
MCS COC	-5,833	13	.000	-16,52622	-22,6474	-10,4050
MCS ERO	-2,793	5	.038	-13,09230	-25,1415	-1,0431

fisica dei pazienti con problemi di alcool, cocaina ed eroina rispetto alla popolazione generale ($p > 0.05$). Per quanto riguarda la scala dello stato di salute psichico il dato cambia è in tutte e tre le popolazioni si riscontrano valori al di sotto della media della popolazione soprattutto per pazienti con problemi di alcool e con problemi di cocaina $p < 0.01$ rispetto ai pazienti utilizzatori di eroina $p < 0.05$.

Bibliografia

1. Wilson IB, Cleary PD: Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA 1995, 273:59-65.
2. Zubarán C, Foresti K: Quality of life and substance use: concepts and recent tendencies. Curr Opin Psychiatry 2009, 22:281-286
3. Ware JE., Snow KK., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Health survey manual and interpretation guide. Boston MA, New England Medical Center. The Health Institute, 1993
4. Ware JE., Kosinski M., Keller SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scale: A users' Manual. Boston MA, New England Medical Center. The Health Institute, 1994

- Ci si può trovare la propria identità;
- Speranza di un guadagno facile;
- Rischio;
- Gusto della sfida;
- Miraggio;
- Soldi buttati via;
- Avere la considerazione dell'altro;
- Circolo vizioso;
- Si crede di avere delle competenze o si pensa di essere bravo;
- Dipendenza mentale;
- No responsabilità.

Dopo aver raccolto questi stimoli, abbiamo presentato ai partecipanti del materiale appositamente preparato in cui venivano dati i parametri scientifici per discriminare ciò che è gioco d'azzardo da quello che non lo è, oltre a fornire un brevissimo inquadramento storico su tale argomento. Al termine di questo incontro abbiamo chiesto ai partecipanti di compilare un questionario in forma anonima che richiedeva di individuare tra varie tipologie di giochi quali fossero d'azzardo e quali no. Tale questionario è stato corretto in gruppo all'inizio del secondo incontro, nel corso del quale abbiamo discusso con i partecipanti delle credenze popolari circa il gioco d'azzardo, il "pensiero magico" e come il gioco, da divertimento si possa trasformare in un problema molto serio.

Durante il terzo incontro abbiamo visto con i partecipanti le fasi attraverso le quali si può strutturare un problema con il gioco. All'inizio, ancora con il brain storming, abbiamo chiesto di dire, anche attraverso la loro esperienza, come si può diventare dipendenti dal gioco. Le risposte fornite sono state:

- Si inizia per gioco e dopo la prima vincita pensi che possa andare sempre bene e quindi diventi patologico.

Su questa definizione c'è stata grande concordanza e quindi abbiamo chiesto che cosa spinga le persone ad andare avanti con il gioco:

- Speranza
- Disperazione
- Voglia di rifarti (ora mi ripaga...)
- Dimentichi quello che hai intorno
- Nel gioco trovi il tuo punto di riferimento e ti permette di esprimere te stesso
- Bugie e inganni
- Il piacere e il pensiero che puoi smettere quando vuoi (in fondo è un gioco...)
- Diventa una tua priorità
- Ti porta a frequentare compagnie sbagliate
- L'illusione...

Dopo questa prima parte dell'incontro, nella quale sono emersi molti vissuti dei partecipanti, abbiamo visto insieme le caratteristiche della Fase Vincente, Perdente, di quella della Disperazione, della Fase Cruciale, di Ricostruzione e Ricrescita.

Nell'ultima parte di questo terzo appuntamento abbiamo sottoposto ai partecipanti un'esercitazione sulla probabilità che alcuni eventi si verificano, corretta poi insieme, in modo da introdurre il discorso sulle illusioni, che è stato il fulcro dell'ultimo incontro. Nel quarto incontro abbiamo ripreso il tema delle illusioni e analizzato le implicazioni per la famiglia

del gioco patologico. Al termine di questo abbiamo somministrato ai partecipanti il test SOGS (vedi analisi dei dati di seguito riportata), che abbiamo chiesto di compilare indicando il nome, in modo da poter individuare chi tra i partecipanti fosse un giocatore patologico o sia a rischio di diventarlo.

Alcune considerazioni

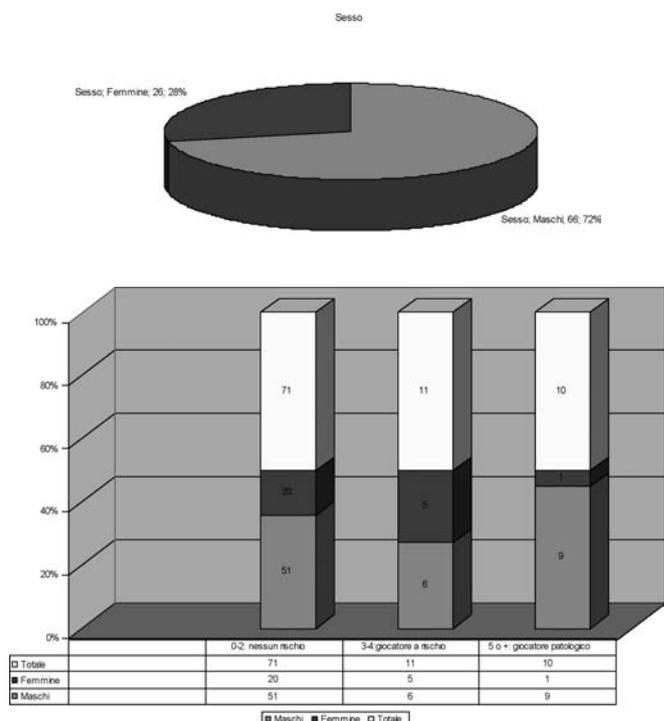
Questa prima esperienza con il gruppo nella sua totalità (92 persone, così suddivise per sesso: 66 maschi, 26 femmine) ci ha permesso di notare come ci sia una grande "sensibilità" rispetto ai problemi correlati al gioco e come le affinità con la dipendenza da sostanze siano colte con "naturalità" dagli ospiti della comunità.

Parallelamente siamo riusciti ad evidenziare quelle che sono le specificità di questa dipendenza e le implicazioni che riveste per tutto l'ambito familiare. La discussione in gruppo ha favorito la riflessione critica rispetto agli atteggiamenti sul gioco, obiettivo principale del nostro intervento.

L'analisi dell'andamento degli incontri e i risultati al SOGS ci hanno permesso di individuare 10 soggetti classificabili come Giocatori Patologici (9 maschi, 1 femmina). Tra questi soggetti, solamente 1 maschio è entrato in comunità con una diagnosi anche di GAP (dipendenza principale da alcol). Per quanto riguarda i soggetti a rischio, ne abbiamo individuati 11 (6 maschi e 5 femmine). Per questi ospiti si sta pensando ad un intervento maggiormente strutturato. Dall'analisi dei dati in nostro possesso emergono queste statistiche:

- Giocatori patologici: 10,9 % (dato nazionale circa 3%)*
- Giocatori a rischio: 12 % (dato nazionale circa 7%)
- Giocatori non a rischio: 77,1%

* Fonte dati ALEA 'Associazione per lo studio del gioco d'azzardo



LA VALUTAZIONE NEUROPSICOLOGICA IN SOGGETTI CON ADDICTION DA COCAINA E/O DA GIOCO D'AZZARDO

Dr.ssa Silvana Papaluca*, Dr.ssa Cinzia Stellato**
Dr Edoardo Cozzolino***

*Psicologa psicoterapeuta

**Medico neurologo- RSS

***Medico internista - Direttore SC Ser.T 1

ASL di Milano

Ente/Servizio di appartenenza: ASL di Milano - SC
Ser.T 1 - SS SerT sede di via Boifava 25

Il concetto che l'addiction sia un disturbo cerebrale è di recente acquisizione (Leshner 1997): i primi studi di correlazione tra addiction, neuropsicologia e neuroimaging partono dalla fine degli anni '80 (Volkow 1990) e hanno avuto ampio sviluppo solo negli ultimi decenni.

Numerose ricerche dimostrano in modo inequivocabile l'associazione tra l'abuso/dipendenza da cocaina e l'esistenza di modifiche cerebrali funzionali e strutturali delle regioni della corteccia frontale; con la stessa chiarezza attestano la presenza nei pazienti cocainomani di deficit cognitivi "leggeri". Secondo i dati scientifici le funzioni cognitive maggiormente compromesse sono quelle attentive, quelle mnesiche e quelle esecutive (pianificazione, decision making, flessibilità mentale, categorizzazione, controllo inibitorio) (Volkow 1988, O'Malley 1990, Bechara 2002, Fox 2009).

Ricerche neurologiche sui giocatori patologici hanno dimostrato che anche questi soggetti presentano anomalie ricorrenti nell'attivazione dei lobi frontali e dei circuiti neurali subcorticali e corticali che proiettano alla corteccia frontale, insieme a una diminuita attivazione della corteccia orbito-frontale e della corteccia prefrontale ventromediale (Potenza 2003). Studi successivi sostengono inoltre che il funzionamento neuropsicologico dei giocatori patologici è assimilabile a quello dei soggetti con danno neurologico del lobo frontale e con disturbo da uso di droghe (Conversano et al.2012)

Tali evidenze scientifiche ci hanno indotto a strutturare un protocollo di valutazione neuropsicologica da affiancare alle consuete procedure diagnostiche con una doppia finalità:

- effettuare un inquadramento diagnostico più completo ai fini di una più precisa diagnosi clinica
- individuare percorsi trattamentali più mirati (specifici sulle capacità cognitive e meta- cognitive deficitarie) in modo da ottimizzare la ritenzione in trattamento, diminuire i rischi di ricaduta e migliorare gli esiti dei trattamenti.

Sulla scorta di queste ricerche, con la supervisione del Laboratorio di Neuropsicologia dell'Azienda

Ospedaliera di Reggio Emilia, abbiamo sviluppato un primo protocollo di valutazione neuropsicologica (protocollo 1), per il quale è stato effettuato un rilevante lavoro di ricerca di test sensibili per la nostra utenza, poiché alcuni erano tarati su soggetti con problematiche di deterioramento mentale.

Successivamente, l'esigenza di cominciare anche a sperimentare un programma di riabilitazione cognitiva (Cogpack) ci ha portati ad utilizzare un secondo protocollo (Bacs), già ampiamente applicato nell'ambito della schizofrenia e in via di validazione sulla popolazione italiana, che ha dimostrato, nella validazione americana, di avere una buona correlazione con batterie neuropsicologiche standard e una buona affidabilità test-retest.

Abbiamo quindi avviato una sperimentazione con questo secondo protocollo (protocollo 2) con la finalità di testarlo sulla nostra tipologia d'utenza.

La tabella seguente illustra le funzioni cognitive indagate e i test utilizzati nei due protocolli:

FUNZIONI COGNITIVE	TEST PROTOCOLLO 1	TEST PROTOCOLLO 2
Funzione intellettive e logico deduttive	Matrici di Raven (SPM 38 o CPM 47)	Matrici di Raven (SPM 38 o CPM 47)
Memoria	Span di cifre, Parole di ReY/Mauri, figura di Rey	Mem.verbale, working memory Bacs
Controllo attentivo	Matrici attentive, Stroop, Trail Making Test	CPT, Associazione simboli - numeri Bacs
Linguaggio	Fluenza fonemica e semantica	Fluenza verbale Bacs
Prassia Costruttiva	Figura di Rey (copia)	Compito motorio gettoni
Funzioni Frontali:		
-Esecutive(pianificaz,flessib,categorizz)	WSCT, FAB CET	WSCT, Torre di Londra
-Decision Making in situaz. di rischio e valutaz. fattori ricompensa/punizione	IGT	IGT
-Regolazione emotiva	Test degli Occhi	Non previsto

Il campione complessivo di pazienti testati si compone di 44 soggetti (36 maschi e 8 femmine) con diverse dipendenze: 25 pz con dipendenza attuale da sostanze e 19 pz con dipendenza attuale da GAP.

Inoltre, all'interno del campione, 2 pz GAP presentavano in anamnesi un dipendenza ormai estinta da sostanze e 4 pz cocainomani presentavano una dipendenza ormai estinta da GAP.

Il campione dei pazienti con dipendenza da sostanze è costituito da 25 soggetti (cocaina 24 pz, eroina 1 pz), tutti di sesso maschile, età media 38aa e 9aa di scolarizzazione. Rispetto agli anni di utilizzo il 15% usa da meno di 5aa, il 50% da 5 a 10 aa e il 35% da oltre 10aa.

Il campione dei giocatori patologici è composto da 19 soggetti di cui 11 maschi e 8 femmine, età media 56aa e 7aa di scolarizzazione. Rispetto agli anni di gioco il 18% gioca da meno di 5aa, il 29% da 5aa a 10aa e il 53% da più di 10aa.

La maggioranza dei soggetti svolge lavori manuali a bassa specializzazione (58%).

I risultati dei test confermano una compromissione rilevante delle funzioni esecutive in particolare nei giocatori patologici (64%), minore ma significativa in quelli con doppia dipendenza (45%) che scende

ulteriormente nei soggetti con dipendenza esclusiva da sostanze (35%).

Nettamente compromessa, in particolar modo nei giocatori patologici e nei soggetti con doppia dipendenza (87% in entrambi i gruppi), anche la capacità di assumere decisioni in situazioni di rischio e valutazione dei fattori di ricompensa e punizione; negli assuntori di sostanze tale deficit è decisamente inferiore, ma sempre presente in percentuale rilevante (47%).

Rispetto al controllo attentivo risulta maggiormente compromessa l'attenzione sostenuta in particolare nei gamblers e nei soggetti con doppia dipendenza (60%), mentre nei soggetti con dipendenze da sostanze si attesta al 33%. L'attenzione selettiva e quella divisa, che sono state testate solo nel protocollo 1, non risultano deficitarie (12% per i giocatori e 8% per gli utilizzatori di sostanze): sono però necessarie ulteriori sperimentazioni per capire quanto questo dipenda eventualmente da una scarsa sensibilità dei test selezionati per i nostri utenti.

Rispetto alla funzione mnemonica, la memoria di lavoro (working memory) risulta più danneggiata nel campione dei giocatori patologici e in quelli con doppia dipendenza (41%); nelle dipendenze da sostanze, invece, non arriva al 17%. Lo stesso andamento lo segue la memoria visuo-spaziale, francamente patologica per i giocatori (62%), mentre per gli utilizzatori si attesta al 30%.

La memoria verbale invece è meno danneggiata in entrambe le categorie, attestandosi su valori inferiori al 20%.

La fluenza verbale ha ottenuto invece risultati discordanti: nettamente deficitaria per gli utilizzatori di sostanze e al limite per i gamblers col test del protocollo 2, nella norma invece col test del protocollo 1. Anche in questo caso vanno valutate le eventuali differenze di standardizzazione dei test utilizzati.

Le funzioni intellettive invece non sono assolutamente compromesse nei soggetti con dipendenza da sostanze, e lo sono solo nel 25% dei giocatori patologici.

Conclusioni

Rispetto al primo obiettivo di tipo diagnostico-clinico possiamo dire che i nostri risultati confermano complessivamente i dati della letteratura ma la sperimentazione di due diversi protocolli, con test diversi e/o con standardizzazioni e tarature differenti, suggerisce numerosi spunti di riflessione e approfondimento:

- nell'ambito dello studio delle diverse funzioni, quali sono i test maggiormente sensibili per i nostri pazienti?
- quanto i risultati possono essere influenzati anche dalle diverse tarature dei test? Interessante sarebbe un confronto intrasoggettivo di test diversi che misurano la stessa funzione.
- se gli studi finora effettuati sostengono che il funzionamento neuropsicologico dei giocatori patologici è assimilabile a quello dei soggetti con danno neurologico del lobo frontale e con disturbo da uso di droghe, questi risultati fanno invece intravedere

possibili differenze perlomeno di tipo dimensionale; ciò si verifica ad esempio per le funzioni logico-intellettive, la memoria di lavoro e quella visuo-spaziale e per l'attenzione. Per il linguaggio ci sono, invece, risultati discordanti.

Necessariamente prima di poter confermare queste ipotesi occorrerebbe una sperimentazione ben più ampia e, con questo fine, potrebbe essere utile e interessante lo sviluppo e la sperimentazione di un protocollo multicentrico.

Relativamente al secondo obiettivo, che era quello di individuare percorsi trattamentali più mirati, questi risultati ci hanno indirizzati in alcuni casi all'utilizzazione, per i pazienti con deficit neuropsicologici, di programmi di riabilitazione cognitiva, oppure, per i pazienti con deficit più massicci e in età avanzata, a una valutazione più specifica presso una struttura specialistica (Servizi di Neurologia e Neuropsicologia, Geriatria).

23

DIPENDENZE E COMORBIDITÀ PSICHIATRICA: SITUAZIONE DEI PAZIENTI IN CURA PRESSO I SER.T DELL'ASL DI PAVIA

Perotti P., Verri A., Brigada R., Panzarasa A., Bianchi A., Priora C., Belfiore G., Pegoraro M., San Bartolomeo P.

Dipartimento Dipendenze, ASL della Provincia di Pavia

Introduzione

La comorbidità psichiatrica

Il concetto di doppia diagnosi (DD), utilizzato fino a pochi anni fa, è stato sostituito ultimamente dal concetto di comorbidità, inteso come presenza di ulteriori sintomi di malattia diversa da quella per cui il paziente è stato preso in cura (Fenton et al, 2012). In questo modo si punta maggiormente l'attenzione sulla complessità e l'eterogeneità delle caratteristiche psico-sanitarie dei soggetti con problematiche legate all'uso di sostanze psicoattive. Nella pratica clinica spesso i disturbi mentali sono considerati dei "predittori" dei disordini legati all'uso di sostanze, ma non il contrario (Swendsen et al., 2010; Najt et al, 2011); infatti, pochi sono gli studi condotti partendo da quest'ultimi (Brandizza et al, 2006; Carrà et al, 2006). Spesso anche la difficoltà nel riuscire a distinguere i sintomi psichiatrici "puri" da quelli legati all'uso di sostanze, porta ad ipotizzare che l'uso di sostanze sia una conseguenza abbastanza frequente dei disturbi psichiatrici. Pertanto il percorso diagnostico richiede una valutazione specialistica (psichiatra e psicologo) ed un'osservazione costante da parte di una *équipe* multiprofessionale. Una diagnosi corretta è quindi fondamentale per prevenire e curare in modo adeguato i pazienti con DD nei quali si ha una tendenza alla cronicizzazione della dipendenza e della ricaduta, oltre che una maggior frequenza di atti di autolesionismo e reati contro la persona e le cose con conseguenti carcerazioni.

Formazione/specializzazione del personale

Il Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL di Pavia, consapevole della difficoltà ad effettuare una diagnosi corretta in presenza di uso di sostanze, da diversi anni ha investito sulla formazione degli operatori affinché potessero acquisire competenze specifiche nel riconoscere e diagnosticare un disturbo psichiatrico nei pazienti in cura. Le tappe del percorso formativo sono iniziate con la costruzione di un protocollo diagnostico e di monitoraggio costituito da:

- strumenti di valutazione di primo livello (*Symptom Checklist-90-R*, Test di Soddisfazione soggettiva e qualità della vita SAT-P, Addiction Severity Index, ed altri) che possono orientare sulla presenza di un malessere psicologico/psichiatrico;
- strumenti diagnostici di secondo livello, SCID1 e 2

per cui tutto il personale è stato formato.

Negli anni più recenti sono state effettuate formazioni su modelli terapeutici altamente specialistici (*Dialectical Behavior Therapy* per pazienti con disturbo *borderline* di personalità associato all'abuso di sostanze, Terapia Cognitivo Comportamentale per pazienti con abuso/dipendenza primario da cocaina, Terapia Strategica Breve per pazienti in età adolescenziale riluttanti e dipendenti da cannabis) che hanno permesso, tra l'altro, di affinare le competenze diagnostiche. Presso il Sert di Pavia, inoltre, è in organico una psichiatra, che svolge attività di supervisione diagnostica e terapeutica sui pazienti dei tre Ser.T e sul lavoro in *équipe*. Si segnala che il personale dei 3 Servizi è stabile avendo un basso turnover da oltre 20 anni.

Obiettivo

Lo studio, commissionato dal Direttore del Dipartimento delle Dipendenze per valutare un indicatore di complessità e gravità dei pazienti afferenti ai Servizi, ha lo scopo di descrivere la distribuzione dei disturbi psichiatrici nei pazienti in cura presso i tre Servizi Territoriali per le Dipendenze (Ser.T) dell'ASL di Pavia ed i fattori associati ad una DD.

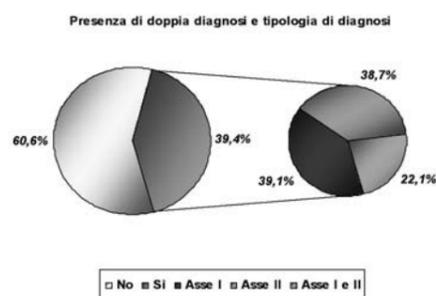
Metodo

La popolazione target è costituita da pazienti in cura negli aa 2007-2008 per tossicodipendenza o alcolismo. Sono stati esclusi i pazienti con percorso terapeutico svolto esclusivamente in carcere (circa il 20% dei pazienti in cura), perché il protocollo diagnostico utilizzato era diverso e i pazienti extracomunitari (circa 7% dei pazienti in cura), per mancanza di strumenti diagnostici "validati" o "adattati" ai diversi aspetti culturali e alle diversità linguistiche. La fonte dei dati è la cartella clinica informatizzata in uso presso i Ser.T che raccoglie variabili socio-demografiche, diagnostiche e relative alla terapia. La diagnosi psichiatrica (Asse I e Asse II secondo i criteri del DSM IV), è effettuata mediante l'applicazione di un protocollo che prevede interviste cliniche strutturate (SCID I e SCID II) e sono state escluse le diagnosi di disturbi psichiatrici "indotti da sostanze". La costruzione di un modello logistico ha permesso di valutare quali caratteristiche del paziente e del suo percorso tossicomane siano associati alla DD.

Risultati

È stato analizzato un campione di 2397 (81,2% maschi) con un'età media di 36,7±10,7aa (M: 36,6±10,3aa; F: 36,8±12,2aa), un'età media di primo uso delle sostanze di 19,3±6,6aa (M: 19,0±6,3aa; F: 20,6±7,8aa; p<0,001) ed un'età media di primo contatto con i Ser.T di 34,2±10,6aa (M: 34,2±10,2aa; F: 34,3±12aa). Da notare che i soggetti che utilizzano come prima sostanza l'alcol hanno un'età media di primo contatto più alta rispetto a chi utilizza altre sostanze (43,3±11,4); in quanto nelle nostre zone il vino, per storia e cultura, è considerato un alimento e quindi è abitualmente presente sulle nostre tavole, portando spesso a sottovalutare o a non prestare l'attenzione dovuta ai primi sintomi di problematiche

legate all'alcol. Il 52,7% dei pazienti utilizza come sostanza primaria l'eroina, il 13,8% la cocaina, il 26% l'alcol e il 7,5% la cannabis; inoltre, poco più della metà (51,1%) dei pazienti sono poliabusatori. Dei 2397 pazienti in cura, 945 (39,4% di tutto il campione) presentano una DD; di questi 694 (73,4%) sono maschi. Si segnala un'associazione statisticamente significativa tra sesso e disturbi psichiatrici, tanto che i disturbi psichiatrici si presentano più frequentemente nelle donne rispetto agli uomini ($p < 0,001$). Dei 945 pazienti che presentano una comorbilità psichiatrica il 22,1% presenta contemporaneamente una diagnosi in Asse I e Asse II, mentre gli altri soggetti hanno in ugual misura diagnosi in Asse I o Asse II (rispettivamente 39,1% e 38,7%) (Fig. 1).



Esiste, inoltre, un'associazione tra tipologia di diagnosi e sesso ($p = 0,001$); tra le femmine sono maggiormente frequenti i disturbi in Asse II, mentre tra i maschi i disturbi in Asse I. I disturbi psichiatrici in Asse I sono molto più frequenti negli abusatori di alcol e di cannabis (rispettivamente 43% e 54%; $p = 0,031$); mentre i disturbi in Asse II si riscontrano soprattutto negli utilizzatori di cocaina ed eroina (rispettivamente 47,9% e 40%; $p = 0,031$).

Tabella 1 - Modello logistico finale

Covariate	OR	p-value	IC 95%	
Femmine vs Maschi	2,3	<0,001	1,8 - 2,8	
Età dei pazienti	[25-44] anni vs <25 anni	1,4	0,143	0,9 - 2,1
	≥ 45 anni vs <25 anni	1,6	0,113	0,9 - 2,8
Età primo contatto con i servizi	[25-44] anni vs ≥ 45 anni	1,5	0,060	1,0 - 2,4
	[18-24] anni vs ≥ 45 anni	1,8	0,041	1,0 - 3,3
	<18 anni vs ≥ 45 anni	3,4	0,007	1,4 - 8,1
Età di primo uso (<18 anni vs ≥ 18 anni)*	1,2	0,076	1,0 - 1,4	
Sostanza primaria usata	Cannabis vs alcol	0,3	<0,001	0,2 - 0,4
	Cocaina vs alcol	0,6	0,001	0,4 - 0,8
	Eroina vs alcol	0,7	0,002	0,5 - 0,9
Poliabusatori (SI vs NO)	1,5	<0,001	1,2 - 1,9	

L'analisi logistica ha evidenziato che l'essere donna (OR 2,3; IC95% 1,8-2,8; $p < 0,001$) ed essere poliabusatore (OR 1,5; IC95% 1,2-1,9; $p < 0,001$) aumenta la probabilità di avere una DD. Essere alcolisti rispetto ad esser tossicodipendenti comporta una maggiore probabilità di avere una DD (cannabis vs alcol OR 0,3; IC95% 0,2-0,4; $p < 0,001$; cocaina vs alcol OR 0,6; IC95% 0,4-0,8; $p = 0,001$; eroina vs alcol OR 0,7; IC95% 0,5-0,9; $p = 0,002$), così come entrare in con-

tatto con i servizi con un'età inferiore ai 25aa (25-44 vs ≥45aa OR 1,5; IC95% 1,0-2,4; non significativo; 18-24 vs 45aa OR 1,8; IC95% 1,0-3,3; $p = 0,041$; <18 vs ≥45aa OR 3,4; IC95% 1,4-8,1; $p = 0,007$) (Tab. 1).

Conclusioni

Dall'analisi della nostra popolazione emerge la complessità e la gravità dei pazienti in cura presso i Servizi per le tossicodipendenze in quanto circa un paziente su 3 ha una DD. Le donne sviluppano con maggior probabilità questa patologia e il disagio associato ad una DD diminuisce l'età del primo contatto coi Ser.T. Nella nostra esperienza la DD si manifesta con maggior probabilità anche in coloro che iniziano ad usare sostanze in giovane età anche se dalle analisi condotte l'associazione con "l'età precoce di utilizzo" non risulta significativa. Questo può essere anche dovuto al fatto che l'età di primo uso è riferita direttamente dai pazienti e quindi può essere influenzata da un bias di ricordo, legato sia ad aspetti soggettivi che sociali. Ad esempio il consumo di alcol, per un "errato" approccio culturale verso la sostanza, viene considerato problematico solo tardivamente quando gli aspetti sociali/fisici sono deteriorati; così come il consumo di cannabis è accettato socialmente dal gruppo dei pari, in particolare tra i giovani e pertanto l'età di inizio dell'uso non è talvolta percepito correttamente.

Il riconoscere i comportamenti di malessere che potrebbero essere considerati "campanelli d'allarme" per un futuro sviluppo di DD sarà fondamentale per attuare adeguati interventi preventivi. E dunque mandatorio attivare anche delle collaborazioni con i Servizi di Salute Mentale per una presa in cura congiunta e per effettuare una diagnosi precoce con l'intento di ridurre il rischio di cronicizzazione e ricaduta. Da non trascurare le attività di prevenzione dell'abuso di alcol, che, rispetto alle sostanze "illegali", ha una maggiore probabilità di essere associato ad una DD.

Bibliografia

Bradizza C. M., Stasiewicz P.R., Paas N. D. Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-occurring mental health and substance use disorders: a review. *Clin Psychol Rev.* 2006; 26(2):162-78.
 Carrà G., Sciolli R., Monti M. C., Marinoni A. Severity profiles of substance-abusing patients in Italian community addiction facilities: influence of psychiatric concurrent disorders. *Eur Addict Res.* 2006; 12(2): 96-101.
 Fenton M. C., Keyes K., Geier T., Greenstein E., Skodol A., Krueger B., Grant B. F., Hasin D. S. Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorders in the United States. *Addiction.* 2012; 107(3): 599-609.
 Najt P., Fusar-Poli P., Brambilla P. Co-occurring mental and substance abuse disorders: a review on the potential predictors and clinical outcomes. *Psychiatry Res.* 2011; 186: 159-64.
 Swedson J., Conway K. P., Degenhardt L., Glantz M., Jin R., Merikangas K. R., Sampson N., Kessler R. C. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction* 2010; 105: 1117-28.

24

INDAGINE DESCRITTIVA SUI GIOCATORI PATOLOGICI INSERITI NEL PROGRAMMA RESIDENZIALE BREVE "VILLA SORANZO": SPECIFICITÀ E DIFFERENZE

Serena Vanini¹, Elisa Sgualdini¹, Stefano Convento¹, Mauro Cibirin², Ina Hinnenthal³
¹CT. Villa Soranzo, Via Pezzana, 1 Tessera Venezia (www.cocaina-alcol.org)
²Dipartimento per le Dipendenze, Az. Ulss 13 del Veneto, Mirano Venezia
³Dottorato Ricerca "Economia e gestione Aziende sanitarie", Università Cattolica "S.Cuore", Roma

Il Gioco Patologico e le Dipendenze presentano analogie cliniche e neurobiologiche, oltreché elevata comorbilità. Secondo il DSM IV-TR il Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)⁽¹⁾ è una categoria diagnostica nella sezione "Disturbi del Controllo degli Impulsi non classificati altrove", ossia quei disturbi caratterizzati dall'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere una certa azione, anche pericolosa. Numerose sono tuttavia le analogie tra il GAP ed i Disturbi da Uso di Sostanze dal punto di vista della storia naturale, della fenomenologia clinica, della comorbilità, della risposta al trattamento che nelle basi genetiche e nei meccanismi neurobiologici, in particolare rispetto alla impulsività, al craving ed al deficit dei processi decisionali⁽²⁻³⁾. I Servizi che si occupano di dipendenze si trovano sempre più spesso a interloquire con il problema del gioco problematico: è importante quindi confrontare i tratti del giocatore con quelli di individui affetti da alcolismo o da problemi correlati ad altre sostanze.

Scopi del presente lavoro sono: 1) valutare la prevalenza di giocatori problematici in un programma residenziale per Dipendenza da Alcol e/o Cocaina; 2) osservare le differenze tra giocatori e non giocatori; 3) osservare la tipologia di giocatore afferente alla nostra struttura.

Materiali e Metodi: sono stati esaminati 292 pazienti accolti nella CT Villa Soranzo (www.cocaina-alcol.org) nel 2010/2012. Villa Soranzo è una Comunità Terapeutica nata dalla collaborazione tra un soggetto sanitario pubblico (Az. Ulss 13 del Veneto) ed una azienda del privato sociale (Centro Don Milani) che accoglie pazienti con Dipendenza da alcol e cocaina, soprattutto di tipo 1 secondo la tipologia di Cloninger⁽⁴⁻⁶⁾. È stato utilizzato come strumento di indagine il South Oaks Gambling Screen (SOGS) di H.R. Liseur & S.B. Blume⁽⁷⁾; nella valutazione dei risultati abbiamo accorpato i giocatori a

rischio (2-4 punti) e quelli patologici (>5) nell'unica categoria di "giocatori problematici".

Risultati: dei 292 soggetti a cui è stato somministrato il SOGS, 67 (23%) sono risultati giocatori problematici (Tab.1). La problematica legata al gioco d'azzardo era stata segnalata dai servizi invianti solamente rispetto a 22 soggetti (33%), mentre nei restanti 45 casi (67%) è stata individuata solo all'arrivo in Comunità. (Tab.2) Il campione di giocatori problematici è composto da soggetti con un'età media di anni 39 in prevalenza uomini (91%). Confrontando questo dato con quello di alcolisti e cocainomani osserviamo come la distribuzione sia molto simile per quanto riguarda l'età (età media anni 40) ma presenta una maggiore presenza di donne (25%). Questo dato indica come la presenza di donne giocatrici sia più bassa (9%).

Per quanto riguarda un confronto rispetto alla dipendenza primaria osserviamo un allineamento circa la dipendenza da Cocaina (26% non giocatori VS 31% giocatori); da poliassunzione (16% non giocatori VS 15% giocatori). Una differenza si osserva invece per quanto riguarda l'Alcol (33% dei giocatori a fronte del 46% dei non giocatori) e da Alcol e Cocaina associate (21% dei giocatori a fronte dell'11% dei non giocatori).

Rispetto all'esito del trattamento, il 33% (n. 22) dei pazienti individuati come giocatori problematici sono usciti dal programma terapeutico prima della conclusione, mentre nei non giocatori la percentuale di drop-out è del 29% (n. 65). (Tab.3)

Il "giocatore tipo" osservato nella nostra struttura predilige giochi ripetitivi come slot machine (21%) o comunque un mix di comportamenti d'azzardo che hanno a che fare con la ripetitività e l'affidamento alla fortuna (54%). Nel restante 25% dei casi sembra esserci una predilezione per un mix di giochi competitivi e basati sull'abilità personale. (tab.4) La giocata massima giornaliera si attesta nel 38% dei casi tra 50 e 500 euro, nel 21% tra 500 e 5000 euro, nel 13% casi tra 5 e 50 euro. Il 7,5% dei soggetti riferisce di aver giocato somme giornaliere superiori a 5000 euro, il 4,5% inferiori a 5 euro. (tab.5) Un altro dato interessante riguarda la familiarità con il problema "gioco": l'84% dichiara di non avere alcuna familiarità con il gioco d'azzardo.(tab.6) Inoltre ben il 70% dei pazienti intervistati riferisce di essere consapevole di avere un problema con il gioco e di aver provato a interromperlo senza riuscirci. (tab.7)

Discussione: i dati presentati confermano quanto riportato in letteratura rispetto alla comorbilità tra Dipendenza da Sostanze e Gioco Problematico. Tale situazione è infatti presente nel 23% del campione esaminato e riguarda sia soggetti con problemi legati all'uso di alcol, che di cocaina, che entrambe. Nel 67% dei casi il Gioco Problematico non era stato individuato dai Servizi invianti. All'origine di tale sottovalutazione potrebbe esservi sia la scarsa considerazione della problematica del gioco da parte dei Servizi, sia la sottovalutazione del problema da parte dei pazienti.

Risulta interessante il paragone tra pazienti giocatori e non in quanto, se sotto alcuni aspetti i due profili sembrano sovrapporsi, in alcune tratti si differenziano anche significativamente.

I giocatori presentano maggiore comorbidità con Alcol e Cocaina in associazione (21%) a fronte dei non giocatori che presentano la medesima associazione nell'11% dei casi. Sembra emergere una dipendenza "multipla", prevalente da una delle sostanze/comportamento, mentre l'altra funziona da "apripista" per la ricaduta. In molti soggetti la ricaduta nel gioco è preceduta dall'uso di alcol, come suggerito anche nello studio di Rasch e coll.⁽⁶⁾; in altri casi il gioco viene utilizzato come "eccitante e attivatore", mentre la cocaina viene assunta per potenziare la concentrazione e resistere alla stanchezza psicofisica. Anche nel caso di Gioco/sostanze sembra che il gioco crei un circuito di automantenimento dell'uso di sostanze (e viceversa) la cui interruzione può essere vincente ai fini dell'esito del trattamento⁽⁹⁾.

Osserviamo poi che la maggior presenza di donne nel campione di non giocatori rispetto alle giocatrici sembra confermare come queste siano meno raggiungibili dai servizi e rappresentino un problema sommerso e difficile da osservare.

Ulteriore differenziazione tra giocatori e non giocatori sembra essere l'esito del trattamento terapeutico: osserviamo infatti un esito sfavorevole con conclusione per drop out nel 33% dei pazienti giocatori a fronte del 27% dei non giocatori. Abbiamo poi riscontrato come nella maggior parte dei casi il giocatore predilige un comportamento di gioco volto all'isolamento sociale e alla ripetitività. Nel 75% dei predilige giochi come slot machine e lotto che permettono di diminuire i contatti con l'esterno stabilendo una relazione "chiusa" con la macchina da gioco. I restanti giocatori (25%) invece prediligono attività di gioco fortemente competitive in termini relazionali (poker, casinò) dove l'illusione di controllo attraverso le proprie abilità personali sembra più alta. La maggior parte dei pazienti intervistati (38%) dichiara di investire quotidianamente tra i 50 e i 500 euro. Nell'84% dei casi i soggetti dichiarano di non avere alcuna familiarità con il tema "gioco" e nel 71% dei casi di essere consapevoli di aver/aver avuto un problema con questo comportamento ma di non sentirsi/essersi sentiti in grado di fermarsi.

Il fatto che il campione di giocatori in esame sia osservato all'interno di un contesto residenziale per il trattamento delle dipendenze favorisce una maggior consapevolezza rispetto al comportamento di gioco nonostante questo non sia spesso stato preso in esame da un punto di vista patologico.

Conclusioni: l'individuazione del gioco problematico tra i soggetti con Dipendenze da Sostanze costituisce nella nostra esperienza un elemento fondamentale al fine di formulare programmi terapeutici personalizzati, che comprendano interventi specifici sulle problematiche di gioco, e che siano in grado di ridurre il drop-out precoce cui vanno incontro questi pazienti. Apre interessanti riflessioni anche l'indagine delle caratteristiche specifiche del paziente giocatore che

possono permettere una conoscenza.

Bibliografia

¹A.P.A., DSM IV - TR, Manuale diagnostico e statistico dei Disturbi mentali, Text Revision, Masson, Milano, 2011.
²Potenza MN, The neurobiology of pathological gambling and drug addiction: an overview and new findings, Phil.Trans. R. Soc. B 2008 363, 3181-3189.
³Leeman RF, Potenza MN, Similarities and differences between pathological gambling and substance use disorders: a focus on impulsivity and compulsivity. Psychopharmacology (Berl). 2012; 219(2):469-90.
⁴Bastiani L, Gori M, Colasante E, Siciliano V, Capitanucci D, Jarre P, Molinaro S, Complex Factors and Behaviors in the Gambling Population of Italy. J Gambl Stud. 2011 Dec 4. [Epub ahead of print]
⁵Cibin M., Jester A., Leonardini L., Lugato E., Papanastasatos G., Transnational Catalogue of intervention options for young poly-drug users, E.U. Executive Agency for health and Consumers, Bruxelles 2010 (www.seidproject.eu).
⁶Hinenthal I., Cibin M., eds, Il trattamento residenziale breve delle Dipendenze da Alcol e cocaina: il modello Soranzo, Seed Editore, Torino, 2011.7. Leiseur H., Blume S.B., The South Oaks Gambling Screen (The SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers, Am J Psy 144: 1184 - 1188, 1987
⁷Rash CJ, Weinstock J, Petry NM, Drinking patterns of pathological gamblers before, during, and after gambling treatment. Psychol Addict Behav. 2011 Dec;25(4):664-74.
⁸Vanini S., Gamblers in Comunità: sperimentazione di un trattamento residenziale a Villa Soranzo. In I.M. Hinenthal, M. Cibin, Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da Alcol e cocaina, Seed Editore, Torino, 2011

APPENDICE

Tab.1

1. PRESENZA GPR IN CT SU UN TOTALE DI 292 SOMMINISTRAZIONI SOGS



Tab.2

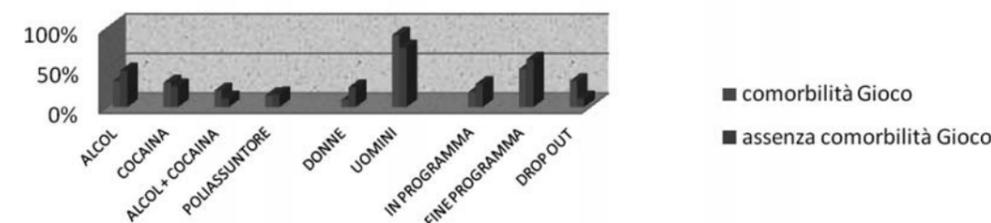
2. PRECOCITA' INDIVIDUAZIONE PROBLEMATICA GIOCO

■ NOTIAI SERVIZI ■ INDIVIDUATI IN CT



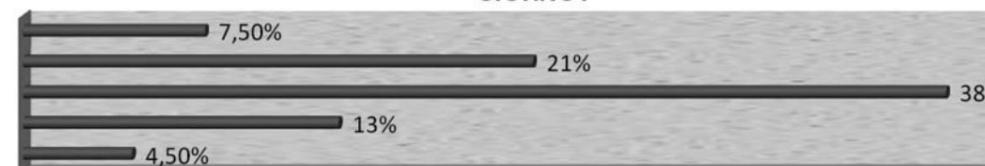
Tab.3

3. Differenze Pazienti Comorbili con Gioco VS Pazienti non Comorbili



Tab.4

4. "QUAL E' LA SOMMA DI DENARO PIU' ALTA CHE HAI PUNTATO IN UN GIORNO?"



Tab.5

5. "QUALI COMPORTAMENTI D'AZZARDO SEGUI /HAI SEGUITO NELLA TUA VITA?"



Tab.6

6. "I TUOI GENITORI HANNO (HANNO AVUTO) PROBLEMI CON IL GIOCO D'AZZARDO?"



Tab.7

7. "CREDI DI AVERE UN PROBLEMA CON IL GIOCO D'AZZARDO?"



capitolo 3 ALTRI LAVORI INVIATI IN OCCASIONE DEL CONVEGNO

25

ABUSO DI FARMACI E DIPENDENZA: IL CASO SINDENAFIL (VIAGRA) E SIMILI

Ariano V.¹, De Siatì M.², Simeone V.³

¹Dirigente Medico DDP ASLTaranto

²Dirigente Medico Clinica Urologica e Centro Trapianti
Università di Foggia

³Direttore DDP ASL Taranto

Introduzione

In una società dove il sesso assume aspetti di tipo consumistico l'utilizzo a scopo ricreazionale di farmaci che intervengono favorendo la potenza sessuale, trova la sua giusta collocazione. Il desiderio sessuale nell'uomo è mediato da diversi stimoli mentali (fantasie, ricordi, etc) e sensoriali (sensazioni tattili, immagini, sapori, suoni, etc). Tali fenomeni conducono all'erezione, basata su un processo di vasodilatazione locale. L'uso di inibitori PDE-5 (5 fosfodiesterasi) ha un'azione di facilitazione nel conseguimento dell'erezione, inducendo il processo di erezione direttamente con la vasodilatazione inibendo la fosfodiesterasi. In assenza di DE (disfunzione erettile) diagnosticata, tutto ciò può generare un cortocircuito "relazionale" limitando o sminuendo l'importanza degli stimoli suddetti sull'atto sessuale.

Vi sono tre formulazioni farmaceutiche approvate dalla FDA per il trattamento della disfunzione erettile (DE): sildenafil (Viagra), tadalafil (Cialis), vardenafil (Levitra).

L'acquisto del farmaco al di fuori della prescrizione medica è possibile anche in rete. Tale modalità di acquisto è spesso utilizzato anche dai pazienti in trattamento in quanto molto vantaggioso economicamente. (costo per cp: 2 euro / verso 12 euro in farmacia). Molte evidenze indicano un incremento dell'uso di questi farmaci senza una prescrizione medica ed in assenza di disfunzione erettile a scopo ricreativo.

Studi riportano un uso frequente di inibitori PDE-5 in associazione a droghe illegali in particolare cocaina, estasi, metamfetamine, ed alcol. Tale associazione potenza sia i rischi di effetti collaterali che l'esposizione a malattie sessualmente trasmissibili.

Inoltre l'uso di inibitori PDE-5 in assenza di DE predisporrebbe ad una dipendenza psicologica da tali farmaci.

Obiettivo

Obiettivo del lavoro è stato quello di valutare attraverso una review della letteratura lo stato dell'arte

rispetto all'uso ricreazionale degli inibitori della 5-fosfodiesterasi nei giovani anche in associazione a sostanze stupefacenti, con particolare attenzione al poliabuso ed agli effetti collaterali.

Materiali e metodi

Si è proceduto ad una revisione della letteratura sull'uso di inibitori PDE-5 in associazione a sostanze stupefacenti.

È stata fatta una ricerca bibliografica su PUB MED con le seguenti key words: Viagra- Drug abuse - illicit drug abuse-Sexual risk.

Sono stati considerati 6 articoli dalla letteratura internazionale, dei quali sono stati riportati gli elementi significativi.

Risultati

Dalla lettura dei dati si evince come l'uso di inibitori PDE-5 nei giovani 18-30 anni in USA e UK è del 4% verso una diagnosi di ED nella popolazione generale di pari età del 1,4%. Tali differenze sono legate ad un uso autoprescrittivo e ricreazionale di questi farmaci. I maggiori consumatori di Viagra hanno età tra i 18 e 45 anni e tale uso dal 1998 al 2002 è aumentato del 312%.

All'autoprescrizione può seguire un uso ricreazionale che interessa gli inibitori PDE-5 da solo o in associazione con sostanze stupefacenti.

Nel primo caso l'uso è assimilabile alla volontà di potenziare le proprie prestazioni sessuali (doping sessuale), nel secondo caso trattasi di un uso correlato allo scopo di prevenire effetti collaterali negativi sull'erezione legati all'uso di sostanze stupefacenti, in particolare alcool e cocaina, inserendosi in un chiaro contesto di poliabuso. È noto il consumo di associazioni di viagra e sostanze stupefacenti tra le quali ecstasy in un fenomeno definito "sextasy". Infatti l'alcool ha un effetto inibente sull'erezione, la cocaina grazie alla azione dopaminergica aumenta l'eccitazione ed il desiderio ma inibisce l'erezione in quanto potente vasocostrittore.

Nel poliabuso l'assunzione di inibitori PDE-5 espone ad una serie di pericolosi effetti collaterali sinergici a quelli delle sostanze d'abuso in particolare di tipo vascolare e cardiaco, tra questi ipotensione, aritmie, infarto. È stato anche descritto un caso di dissezione dell'aorta in soggetto con uso di viagra e cocaina.

Altri effetti sulla salute indiretti, sono legati alla maggiore esposizione a malattie sessualmente trasmissibili ed HIV.

Gli uomini che usano farmaci per la DE a scopo ricreazionale hanno maggiore probabilità di sviluppare una DE psicogena, in quanto possono avere nella propria mente degli standard irrazionali o aspettative non realistiche riguardo le loro prestazioni sessuali.

Conclusioni

In considerazione di quanto esposto e già evidenziato dalla relazione annuale al parlamento 2011, l'uso concomitante di inibitori della fosfodiesterasi e sostanze stupefacenti nei giovani è un fenomeno emergente, manifestandosi nell'ambito del poliabuso.

Tale fenomeno merita la dovuta attenzione anche in relazione ai gravi effetti collaterali sinergici possibili nel poliabuso di tali sostanze.

Altra considerazione è relativa alla possibilità che l'uso di inibitori PDE-5 in giovani che non presentano una diagnosticata patologia da DE possa condurre ad una dipendenza psicologica dal farmaco.

C'è da segnalare la recente pubblicità in rete di un noto inibitore PDE-5 come "mentina dell'amore" pubblicizzata come capace di risolvere i problemi di ansia da prestazione nella popolazione giovanile.

Il fenomeno dell'abuso di inibitori PDE-5 ancora poco stimato in Italia deve essere preso in considerazione nei Ser.t per mantenere un attivo monitoraggio ed una sensibilizzazione alla problematica nella popolazione al fine di rendere consapevoli gli utilizzatori dei rischi che tale consumo comporta.

Bibliografia

Christopher B. Harte, Cindy M. Meston. Recreational Use of Erectile Dysfunction Medications in Undergraduate Men in the United States: Characteristics and Associated Risk Factors. Arch Sex Behav (2011) 40:597-606.

Jim McCambridge, Luke Mitcheson, Neil Hunt and Adam Winstock. The rise of Viagra among British illicit drug users: 5-year survey data. Drug and Alcohol Review (March 2006), 25, 111-113.

Judith Aldridge, Fiona Measham. Sildenafil (Viagra) is used as a recreational drug in England. BMJ (March 1999), 318(7184):669.

L.Saso. Effetti delle sostanze d'abuso sulla risposta sessuale. Ann Ist Super Sanità 2002;38(3):289-294.

Tennis G. Fisher, Grace L. Reynolds, Michael R.Ware, Lucy E. Napper. Methamphetamine and Viagra Use : Relationship to Sexual Risk Behaviors. Arch Sex Behav (2011) 40:273-279.

Bechara A, Casabé A, De Bonis W, Helien A, Bertolino MV. Recreational use of phosphodiesterase type 5 inhibitors by healthy young men. J Sex Med. 2008 Oct;5(10):2414-8.

Korkes F, Costa-Matos a, GasperiniR, Reginato PV, Perez MD. Recreational use of PDE5 inhibitors by young healthy men : recognizing this issue among medical students. PMID: 18331258.

26

SPORCARE IL GRUPPO... PULIRE LE RELAZIONI: LA TERAPIA DI GRUPPO CENTRATA SULLE EMOZIONI

Serena Bombace¹, Nunzia Giacco¹,
Federica La Montagna¹, Antonio Verrazzo¹,
Vincenzo Leone¹, Carmelina Piantadosi²,
Francesca De Rosa², Pietro Scurti³

¹Specializzandi in Psicoterapia Sistemico-Relazionale

²Tirocinanti Dottorasse in Scienze e Tecniche Psicologiche

³Psicologo ASL Napoli 2 Nord; Didatta I.Te.R. (Istituto di Terapia Relazionale); Responsabile U.O.S. Percorsi Psicologici

Il Ser.T di Casavatore, conosciuto come il Ser.T sotto il ponte, accoglie un bacino di utenti molto esteso in quanto il suo territorio comprende i comuni di Casavatore, Casoria ed Arzano. Collocato sulla rotonda di Casavatore, sul ciglio della circumvallazione esterna che attraversa molti comuni dell'Area nord di Napoli, esso si trova al confine fra due grandissime aree di spaccio: le Vele di Scampia e il Parco Verde di Caivano.



Nel Ser.T di Casavatore confluiscono, quindi, pazienti provenienti da una estesa area a nord di Napoli a cui sono rivolti interventi farmacologici, psicoterapici individuali e/o familiari e socio-riabilitativi. Il modello di struttura riabilitativa, che caratterizza attualmente il Ser.T di Casavatore, nasce nel 1999. Fin da subito il neogruppo tenta di muoversi in maniera anticonvenzionale, contemplando la possibilità di partecipazione sia per utenti che per operatori. Si tratta di un gruppo aperto in cui convergono anche utenti che non assumono droghe, si tratta di un gruppo "sporco". "Sporcare" il gruppo vuol dire averlo percepito, costruito, vissuto, non vuol dire

sporcare la relazione, ma significa aprirsi alla relazione permettendo di sperimentare le alterità del proprio essere. Sporcare come contaminazione, come possibilità di toccare costantemente, anche nel dolore dell'altro, sempre e comunque una parte di sé, per poter conquistare il diritto di "abitare quella relazione", sporcarsi e sporcare toccandosi, arricchendosi, scoprendo anche la parte più oscura.

"Sporcare" il gruppo vuol dire da un lato privarlo di quella omogeneità interna fittizia, artefatta, da laboratorio, che nella realtà della strada e della vita non esiste, e dall'altro arricchirlo di possibilità e risorse altrimenti trascurate. Come nelle canzoni l'emozione fa la differenza fra esecuzione e interpretazione e nel disegno la creatività fa la differenza fra tecnica e arte, la contaminazione fa la differenza fra il gruppo e il gruppo sporco. Attraverso la contaminazione il gruppo rischia una composizione nuova, che apre la strada al dubbio, a diverse e possibili appartenenze ed esperienze di sé. L'identità, che si forma in virtù delle appartenenze a luoghi, culture, famiglie e gruppi, può giocarsi adesso una nuova partita nell'incontro con l'alterità (spostando i confini della definizione di sé). Nel concreto, quindi, contaminare il gruppo, significa andare a racimolare risorse dovunque, riuscire a trovare nuove lenti di ingrandimento. Allora, può accadere che, entri il papà che attende suo figlio che sta facendo l'esame tossicologico, oppure l'amico che è passato a salutare, anche il tirocinante che non sa ancora bene dove sedersi e cosa fare, o ancora l'altro utente che è venuto a dire che sta meglio o che sente di stare peggio e lo si fa entrare, accomodare e gli si dice che oggi si ha bisogno di lui, della sua fragilità, della sua pensata inconsistenza, dei suoi fallimenti, e mentre li racconta si vede la potenza dell'umana Umanità, la fragilità che si fa controllo della relazione, l'emozione che si fa incontro, che insorge contro il bisogno di mantenere le cose in ordine, pulite, al loro posto, finte, per non toccare la consapevolezza che dentro è tutto sottosopra.

È qui che il potenziale del gruppo prende forma e sostanza, e l'attenzione è concentrata sulla dipendenza e non sulla sostanza. È un incontro di più persone, più gruppi, più individualità, di conseguenza più vissuti, dove l'uno si riflette nell'altro come un gioco di specchi costante e inesorabile perché il gruppo è fondamentalmente "una totalità basata su un paradosso: dalla separazione degli individui, dalle loro differenze, dai loro conflitti, nasce un'unità affettiva che si manifesta in uno sforzo di cooperazione" (Pagès, 1991).

La differenza apre spazi, ma nulla si muove, si svuota, si riempie e si trasforma senza l'emozione. Nel gruppo sporco le regole di inclusione/esclusione cedono il posto alla sregolatezza delle relazioni umane.

Da questa esperienza nasce l'idea che è possibile lavorare con i tossicodipendenti non solo nei centri diurni o nelle comunità ma anche nei Ser.T. È così che dal 2004 nasce una nuova visione al Ser.T di Casavatore che utilizza un approccio grupppale centrato sull'espressione e condivisione delle emozioni, battezzato come M.I.G., Modello Integrato Grupppale

(Scurti, 2003). L'utente non si sente più "solo un numero per ricevere il metadone" ma si sente un essere umano che nel contatto riesce a trovare il coraggio di vivere le proprie emozioni credute perdute, rimosse perché devastanti, e rinominandole diventano possibili (Scurti, 2011).

Il gruppo Ninive è il gruppo di accoglienza, il gruppo di contatto. È un gruppo composto da utenti di vario tipo, genitori, care-giver e talvolta persone che non hanno problematiche legate alla tossicodipendenza. Frequentano anche utenti con problemi giudiziari ed in terapia farmacologica, con motivazione medio-bassa e scarsa coscienza del problema tossicodipendenza.

Esperienza di un tirocinio di frontiera

Rispetto agli obiettivi del modello, la presenza dei tirocinanti all'interno dei gruppi terapeutici assume una valenza specifica, un'occasione importante di incontro e confronto fra due gruppi diversi e opposti per definizione: il gruppo dei pazienti e il gruppo dei dottori. Questa distinzione può generare fantasie più o meno consapevoli circa le qualità interne ai gruppi e dunque altrettante dualità e categorie: il gruppo dei malati e il gruppo dei sani; il gruppo dei giusti e il gruppo degli sbagliati; il gruppo di chi è lì per "ricevere" (aiuto) e il gruppo di chi è lì per "dare"; il gruppo degli esperti e il gruppo dei discenti. La categorizzazione è un'operazione cognitiva che garantisce una semplificazione di fronte alla complessità dei dati, per questo non sorprende che si attivi in materia di emozioni. Ancor più di quel che accade fra consumatori di cocaina e quelli di altre sostanze, fra utenti e tirocinanti, l'accento viene posto difensivamente sulle differenze. Si crea così una distanza che protegge dal confronto avvertito come minaccioso da entrambi: i tirocinanti temono di dover rinunciare a un ruolo che in realtà stentano ancora ad assumere e gli utenti sentono il pericolo di avere di fronte specchi pericolosi, impietosi, troppo severi.

Dal Diario di bordo

Il primo giorno di tirocinio giunsi al Ser.T dicendo a me stessa che sarei stata capace di andar lì ad incontrare delle persone, non dei drogati, ed entrai nella stanza della terapia certa di aver lasciato fuori ogni pregiudizio. Sedendomi in cerchio con gli altri mi sentii una psicologa pronta ad imparare. Durante la terapia di gruppo condotta dal dott. Scurti rimasi immobile e in silenzio mentre davanti a me e dentro di me tante cose si muovevano e facevano rumore. Ne uscii stanca come lo è chi, pur non essendo alla guida, sente il peso del viaggio; ne uscii confusa come chi si è sforzato di indovinare la direzione senza mai chiedersi dove volesse stare.

All'interno del dopo-gruppo, che segue la terapia del Mercoledì, chiesi al dottore chiarimenti circa il mio ruolo e il mio compito nel gruppo; non rispose e oggi so che scelse di non farlo perché quello sarebbe stato il "dettaglio" da cui avrei potuto trarre il più grande insegnamento che il tirocinio al Ser.T potesse darmi. "Non si può mai insegnare quello che vale veramente la pena di conoscere" (O. Wilde) ed io ho trovato la risposta a quella domanda nel corso della mia espe-

rienza nel gruppo: mi sono seduta tante volte, molte delle quali con fatica, contro voglia, arrabbiata, spaventata, ma sono rimasta; ho trattenuto le lacrime fino a sentire dolore alla gola, ho pensato alle cose giuste da dire e da fare fino a rischiare di non dire e non fare, ho difeso il mio bisogno di capire fino a smettere di sentire; ho preteso di controllare e mi è sfuggito tutto perché ho perso di vista me e, con me, l'altro. Non si può lavorare con i gruppi senza essere nei gruppi, senza "mettere le mani in pasta", nella pasta delle emozioni, le proprie. E se si sceglie di esserci non lo si può fare a metà, a meno che non si voglia rinunciare all'unica speranza di essere veramente utile. Oggi capisco che per i componenti del gruppo è fondamentale poter accedere alla parte "umana" dello psicologo, a quella parte che ci fa sentire più uguali al diverso. L'emotività rappresenta il canale che rende possibile la contaminazione soprattutto fra gruppi come questi, dove puoi finalmente scoprire che, a dispetto di ciò che sembra in apparenza, ognuno nel gruppo porta la sua "sostanza", da latino sub-stanza, ciò che sta sotto, un modo per accedere alla propria "essenza", ciò che sta dentro e che finalmente, nella condivisione, emerge ed esiste fuori. È questo il concetto di coesistenza.

"I due elementi coesistere e consistere, autosostenendosi e generandosi, compongono appunto la coesistenza. Essa è da considerare un'esperienza immediata, che si consuma nel qui ed ora della relazione. Ogni incontro è dunque un continuo disvelamento di sé e dell'altro dentro di sé e nell'altro" (Scurti, 2011, pag. 121).

Riflessioni

Il ruolo del tutor, in questo tipo di modello terapeutico, si configura allora come un compagno di viaggio. L'esperienza di frontiera non può e non deve essere un azzardo, ma nessun apprendimento può definirsi tale se pretende la sicurezza del riparo, essa deve avere una quota di rischio, di visibilità, in cui operatori ed utenti (che siano tirocinanti o pazienti) sono pronti a mettersi in gioco, senza infingimenti, convinti che l'autenticità della condivisione emozionale sia davvero l'unico antidoto alle sensazioni drogastiche. La vertigine dell'incontro reale è capace di scalzare la "botta" della sensazione sostanza. Una sfida che smette i panni del circuito vizioso e piano piano assume i contorni delle lacrime, degli abbracci e delle parole.

"La tirocinante ti guarda, si confonde, sorride, si scandalizza, se ne va, ritorna, come fanno gli utenti, proprio come loro, e proprio come con loro, il compito di un tutor, è quello essenziale di Esserci, di farsi trovare, di Re-sistere! Stare lì al ritorno, ad ogni ritorno. Attendere, nella duplice sacra accezione di Saper Aspettare e di poter Prendersi Cura!" (Scurti, in pres., p. 18).

Bibliografia

Pagès, M., L'esperienza affettiva dei gruppi, Borla, Roma, 1991
Scurti, P., G.R.U.P.P.I., Melagrana, Caserta, 2011
P. Scurti, G. Di Petta, P. Fallace, Tossicodipendenza e gruppalità integrata: verso un possibile modello di intervento, *Salute e Prevenzione* 28 pp. 105-117

27

**LA GUERRA DEI "MONDI":
MITI DI PERFEZIONE
ED ESISTENZE PRECARIE**

Serena Bombace¹, Nunzia Giacco¹,
Federica La Montagna¹, Antonio Verrazzo¹,
Vincenzo Leone¹, Carmelina Piantadosi²,
Francesca De Rosa², Pietro Scurti³

¹Specializzandi in Psicoterapia Sistemico-Relazionale

²Tirocinanti Dottorasse in Scienze e Tecniche Psicologiche

³Psicologo ASL Napoli 2 Nord; Didatta I.Te.R. (Istituto di Terapia Relazionale); Responsabile U.O.S. Percorsi Psicologici

Dipartimento dipendenze ASL Na2 Nord Direttore Dott. Giorgio Di Lauro
U.O.C. Nuove Dipendenze e Riabilitazione Asl Na2 Nord Responsabile Dott. Vincenzo D'Auria



L'ipotesi da cui parte questo lavoro è che la società moderna, quella che noi abbiamo definito come "il mondo" stimola costantemente e ininterrottamente l'essere umano ad essere "uomo consumatore" legato alla teoria del "contatto" in senso "facebookiano" del termine, ovvero come rapporto virtuale che perde ogni forma di amicizia reale, figlia, quest'ultima, di un tempo ancora poco tecnologico; un uomo orientato all'iperattività, stretto tra slogan pubblicitari diventati slogan di vita e l'arte dell'apparire, insegnamento primario della scuola del grande fratello. Da una parte, questa società accelerata, il cui tempo è scandito dal bisogno di consumare e lasciare andare le cose, dove nulla può appartenere, più di un dato momento, in quanto ciò potrebbe generare e produrre legami da cui essenzialmente si tende a stare alla larga. Dall'altra parte, l'individuo, l'essere umano, ancora giovane, alle prese con il mondo, con la famiglia, con gli amici e con se stesso. È in questo incontro/scontro che la cocaina si configura come sostanza d'elezione, portatrice di tutte le varie fantasie su come ci si debba presentare al cospetto del mondo. Giovani brillanti, sorridenti, relazionalmente efficienti e sessualmente grandiosi.

Un orizzonte a cui tendere, pena la cancellazione di un Se' visibile ed attraente. Un Se' che, qualora non possieda tali accattivanti note e doti, è destinato a soccombere nelle pieghe della "squallida normalità",

in una sorta, cioè, di precariato emozionale che ne segna l'esito implacabile: l'invisibilità. Il risultato è l'appiattimento di ogni essenza per fare spazio all'apparenza, e in questo scenario il corpo e l'immagine, diventano il campo su cui si gioca la partita con il mondo, per cui l'immagine di sé come uomo emotivamente intoccabile e la conferma costante che viene dall'esterno la fanno sostanzialmente da padroni, assieme all'illusione di avere il controllo della situazione.



L'incontro con la cocaina già nella fase dell'adolescenza innesca, a nostro avviso, una sorta di modificazione, da cui va, via via, costruendosi una personalità che potremmo definire "mutante", un po' uomo, un po' alieno.

La sostanza invade il corpo e si insinua subdolamente nella vita, quasi sembra venire in soccorso per aiutare nell'espletamento dei compiti di sviluppo il nostro quindicenne ancora poco alieno e più umano, aiutandolo, tanto più, a sopperire alle richieste di un mondo spesso esigente e superficiale. È proprio lì, nell'incontro-scontro tra sviluppo e mondo che si inserisce la sostanza, come un Caronte discreto e accogliente che traghetta verso la separazione - individuazione da una famiglia che a quell'età appare ingombrante e soffocante.

Più avanti poi, il nostro giovane uomo, appesantito da un mondo che ha in serbo per lui richieste sempre più gravose, come diretta conseguenza di una raggiunta maturità affettiva, "utilizza" la sostanza come una sorta di occhio di bue che attrae su di sé l'attenzione gettando su tutto il resto un velo di inconsapevolezza.



Il risultato finale?

Un umanoide nelle cui cellule la sostanza si è impiantata fino a procurare la perdita di contatto con sé, tant'è che se ci si imbarca nel tentativo maldestro di accedere a se stessi, il senso di estraneità risulta inevitabile. La costruzione della personalità, ormai delegata alla sostanza, genera una profonda immaturità relazionale compensata da una competenza di facciata. La sostanza, qui, veicola le relazioni con il sistema familiare e gestisce le interazioni con il mondo, per cui la confusione, o anche semplicemente fusione, tra apparire ed essere appare la strada più scontata.

È qui che la cocaina assurge alla funzione di sostanza "da scissione" tra il dentro e il fuori di sé, tra essenza e apparenza, tra l'emozionarsi e l'alessitimia; due parti scisse, che traggono forza da un sistema socioculturale che in un certo qual modo le incentiva e le amplifica. Un mondo in guerra. Una guerra tutta interna agli individui. Che non fa prigionieri. Dove ad ogni scissione ne segue un'altra, in una lenta e progressiva vertigine di solitudine.

La sfida come meccanismo centrale di ogni dipendenza



Tu chiamale se vuoi... emozioni

Il gruppo "contaminato" dei vari utenti a vari stadi, si trasforma in una macchina del tempo, dove ciascuno vede nell'altro il proprio passato o il proprio futuro. Il gruppo permette di contenere le angosce e le ansie legate alle varie dimensioni temporali ed insieme, guardandosi negli occhi, provare a nominare le emozioni. E come se dentro ciascuno, si levasse chiara, finalmente, la voce di un adulto che chiama all'appello i propri figli creduti dispersi. E via via sempre più forte s'alzasse un suono: "Eccomi sono io"



28

**LE SMART DRUGS COME
RISPOSTA ALLA SOLITUDINE
ESISTENZIALE DEI GIOVANI:
DROGHE LEGALI?**

Fabio Curcio¹, Emma Asturaro²,
Teodora Franco³, Francesco Auriemma⁴

¹Medico, Specialista Ambulatoriale ASL Napoli 1 Centro

²Psicologa e Psicoterapeuta - U.O. Ser.T 25 - ASL Napoli 1 Centro

³Sociologa - Servizi Informativi Dipendenze Patologiche - ASL Napoli 1 Centro

⁴Medico, Responsabile U.O. Ser.T DS 25 - ASL Napoli 1 Centro

Premessa

I giovani oggi "stanno male", ma non per le "solite" crisi esistenziali tipiche dell'età adolescenziale, ma perché la loro visione del mondo e del futuro è senza promesse.

Sono figli di famiglie "per bene"; ben educati, vanno bene a scuola, sono stati impegnati nello sport e nella vita, i genitori "benestanti", anch'essi impegnati nel lavoro e nelle relazioni sociali, a volte separati, spesso affetti dalla "sindrome di Peter Pan".

I giovani d'oggi non riconoscono i propri sentimenti, isolati come sono nel loro "mondo informatico", in cui i genitori non destano alcun richiamo ad una qualsivoglia comunicazione, impegnati come sono nei loro affari e nella instabilità emotiva.

Genitori che "lasciano fare", che non si pongono come riferimento e che nel tempo inducono nei propri figli pensieri di incapacità e di inadeguatezza. E' come se pensassero "se i miei genitori pensano che posso farcela da solo e io non mi sento capace, vuol dire che allora non valgo niente".

"La qualità del tempo e non la quantità" che si passa con i figli è una patetica storia che i genitori affaccendati si sono raccontati a loro giustifica, lasciando ai figli una grande quantità di tempo da passare in solitudine, con un carico emozionale eccessivo e nessun strumento per contenerlo.

Ciò determina una mancata crescita emotiva che ha indotto nei ragazzi un sentimento atrofico, inespresivo, non reattivo, per cui gli eventi della vita passano loro accanto senza una vera partecipazione, senza un'adeguata risposta di sentimento a quanto accade intorno.

Così insorgono paure, angosce, immobilismo e depressione; un tempo la depressione aveva origine dal conflitto nevrotico tra norma e trasgressione, con la conseguenza dei sensi di colpa. Oggi lo scenario sociale è cambiato, perché ora è tutto possibile (Nike: "Nothing is impossible"). Ed anche la depressione ha cambiato radicalmente forma; il ruolo depressivo origina da un senso di insufficienza per

ciò che si potrebbe fare e non si è in grado di fare, o non si riesce a fare secondo le attese altrui, a partire dalle quali ciascuno misura se stesso.

In questo scenario vanno a collocarsi comodamente le nuove droghe, quelle cosiddette "legali" ("legal highs"), che "non fanno male". Il Mercato globale si interessa ai ragazzi per condurli sulla via del divertimento e del consumo, dove l'unica cosa che sembra contare è il presente che diventa l'assoluto "da vivere" con la massima intensità. Non perché questo significhi piacere, ma perché permette di allontanare l'angoscia e la paura di un futuro che non promette nulla.

Le Smart drugs, o "designer drugs", assumono per i giovani il significato della gratificazione immediata, dello star bene oggi, visto che il domani è senza prospettive. Ciò significa che nell'adolescente non assistiamo più al passaggio naturale dalla libido narcisistica alla libido oggettuale (che investe sugli altri e sul mondo) e senza questo passaggio si corre il rischio di vedere i giovani con motivazioni utilitaristiche finalizzate solo alla sopravvivenza, dove è implicito assistere all'affievolimento dei legami emotivi e sociali e ad un crescente senso di solitudine.

La classificazione può essere effettuata in base alle modalità di consumo, oppure per classi chimico-fisiche. Da tali classificazioni si evince che non è corretto dal punto di vista sanitario parlare di tali sostanze unitariamente.

Prodotti caffeinici. La caffeina è un alcaloide naturale che svolge un'azione stimolante sul sistema nervoso centrale. Sul mercato esistono bevande che contengono caffeina e taurina (Energy drink).

Prodotti efedrinici. L'efedrina è un alcaloide naturale simile alle metamfetamine. Utilizzata in numerosi integratori alimentari per perdere peso o migliorare le prestazioni atletiche. L'efedrina agisce sul sistema nervoso simpatico provocando eccitazione, ma anche stati di ansia e confusione, irrequietezza, insonnia e stati psicotici, attacchi cardiaci e ictus. In seguito ad overdose si possono manifestare psicosi paranoiche ed allucinazioni.

Afrodisiaci. Erbe ed estratti vegetali con effetti psicoattivi cui sono attribuite proprietà afrodisiache, come nel caso della Damiana (Turnera aphrodisiaca Urban).

Eco-drugs. Sostanze psicoattive di origine naturale. L'utilizzo voluttuario di questi prodotti può esporre i consumatori a gravi conseguenze psicofisiche, poiché non si hanno conoscenze certe relative alla tossicità dei principi attivi di questi prodotti. Si pensi ad esempio alla Salvia Divinorum, che può provocare allucinazioni, distorsioni delle percezioni sensoriali, di spazio e tempo, perdita di contatto con la realtà, depressione e fenomeni di dissociazione. Stramonio e belladonna provocano stati di panico fino alla paralisi respiratoria mortale.

Dove trovare le NPS. Nel 2012 descritti 631 Internet

shops, che sono raddoppiati da gennaio 2011 (314). Negli USA si riporta che il numero di esposizioni ai "sali da bagno" è aumentato da 303 nel 2010 a 6.072 nel 2011. I consumatori difficilmente arrivano ai Ser.T; non sviluppano la dipendenza verso una sostanza, piuttosto dipendono da uno stile di vita. La scarsa conoscenza del giusto dosaggio e delle modalità d'assunzione è il vero problema. Le forme delle spice drugs possono ingannare il consumatore sotto forma di incenso profumato, sali da bagno o erbe legali. In alcuni casi si tratta di sostanze chimiche in grado di legarsi al recettore per i cannabinoidi (CB1) con effetti 5-30 volte più potenti del Thc. Troppi ignorano i rischi e usano Internet per avere consigli su coltivazione, dosi e assunzione di queste droghe, o per scambiarsi esperienze.

Prezzi più alti, qualità inferiore rispetto al passato e strategie innovative tra i consumatori come i gruppi d'acquisto, sono alcuni dei fenomeni osservati. Per quanto riguarda hashish e marijuana trova sempre più spazio l'autoproduzione. Particolare attenzione è stata dedicata al consumo di alcol abbinato alle droghe e nella maggioranza dei casi viene definito un "collante sociale".

Le sostanze più diffuse

Mefedrone. Altri nomi Miaow Miaow, MMCat, Meph. È strutturalmente correlato al catinone (il principio attivo della pianta del Khat). Farmacologia e tossicità sono praticamente sconosciute. Comparso in Europa nel 2007, dal 2010 è illegale in Italia, ma disponibile in Internet. Viene venduto come "sostanza chimica di ricerca", "sali da bagno", "fertilizzante per piante", e spesso con una nota che indica che non è adatto al consumo umano. È disponibile in compresse, capsule o in polvere bianca. Sulle compresse c'è il disegno di un delfino. Il *mefedrone* è stato indicato come la quarta droga più utilizzata dopo cannabis, ecstasy e cocaina. Induce euforia, socievolezza, stimolazione, eccitazione sessuale, miglioramento dell'umore, allucinazioni, decremento di ostilità e insicurezza; presenta inoltre più gradualmente *come-up* e *come-down* rispetto all'MDMA e assenza di *hangover* nel giorno successivo.

Gli effetti collaterali fisici: perdita di appetito, insonnia, aumento della sudorazione e vampate di calore, tensione muscolare, dolori articolari, debolezza, tachicardia, aumento della pressione sanguigna, difficoltà respiratorie, bruciore alle narici, disidratazione, nausea, vomito e disturbi gastrointestinali, dermatiti, vertigini, cefalee, tremori e convulsioni; altri sintomi: palpitazioni, iperidrosi, midriasi, trisma e bruxismo, cefalea, nausea e vomito, iperpiressia e vasocostrizione.

Sintomi psicologici: aumento dell'aggressività e violenza, craving, perdita di concentrazione e della memoria, ansia, paranoia, disforia, depressione, allucinazioni. L'uso di mefedrone è legato probabilmente alla morte di alcune persone, tanto che il SAR ha attivato un'allerta di grado 2.

Ketamina. È una molecola di origine sintetica, con proprietà anestetiche e analgesiche, utilizzata in

ambito veterinario. Viene venduta in compresse o liquida, in capsule e polvere cristallina. In ambito di abuso di sostanze stupefacenti, viene principalmente assunta per via inalatoria o iniettata. Gli effetti: modificazioni degli stati di coscienza, schizofrenia, disordini dissociativi, ansia, attacchi di panico, flashbacks, sintomi simili al disturbo post-traumatico da stress e cambiamenti percettivi persistenti. Anche il tono dell'umore può essere coinvolto con l'espressione di mania, depressione, tendenza al suicidio, insonnia, incubi, paranoia. Nell'ambito dell'uso ricreazionale, la ketamina provoca disturbi dell'attenzione, dell'apprendimento, della memoria. Causa tolleranza e dipendenza.

La metoxetamina (anche mexxy o MXE) è una sostanza dissociativa correlata alla ketamina con una più lunga durata d'azione ed intensità di effetti.

Kfen. È un tipo di ketamina, prodotto prevalentemente in Cina; ha effetti allucinogeni anche a distanza di alcuni giorni dall'assunzione. Si presenta in forma di granuli e ha l'aspetto di zucchero.

Lo **Skunk** è un incrocio tra Cannabis sativa e Cannabis indica ottenuto modificando geneticamente le coltivazioni. Il principio attivo, il Thc, arriva al 16%, contro il 3-5% della marijuana comune, con effetti paragonabili a quello dell'Lsd o di altri allucinogeni. Può dare dipendenza. L'età del consumo si è abbassata a 10-11 anni. Può causare psicosi, paranoia e schizofrenia.

Capsiate. È un analogo della capsicina, il componente del peperoncino che lo rende piccante. L'ingestione di capsiate ha dimostrato di aumentare il consumo di ossigeno a riposo e la combustione del grasso. Gli effetti: aumenta la temperatura corporea, favorisce la combustione del grasso e sembra essere un integratore molto efficace nel trattamento dell'obesità e del sovrappeso. Viene utilizzato recentemente nelle palestre. Non se ne conoscono gli effetti collaterali.

Metodo. In Europa il Progetto RedNet sta operando la disseminazione delle informazioni relative alle NPS, ma ancora molto c'è da fare in termini di conoscenza epidemiologica. In Italia primo partner del Progetto RedNet è il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche di Macerata. L'obiettivo è creare strumenti per informare, sensibilizzare e prevenire sul fenomeno smart drugs, attraverso tre diverse azioni: *Azione 1* "SMS antenna" Linea di SMS. *Azione 2* "quiz smart challenge" Quiz su piattaforma Facebook. *Azione 3* "Art communication" la realizzazione di video per lo sviluppo di messaggi di prevenzione e benessere.

Vista l'importanza dell'argomento è in corso di studio la possibilità di effettuare uno studio multicentrico in collaborazione con il Dipartimento di Macerata, da svolgere in Campania, Lombardia e Sicilia. Il primo step della collaborazione potrà essere la somministrazione di un questionario anonimo (già esistente e già somministrato nelle Marche) al fine di acquisire maggiori conoscenze sulla diffusione e sulla tipologia

delle NPS nelle regioni aderenti.

Risultati attesi. I risultati potranno essere confrontati tra le regioni partecipanti, ottenendo in tal modo informazioni su eventuali differenze di utilizzo delle NPS e preparando azioni in grado di affrontare eventuali emergenze laddove sostanze potenzialmente pericolose non sono ancora giunte. Inoltre, per acquisire maggiore conoscenza in relazione agli ambienti nei quali le NPS sono maggiormente diffuse, si potranno incrociare i dati con lo studio ESPAD. Anche in tal caso, visto il differente target di età tra i due studi, sarà possibile ottimizzare gli interventi di prevenzione.

Conclusioni. Le NPS vengono prodotte e diffuse con grande rapidità, tanto che appare molto difficile fare fronte alla crescente disponibilità di tali sostanze. Spesso gli effetti tossici acuti e cronici non sono ancora conosciuti quando già la sostanza è disponibile sul mercato informatico ed ampiamente utilizzata. Gli stessi operatori dei Ser.T necessitano di formazione per far fronte al fenomeno, come evidenziato da uno studio italiano condotto in Veneto. La collaborazione multicentrica è uno degli strumenti efficaci per migliorare la conoscenza e la possibilità di intervento di prevenzione universale e specifica al riguardo. Anche il confronto degli operatori con i differenti problemi psicosociali presenti in differenti realtà socio-economiche potrà migliorare gli interventi sul singolo assistito e sulla Comunità verso la quale essi sono orientati. Infine, la collaborazione tra regioni con differenti realtà sociali ottimizzerà la comunicazione tra gli stessi Operatori uniformando gli interventi e rendendoli più efficaci.

Riferimenti bibliografici

- Schifano F., Corazza O., e il ReDNet Research Project Group (2010) *Mefedrone Report*. Traduzione italiana a cura di G. di Melchiorre e M. Pasinetti
EMCDDA (2010) *2010 Annual Report on the State of the Drugs Problem in Europe*, Luxembourg: Publications Office of the European Union
Masuda Y, Haramizu S, Oki K, Ohnuki K, T Watanabe, Yazawa S, T Kawada, Hashizume S, Fushiki Upregulation of uncoupling proteins by oral administration of capsiate, a nonpungent capsaicin analog. *J Appl Physiol*. Dic 2003, 95 (6) :2408-15. Epub set 2003 5.

29

LA MINDFULNESS NEL TRATTAMENTO DELL'ADDICTION: PROPOSTA DI UN PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO DI SOGGETTI AFFETTI DA DIPENDENZA SESSUALE

Emma Asturaro¹, Fabio Curcio²,
Vincenzo Barretta³, Francesco Auriemma⁴
¹ASL Napoli 1 Centro- U.O. Ser.T DS 25 Psicologia-
Psicoterapeuta
²ASL Napoli 1 Centro-U.O. Ser.T DS 31 Specialista
Ambulatoriale Igiene e Medicina Preventiva
³ASL Napoli 1 Centro- U.O. Ser.T DS 25 Specialista
Ambulatoriale Psichiatra
⁴ASL Napoli 1 Centro- U.O. Ser.T DS 25 Psichiatra
Responsabile Unità Operativa

Premessa. La mindfulness viene definita come attenzione consapevole alla propria esperienza, intenzionale e non giudicante, nel momento in cui essa viene vissuta.

Da circa venti anni è oggetto di numerosi studi clinici e neurofisiologici e viene attualmente utilizzata in medicina e in psicoterapia in particolar modo per la depressione, lo stress e i disturbi d'ansia.

Attualmente si distingue una MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction), una MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy). Nel campo psicoterapeutico, la mindfulness ha profondamente influenzato i principi dell'approccio cognitivo, al punto da indurre molti studiosi a parlare di **psicoterapia cognitivo comportamentale di terza generazione**.

La pratica della mindfulness aumenta la capacità di gestire lo stress, aumenta la consapevolezza dei propri processi interiori, riduce il coinvolgimento in emozioni che possono risultare disturbanti e migliora la capacità di prestare attenzione ad aspetti importanti della nostra vita e di quella degli altri, senza costruzioni mentali giudicanti.

Per superare gli automatismi, connessi alle nostre costruzioni mentali, è essenziale non tenere in conto le influenze che inducono ad accogliere ciò che è attraente e rifiutare pregiudizialmente ciò che è sgradevole.

La mindfulness viene coltivata grazie a dei veri e propri esercizi e pratiche meditative. Ormai numerosi studi neurofisiologici e clinici dimostrano che la loro pratica costante ha profondi e benefici effetti sul cervello e sulla salute fisica e mentale.

È importante sottolineare che il concetto di "accettazione", insito nella pratica della mindfulness, non deve essere confuso con quello di "rassegnazione". Se la rassegnazione implica una rinuncia ad agire rispetto agli eventi, la mindfulness, al contrario, partendo dalla consapevolezza di ciò che è, predispone a muoversi in direzione dei propri valori più profondi ed autentici. La pratica della mindfulness si propone,

infatti, di aiutare a sostituire nella vita quotidiana comportamenti reattivi, automatici e distruttivi con scelte consapevoli ed appropriate al contesto.

Alla base della mindfulness si trovano tre abilità fondamentali:

1. **ancorarsi al momento presente**, invece di essere catturati da anticipazioni catastrofiche del futuro, oppure da recriminazioni sul passato. L'attenzione al momento presente è una componente fondamentale - il "qui ed ora"⁽¹⁾.

2. **riconoscere i pensieri in quanto tali**, e a non considerarli "realtà". Nella mindfulness si persegue il "decentramento" chiamato anche "defusione" o de-identificazione dai propri pensieri.

Questo processo non deve essere confuso con la ristrutturazione cognitiva, in cui ci si prefigge di modificare le convinzioni ed i pensieri.

3. **Superare la tendenza all'evitamento esperienziale**, caratterizzato da atteggiamenti di fuga e di rifiuto nei confronti dei propri pensieri, emozioni e sensazioni fisiche. Questa "pratica" porta alla consapevolezza di poter scegliere le proprie azioni e a poter scegliere su cosa applicare il nostro impegno. Da questo punto di vista, la mindfulness è un potente stimolo in direzione dei propri valori personali e dunque all'esposizione alle situazioni e circostanze generalmente evitate. L'evitamento esperienziale è ciò che rende la mindfulness particolarmente idonea al trattamento delle forme di addiction.

Applicazioni cliniche. **Terapia cognitivo comportamentale di terza generazione (Integrazione della mindfulness nella Terapia Cognitivo Comportamentale)**. Una delle modalità più efficaci di lavoro con la mindfulness è la sua integrazione nell'ambito della terapia cognitivo comportamentale. Si tratta di un'integrazione molto semplice e basata sul presupposto che la pratica della mindfulness rinforza gli effetti della terapia cognitivo comportamentale e viceversa.

Entrambi i modelli si basano sull'idea che i comportamenti adattivi e sani possono essere appresi, allo stesso modo in cui sono stati appresi i comportamenti disadattivi. In tutte e due le tecniche si fa leva sull'allenamento personale, sulla consapevolezza della propria attività mentale, sulla scelta non impulsiva dei comportamenti.

Le differenze esistenti tra i due strumenti rendono gli approcci complementari. Una differenza importante è il modo di considerare i pensieri che nella CBT vengono esplorati ed analizzati nei loro contenuti⁽²⁾, mentre nella mindfulness vengono sostanzialmente riconosciuti come tali e dunque distinti dall'esperienza percettiva del momento presente.

Questa differenza ha indotto alcuni studiosi ad introdurre l'idea che l'integrazione della mindfulness all'interno della CBT comportasse un cambiamento paradigmatico, al punto tale, come si diceva, da far pensare ad una "nuova CBT". Essa adopera:

1. **ACT (Acceptance and Commitment Therapy)**, par-

ticolarmente utile per i disturbi d'ansia e soprattutto per l'addiction, per il Disturbo di Panico, il Disturbo Ossessivo Compulsivo e la Fobia Sociale. Questa consiste in:

a. **esposizione e analisi funzionale** (tecniche della CBT) affiancati dalla mindfulness. I tempi della terapia sono notevolmente accelerati, favorendo una maggiore consapevolezza del proprio mondo interiore e migliorando la capacità di distinguere tra le costruzioni mentali e l'esperienza diretta. La mindfulness consente di acquisire una maggiore fiducia nel corpo e maggiore confidenza con le proprie sensazioni, riducendo notevolmente la tendenza ad andare in ansia.

b. **esercizi di defusione** che hanno lo scopo di verificare in modo diretto, immediato, la differenza tra la narrazione della propria esperienza e ciò che viene realmente sperimentato. Molti problemi psicologici sono legati a una stretta identificazione di se stessi alla propria narrazione (fusione).

c. **l'analisi funzionale**, per evidenziare alcuni comportamenti automatici disfunzionali che possono essere sostituiti da scelte consapevoli molto più utili e sane.

2. **Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression (MBCT)**. Le più grandi organizzazioni mondiali della salute includono l'MBCT tra le terapie raccomandate per la depressione. Per quest'ultima si è evidenziata un'efficacia significativa in quanto le ricadute in soggetti depressi risultavano dal 50% fino all'80% in meno rispetto ai controlli⁽³⁾. In esse è previsto: l'apprendimento di pratiche di meditazione; la condivisione in gruppo; l'insegnamento di alcune conoscenze teoriche su temi specifici, quali ad esempio lo stress.

L'apprendimento si focalizza inoltre su come utilizzare la Mindfulness e il protocollo MBSR nel trattamento delle Dipendenze Sessuali, in particolare per la riduzione degli stati disforici che sono alla base del ciclo della dipendenza e come strategia di coping alternativa.

Dipendenze sessuali. La dipendenza sessuale è un disturbo caratterizzato dalla perdita di controllo reiterata e ricorsiva sulle fantasie, i desideri e i comportamenti sessuali, nonostante la presenza di conseguenze negative. Il dipendente vive il desiderio sessuale e la sua realizzazione (nelle fantasie o nei comportamenti) come la modalità prevalente, se non esclusiva, per alterare il proprio stato mentale al fine di fuggire dagli stati emotivi negativi e/o sperimentare sensazioni piacevoli, ritenendo di non riuscire a ottenere diversamente tali risultati. Quando il soggetto non riesce a mettere in atto il comportamento sessuale può sperimentare stati di angoscia, agitazione o rabbia. Nel tempo il sesso diviene sempre più pervasivo e centrale nella vita della persona fino a divenire l'elemento attraverso il quale il dipendente ricerca e conferisce senso alla propria vita.

Questo avviene soprattutto grazie alle patologie dei legami nella postmodernità e alla sessualizzazione di

alcune frange della cultura e della società. L'isolamento a cui tali soggetti vanno incontro porta ad un pericoloso impoverimento cognitivo e sociale in cui nulla ha più senso. In tale isolamento è la stessa ansia legata alla paura della solitudine a mantenere i comportamenti devianti, che vengono utilizzati compulsivamente come via d'uscita per eliminare l'angoscia esistenziale legata al "non sentirsi appartenenti".

Nel prossimo DSM-V, a tal riguardo, è infatti in valutazione l'inserimento di un disturbo denominato "Hypersexual Disorder".

Il metodo del presente studio trattamentale è impostare un corretto assessment attraverso:

- Colloquio motivazionale, intervista clinica e strumenti di valutazione, questi ultimi utilizzati anche nel corso del trattamento e del follow up. Il soggetto impara ad auto-valutare periodicamente la capacità di gestire l'impulso sessuale.

Il trattamento tende ad una sempre maggiore consapevolezza attraverso:

- Seduta introduttiva di Mindfulness con la pratica esperienziale delle meditazioni;
- Inquadramento generale del programma MBSR;
- protocollo MBSR per il trattamento delle Dipendenze Sessuali;
- lo sviluppo sano del legame tra affettività e sessualità;
- la comprensione delle caratteristiche, dinamiche e conseguenze della dipendenza sessuale.

I partecipanti devono sottoscrivere un apposito consenso informato.

Il trattamento è effettuato attraverso setting terapeutici multipli (individuale, di gruppo, familiare) monitorando di continuo il livello di motivazione. Vengono insegnate strategie psicoeducative comportamentali e cognitive per la gestione del desiderio sessuale.

Risultati attesi. I risultati del trattamento combinato CBT-mindfulness nella sexual addiction saranno monitorati e differenziati in base al tipo di disturbo espresso ed all'intensità dello stesso in quanto è possibile che l'utilizzo della mindfulness risulti più efficace nei casi in cui il disturbo d'ansia iniziale è più marcato. I primi dati sembrano orientare lo studio in tal senso, ma si ritiene che essi siano troppo preliminari per risultare significativi.

Conclusioni. I motivi che hanno indotto all'utilizzo della "CBT di terza generazione" nel trattamento della dipendenza sessuale risiede nel fatto che la mindfulness insegna alla persona a vedere i pensieri e le sensazioni come fenomeni passeggeri, piuttosto che come spinte immodificabili e cambia il modo con cui il soggetto si relaziona con questi processi interiori, piuttosto che combatterli per trasformare la loro natura, ampliando positivamente le basi teoriche della CBT. In relazione alle ricadute, ciò che conta è come ci relazioniamo con il desiderio di riprovarci quando sorge. La mindfulness sostiene che, in realtà, quando si è consapevoli dei pensieri e delle sensazioni di ricaduta, mentre essi sorgono, si è più lontani dalla ricaduta stessa di quando si cerca di negarli. Pertanto, il rationale dell'utilizzo di CBT-mindfulness

è la sinergia positiva che risulta dall'utilizzo concomitante di entrambi i modelli.

¹Kabat-Zinn, J. 1990 "Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness." Delacorte New York

²Skinner, B.F.(1948) "Walden Two." (2005). Hackett Publishing Co., Inc., Indianapolis

³Marlatt, G.A. Gordon, J.R. (1985) "Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours." Guilford Press, New York

LE NUOVE DIPENDENZE: RIFLETTENDO SULLA PREVENZIONE E LA PROMOZIONE DELLE ABILITÀ DI VITA

Dr. Walter De Agostini
Dirigente medico, Dipartimento dipendenze,
ASL della provincia di Como

Le nuove dipendenze, da comportamenti e da sostanze, rappresentano per la psichiatria, la psicopatologia e la medicina delle addictions un'area di studio quanto mai attuale.

Quest'ultima si è venuta ad arricchire, negli ultimi anni, sia di un numero sempre più crescente di ricerche e di osservazioni in ambito clinico, sia di contributi teorici e metodologici di notevole risonanza e dimensione.

Considerate da alcuni autori tra i più significativi disturbi psicopatologici emergenti, in effetti le "dipendenze senza droghe", come del resto i nuovi abusi da sostanze, si situano all'interno di un crocevia in cui i fattori sociali, culturali ed economici interagiscono con aspetti di tipo personologico, psicodinamico, psico-biologico.

Per capire e intervenire adeguatamente oggi è indispensabile una lettura che tenga conto del rapporto problematico esistente tra "mutamento sociale" e "disagio psichico": da un lato il rapido emergere di nuovi modelli culturali, di stili di vita e di consumo e di nuovi bisogni, dall'altro le modificazioni critiche dell'assetto cognitivo e affettivo-emotivo.

Il forte impatto a livello individuale e collettivo dell'insieme di questi cambiamenti, accanto alla velocità progressivamente crescente con la quale essi si vengono a realizzare, richiede uno sforzo adattativo nell'interpretazione sia della diffusione di nuovi comportamenti addittivi sia delle nuove manifestazioni di disturbi psicopatologici già ampiamente note, come quelle dell'area dei disturbi d'ansia e dei disturbi di personalità.

A. Eherenberg a questo proposito scrive: "Le nuove dipendenze, accanto alla depressione, sono innegabilmente i disturbi emblematici della modernità: da una parte l'agire eccessivo del soggetto dipendente, dall'altra l'impossibilità di agire del depresso".

J. Gagnapain sottolinea come "siamo passati da un'epoca caratterizzata dai disturbi dell'inibizione (l'isteria, con la rimozione e la repressione) ad un'epoca, l'odierna, caratterizzata da disturbi dell'eccesso e dell'agire (le dipendenze e i disturbi di personalità)".

Esiste un particolare raccordo interpretativo di tipo psicosociale tra tutte le diverse forme di nuove dipendenze, ma, allo stesso modo, è possibile rilevare, al di là delle differenti caratteristiche di ogni specifica forma di new addiction, una serie di tratti psicopatologici comuni che giustifica una trattazione

unitaria di tutti questi disturbi.

Tali aspetti richiamano la dimensione impulsiva, quella compulsiva, le componenti Alessitimiche, quelle dissociative, gli aspetti anedonici o disedonici, il ruolo del trauma e degli eventi stressanti, il rapporto con i disturbi ipercinetici con deficit dell'attenzione, la comorbilità con i disturbi di personalità e i disturbi depressivi.

Ciascuno di questi ambiti è attualmente oggetto di studio e di approfondimento da parte di numerosi gruppi di ricerca italiani e stranieri, a dimostrazione della necessità di pervenire ad un grado di comprensione psicopatologica e di sistematizzazione diagnostica più precise ed efficaci nel fornire modelli utili per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento farmacologico e psicoterapeutico.

Inoltre non va trascurato che le dipendenze evidenziano non solo disagi e patologie, ma anche bisogni, desideri, speranze, aspettative, ricerca d'identità, di un senso di appartenenza al gruppo; progetti che a volte non trovano strumenti e modalità adeguate per realizzarsi.

È necessario quindi sforzarsi di non vedere in tutte queste varie forme di addiction aspetti unicamente distruttivi, regressivi, disadattativi.

Come afferma J. McDougall, infatti, "(...) le vittime della dipendenza sono impegnate in una immensa sfida alle dipendenze umane universali, compresa l'illusione di ritrovare il paradiso perduto dell'infanzia dove si è liberi dalla responsabilità e il tempo non esiste. Ho apprezzato tutti quei pazienti, vittime di fami e compulsioni di ogni tipo, che ciononostante hanno avuto il coraggio di intraprendere l'avventura psicoterapeutica con i suoi diversi rischi e che hanno scelto di mangiare dall'albero della conoscenza, sapendo che il prezzo da pagare potrebbe essere l'esclusione definitiva dall'illusione del paradiso".

La scritta sull'architrave del tempio di Delfi, "Uomo, conosci te stesso", è la finalità essenziale di ogni persona tesa a ricercare costantemente la propria identità, anche se a volte disfunzionale.

Ma l'identità è strettamente legata al senso di comunità, intesa come villaggio, città, società, al contesto cioè familiare, scolastico, politico, culturale.

Cultura intesa, secondo L. Volpicelli, come "tutto ciò che rimane dopo aver dimenticato ciò che studiamo". La cultura, allora, sarà "oltre lo studio, dunque, non solo nello studio: è un fatto di vita, perciò, non solo di sapere. Lo studio dell'uomo colto non è rimasto allo stato di informazione, di notizie, di saperi particolari. Esso ha agito in lui, ha sedimentato una concezione del mondo, un modo di sentire, di pensare, una capacità autonoma di giudicare e di intendere".

Perciò, per noi operatori, si tratta di trasmettere e potenziare le life skills oltre a valutare attentamente le innumerevoli vulnerabilità alle addictions.

È, in fondo, un processo anche culturale che investe sì gli utenti, con i quali promuovere, prevenire e salvaguardare la salute, intesa non come assenza di malattia ma benessere biologico, psicologico, sociale, ma anche noi stessi, operatori a livello non solo teorico, ma esperienziale, esistenziale, professionale.

Occorre, cioè, saper embricare lo spirito critico con il

pensiero creativo, l'autoconsapevolezza con l'empatia, la comunicazione efficace con il saper stare con gli altri, la decision making con il problem solving, l'assertività con il rispetto altrui, la gestione dell'ansia con quella dello stress, insomma le abilità personali, interpersonali e sociali.

Vale, a questo proposito, una frase di T. Merton: "Non è il fumo che ci riscalda, ma il fuoco, siamo trasportati sull'acqua dal motore dell'imbarcazione, non dalla sua scia. Così quello che dobbiamo cercare nella persona è la profondità dell'essere, non solo il riflesso dei suoi atti".

Il riflesso degli atti è in fondo il comportamento che si può individuare nel contesto, ma la profondità dell'essere è costituita da quelle istanze biologiche, spirituali, psicologiche, relazionali che fanno di una persona un soggetto indivisibile in senso epigenetico, con la continua embricazione tra la natura e l'ambiente, tra il biologico e il culturale.

Nella prospettiva della relazione con gli altri, in senso sia preventivo sia terapeutico, sarebbe un'occasione perduta se non riuscissimo a decodificare e a interpretare le domande nascoste che stanno spesso alla base delle dipendenze patologiche e che sono domande di vita, di piacere, di relazione, di contatto, domande che si infrangono spesso con l'impossibilità di vivere rapporti autentici e profondi.

Donare e restituire alle persone la capacità di sperimentare piacere e gratificazione dalle normali esperienze della vita, e in modo non compulsivo, rappresenta l'obiettivo, semplice e nello stesso tempo ambizioso, difficile ma non impossibile, che deve orientare il percorso preventivo e terapeutico nelle dipendenze patologiche verso la possibilità di coniugare la responsabilità con la libertà, l'autoconsapevolezza con l'empatia, la sfera affettiva con quella cognitiva, l'eticità con le competenze.

Bibliografia

L. Volpicelli, "La cultura", pp 9-11, passim, Torino, 1954 (da A. D'Asia, P. Mazzamuto, "Letteratura italiana-Pagine di documentazione critica", Firenze, 1957, Le Monnier)

G. Mammana, "Il piacere dell'identità-Le radici di un approccio integrato alla tossicomania. Perché ci si ammala di droga e come se ne può guarire", Foggia, 1993, Edizioni scientifiche

V. Caretti, D. La Barbera, "Le dipendenze patologiche, clinica e psicopatologia", Milano, 2005, Raffaello Cortina Editore

P. Marmocchi, C. Dall'Aglio, M. Tannini, "Educare le life skills-Come promuovere le abilità psico-sociali e affettive secondo l'OMS", Gardolo (Trento), 2004, Edizioni Erickson

D. La Barbera-Dipartimento di neuroscienze cliniche, Sezione di psichiatria, Università degli studi di Palermo, "NOOS-Aggiornamenti in psichiatria, prefazione news addictions", pagg. 97-98, Vol. 14. N. 2 maggio-agosto 2008, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore

31

COMPULSION**Servizio ambulatoriale, multimodale di diagnosi e cura dei comportamenti compulsivi e delle nuove forme di dipendenza**Adelmo Fiocchi¹, Roberto Lombardi², Paolo Pianezzola³¹Psicologo, psicoterapeuta, responsabile dell'area clinica per "Atipica" cooperativa sociale onlus,²Psicologo, psicoterapeuta, responsabile del progetto "Compulsión" per "Atipica" cooperativa sociale onlus³Psicologo e psicoterapeuta

Il lavoro presentato attraverso un poster espone, a partire dall'analisi di 104 casi trattati ambulatorialmente presso il Centro Studi e Psicoterapia di "Atipica" cooperativa sociale e di 88 casi trattati in contesto residenziale nella comunità specialistica per pazienti in doppia diagnosi "Villa Gorizia" di Sirtori (LC) l'esperienza che la nostra équipe di lavoro ha maturato negli ultimi 5 anni.

Trattando pazienti con disturbo primario da DUS abbiamo incontrato all'interno di questa casistica, pazienti che presentavano co-occorrenza di Disturbi Compulsivi del Comportamento, quali:

- Gioco d'azzardo patologico (GAP)
- Attività sessuale compulsiva (SA)
- Disturbo del comportamento alimentare (DCA)
- Shopping compulsivo
- Dipendenza da Internet (IAD)

Considerando i dati riportati in letteratura e i bisogni dei nostri pazienti, ci siamo spinti ad ottimizzare il nostro programma di trattamento verso l'approfondimento di queste problematiche, per giungere alla formulazione del progetto "Compulsión" finanziato da Regione Lombardia nell'ambito della sperimentazione delle nuove politiche di Welfare - d.g.r. 4 Aprile 2012 n. IX/3239.

Con il progetto abbiamo operato un rovesciamento del focus dell'intervento fino ad oggi attuato ponendo al centro dell'attenzione clinica i Disturbi Compulsivi, associati o meno a presenza di DUS.

Compulsión si rivolge a:

- Pazienti con comportamenti compulsivi che esitano in Dipendenze Comportamentali
- Pazienti con comportamenti compulsivi in comorbidità con il DUS (cocaina e psicostimolanti, alcol e/o psicofarmaci)
- Familiari di persone con comportamenti compulsivi e DUS

Coerentemente con quanto si evince dalla letteratura, nell'ottica di una clinica evidence-based abbiamo

formulato un programma di intervento specialistico, integrato, multidisciplinare, multimodale e adattato ai bisogni dell'individuo, efficace in termini di riduzione di comportamenti disfunzionali e di aumento di comportamenti adattivi e di coping. Il Programma è articolato a pacchetti di prestazioni, erogabili in serie o in parallelo a partire dalla valutazione di gravità e della compromissione rilevata:

1. Valutazione di I e II livello e intervento motivazionale
2. Consulenza motivazionale e/o strategica e di prevenzione delle ricadute
3. Psicoterapia individuale specialistica
4. Psicoterapia sessuologica
5. Consulenza psichiatrica/neuropsichiatrica
6. Tutoring socio-sanitario
7. Consulenza legale/amministrativa
8. Psicoterapia di coppia
9. Colloqui familiari
10. Psicoterapia familiare
11. Trattamento psicoterapico di gruppo per la prevenzione delle ricadute
12. Trattamento psicoterapico individuale per la prevenzione delle ricadute

Il progetto implementa l'esistente sistema ambulatoriale per la cura e lo studio delle dipendenze patologiche, ed è volto a strutturare un'offerta di cura che si colloca tra il 2° ed il 3° livello di assistenza (*informazione primaria e trattamento*) e presta particolare attenzione alla collaborazione con le strutture specializzate negli interventi di 1° e 4° livello (*assistenza primaria e residenzialità*).

Nella fase sperimentale la valutazione diagnostica, della gravità e della gravosità, interamente a carico dell'équipe del progetto, sarà effettuata secondo una procedura sperimentata dai Servizi pubblici per le Dipendenze (EuropASI, SCL90 e VGF): dopo la fase sperimentale quindi, l'invio del paziente potrebbe avvenire da parte dei SER.D e NOA con una valutazione di base (gravità/gravosità) già effettuata.

Il progetto inoltre recepisce l'indirizzo di Regione Lombardia per una compartecipazione economica del paziente alla cura, recependo i principi del Fattore Famiglia Lombardo, definito dalla L.R. 2/2102, su cui è in corso una sperimentazione in alcuni comuni lombardi.

I pazienti sostengono direttamente, in una logica di sussidiarietà pubblico-privato, il percorso di cura attraverso il pagamento di un contributo forfettario a pacchetto o a ticket per prestazione ad integrazione del voucher della Regione. Riteniamo che tale modalità di compartecipazione faciliti l'accesso delle persone alle cure, garantisca criteri di equità e implementi l'assunzione di responsabilità e il livello di motivazione da parte dei fruitori.

Bibliografia

1. Center for Substance Abuse Treatment. *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 42. DHHS Publication No. (SMA) 05-3922. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2005.
2. Caretti V., La Barbera D. (A cura di), *Le dipendenze patologiche*, Milano, Raffaello Cortina ed., 2000
3. Regione Lombardia, D.G.R. n. IX/3239 del 4 aprile 2012

32

GIOCO D'AZZARDO**E SOLITUDINE ESISTENZIALE****Cred'io ch'ei credette ch'io credesse...**

Anna Paola Lacatena

Dirigente Sociologa c/o Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA - Taranto

Cosimo Buccolieri

Dirigente Medico c/o Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA, Sezione Dipartimentale di Taranto

Vincenzo Simeone

Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche ASL TA - Taranto

Introduzione

Il gioco d'azzardo patologico viene inserito dall'Associazione Psichiatrica Americana tra i disturbi del controllo degli impulsi, evidenziando grande affinità con quello dei disturbi ossessivo compulsivi e con comportamenti di abuso da sostanze, con le quali vi è spesso comorbidità, soprattutto per ciò che attiene al consumo di alcol e cocaina.

Non ci sono in Italia studi sui fattori di rischio di suicidio nei giocatori patologici, nonostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità abbia riconosciuto il suicidio come la più grave emergenza psichiatrica nonché l'area di interesse più importante in ambito di salute pubblica.

È innegabile come lo stress psico-sociale ed economico a cui è sottoposto il giocatore patologico potrebbe indurlo, in alcuni casi, a ideazione suicidaria con veri e propri tentativi.

Secondo il DSM IV, il 20% dei soggetti in trattamento per il GAP ha tentato il suicidio.

Phillips, in uno studio del 1997, ha dimostrato che negli Stati Uniti i tentati suicidi sono in numero maggiore nelle città ove il gioco è più diffuso (Las Vegas e Reno). Lo Stato del Nevada, dunque, dove il gioco d'azzardo è stato legalizzato, è l'area con il maggior tasso.

Sempre secondo uno studio americano, uno scommettitore su cinque tenta almeno una volta di togliersi la vita.

È stato calcolato, inoltre, che il tasso di suicidio nei giocatori d'azzardo patologico in USA oscilla tra il 4 e il 40%. Il numero dei tentativi è maggiore rispetto ad ogni altra dipendenza ed è secondo solo a quello relativo a persone affette da disturbi depressivi e da schizofrenia.

Una suggestione particolare

Il tema dell'agito violento contro la propria vita è stato trattato da molti autori e letterati italiani. E nel XIII Canto dell'*Inferno* dantesco, però, che da quanti hanno avuto «in sé man violenta/e ne' suoi beni» (If XI

40-41), ossia i suicidi e i dissipatori dei propri averi, sembra stagliarsi una suggestione del tutto particolare.

Una violenza mossa contro se stessi, sia pur in forma differente, li accomuna. «[...] Leggi tutto l'abstract». Si tratta, infatti, di violenti contro i propri beni e contro il bene supremo della vita.

Appare davvero curiosa l'affinità di tratti delle due tipologie con i giocatori d'azzardo patologici.

Indubbi dissipatori di patrimoni, essi non di rado attentano alla massima espressione del dono, in un'escalation che può trovare la sua vetta massima con la soppressione della propria vita.

Nell'opera dantesca, l'anima del suicida precipita nel girone dando origine a una «*pianta silvestra*» in un cespuglio spinoso.

I dilapidatori, invece, sono costretti a correre tra gli sterpi, rappresentanti i suicidi, graffiati dalle spine, inseguiti e dilaniati da cagne affamate.

L'accostamento era già stato tentato da Aristotele per il quale la perdita della morale in chiave sociale non poteva che essere foriera di violenza contro la vita, in tutte le sue sfaccettature.

Ben diversi dai prodighi del IV° Cerchio, il cui peccato è di natura quantitativa, gli scialacquatori sono coloro che hanno usato un'insensata e gratuita violenza contro le proprie sostanze. Sembra essere proprio questo l'elemento discriminante: da una parte spendere senza criterio, dall'altra distruggere.

Secondo il Poeta nessuna grandezza d'animo può essere loro attribuita, finendo per guardare inorridito lo strazio a cui quelle «*membra dolenti*» sono sottoposte.

Fuori da ogni compostezza, l'impeto con cui cercando di sfuggire ai loro inseguitori «*nere cagne, bramose e correnti; quei morsi spietati; quelle membra lacerate e disperse: l'urlo disperato di Lano da Siena: or accorri, accorri, morte!*», li consegna ad una descrizione velata di amaro sarcasmo.

Giacomo di S. Andrea, l'altro dissipatore citato da Dante, avrebbe buttato via monete solo per il gusto di passare il tempo, incendiando alcune delle sue case per offrire ai suoi ospiti uno spettacolo inatteso. L'attenzione del Poeta, però, torna ai suicidi, a cui sembra attribuire un interesse precipuo.

Pier della Vigna si erge a protagonista del Canto. La sua storia, esclusivamente udita da Dante e Virgilio esclusi dalla condanna stessa a poterne vedere le fattezze fisiche, emana da un pruno. Ancora più precisamente, egli è il pruno.

Il consigliere di Federico II si mostra da subito sensibile al rispetto e alla pietà attribuita lui soprattutto da Virgilio. Uomo di corte e fine diplomatico, egli prova a spiegare la sua esistenza. Risuona nel suo dire la fiera coscienza di un uomo che si è sentito tradito dalla società in cui ha vissuto proprio per aver mostrato la sua dote migliore «*fede portai al glorioso uffizio*».

Pier della Vigna lascia intendere che il suo non fu un atto disperato dettato dal cedimento morale ma una reazione di disgusto («*per disdegno disgusto*») verso lo squallido spettacolo dell'indegnità morale del suo tempo, da cui aveva pensato di potersi affrancare

con la morte «*credendo col morir fuggire disdegno*». Il suicidio di Pier della Vigna, dunque, sembra delinarsi come la manifestazione estrema della superiorità morale. È il rifiuto di una sorta di patteggiamento con l'umiliazione e con la sopportazione della diffusa bassezza morale.

Il tema della perdita volontaria della vita si amplifica con il secondo suicida citato, in questo caso, però, senza riferimenti precisi.

Non c'è un secondo nome ma un riferimento più generico ad un altro fiorentino e in quegli anni, tanti concittadini del Sommo Poeta si tolsero la vita. Il verso «*lo fei gibetto a me de le mie case*» (m'impiccai nella mia stessa casa) chiude il discorso, richiamando a ciò che Dante rimarca in riferimento al Giudizio Universale, ove questi corpi risulteranno impiccati ognuno al proprio pruno. Non c'è speranza, dunque. Infrangendo l'idea della unità della persona umana voluta da Dio, non solo essi sono privati del corpo e ridotti alla natura vegetale, ma quando tutti gli altri potranno rivestire i loro corpi, suicidi e scialacquatori non potranno beneficiare della ricomposizione del Giudizio.

Essi sono trasformati in piante, forma di vita inferiore, perché hanno rifiutato la loro condizione umana uccidendosi: perciò (per analogia) non sono degni di avere il loro corpo. In più vedranno gli arbusti e il fogliame straziato dalle Arpie, crudeli demoni volanti dal corpo di uccello e dal volto di donna.

Perfino dopo il Giudizio Universale essi saranno i soli a non rientrare nel proprio involucro fisico, ma lo trascineranno e lo appenderanno ai loro rami.

La questione del sangue e delle ferite è solo un accrescimento della pena o semmai va intesa come il fatto che essi, che versarono il proprio sangue, ora lo vedono versato per mano altrui.

Gli scialacquatori, che distrussero le proprie sostanze, invece, (anche qui per analogia) vengono fatti a pezzi da cagne fameliche.

Fino a quando i giocatori d'azzardo patologici e le loro famiglie ma più ancora un'intera società non sarà in grado di guardare a questa malattia come tale, il senso del peccato e della colpa segnerà di influenza culturale e cattolica esistenze già difficili. Il copione della perdita dei propri beni e di quelli della propria famiglia fino al tentativo di sopprimere la propria esistenza come gesto ultimo di ambivalente onnipotenza/impotenza va interrotto proprio provando ad agire sulle percezioni e sul comune e diffuso sentire.

Da una parte, strumenti che vengono venduti a chiunque e nonostante i limiti d'età stabiliti dalla legge, la loro facile reperibilità, la facilità d'uso, l'accettabilità sociale del gioco, il bisogno economico che non trova altre possibilità che la cieca fede nella fortuna in un contesto dove sembra possibile la declinazione del tempo ad esclusivo appannaggio del presente. Dall'altra, il gioco come peccato, colpa, vizio, impulso incontrollabile, bramosia, tutto pur di non parlare di malattia.

Non sarebbe eticamente e moralmente accettabile l'idea di uno Stato che specula sulla possibilità di innescare una patologia, eppure è proprio su questo

che andrebbe effettuata una rivisitazione fenomenologica ed epistemologica.

«*Gioca responsabile*» due parole per alleggerire un'intera coscienza collettiva.

Le indicazioni dell'OMS così come le definizioni del DSM IV non sono state recepite nel nostro Paese. Il business è di fatto troppo redditizio per allontanare 'clienti' con una definizione così forte e temuta quale è 'malattia'.

Di fatto non si tratta di rispondere ad un bisogno ma più semplicemente ad un consumo, a quell'atteggiamento sapientemente coltivato dall'intera cultura dell'infantile pensiero magico. Ossia risolvo tutti i miei problemi attraverso l'intervento delle dea benedetta. Conoscenze psicologiche e cognitive sono chiamate a sostenere un marketing tra i più aggressivi registrati negli ultimi anni. Quasi 30 milioni di euro spesi per promuovere un'attività che è chiamata a portare in cassa almeno 200 volte l'investimento iniziale.

La fiscalità figlia dell'azzardo è tutto ciò che la condotta imbarazzante di questo Paese ha saputo costruire negli ultimi 10 anni, da quando cioè i Monopoli di Stato hanno subito un *restyling* strategico. La possibilità di trovare strumenti e offerte di gioco ovunque, è la sua conseguenza più diretta, così come l'apertura a sempre nuovi investitori provenienti da tutto il mondo, data una regolamentazione eufemisticamente definibile come blanda.

Non più (e ormai da tempo) solo il sabato ma tutti i giorni... fino ad una estrazione ogni cinque minuti.

Non più giochi consumati in gruppo o comunque con altre persone ma solitudini esistenziali rimarcate e potenziate da *videolotteries*, *casinò games* e *poker cash*.

Non solo un grande spicchio di economia controllato dallo Stato ma un'ampia offerta servita alla criminalità attraverso il controllo dei gestori presenti sui singoli territori.

Calano i consumi nella società delle vite che non possiamo più permetterci, ci sarebbe da chiedersi: quali consumi?

Si assiste, di fatto, più che ad una contrazione degli stessi ad uno scivolamento verso consumi vuoti che non rimettono in movimento l'economia, considerato che si sta parlando di introiti che finiscono dalle tasche del cittadino nelle mani di chi non reinveste se non per generare altri consumi a perdere...

NUOVE DIPENDENZE

La prevenzione del gioco d'azzardo all'interno del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'Asl 4 Chiavarese

Dott. Daniele Pavese, *Psicologo Clinico*
Dott. Claudio Queirolo, *Psichiatra*
Dott. Ssa Simona Celle, *Psicologa Clinica*
Dipartimento salute mentale e Dipendenze
Asl 4 Chiavarese

Abstract: Il poster accenna al lavoro di prevenzione rispetto al gioco d'azzardo svolto all'interno del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze dell'Asl 4 Chiavarese.

Il problema legato al proliferare di tali situazioni obbliga i servizi ad una riflessione sulla metodologia e sugli obiettivi della presa in carico e sulle modalità di arginamento di un fenomeno in grande diffusione.

Si passa poi nello specifico ad argomentare il lavoro di prevenzione svolto sul territorio e nelle scuole svolto dal Gruppo Prevenzione del Dipartimento.

Parole chiave: *gioco d'azzardo, prevenzione, nuove dipendenze.*

Il lavoro di prevenzione del nostro Servizio

Il lavoro del nostro Servizio è orientato alla prevenzione del gioco d'azzardo tra i giovani, visto che vi sono molte segnalazioni che arrivano anche rispetto a minori da alcune agenzie del territorio.

Nelle scuole si attuano interventi psicoeducativi con gli alunni delle scuole medie e superiori.

Tale modalità di lavoro ha una tradizione radicata all'interno del servizio.

Dagli sportelli scolastici che prendevano in carico i casi problematici segnalati dalle scuole, si è passati ad un'ottica preventiva basata sull'implicazione soggettiva dei ragazzi attraverso gruppi socio-affettivi.

Spesso nelle scuole medie vi è la presenza di un insegnante, mentre alle superiori si preferisce dar spazio ai soli ragazzi per superare eventuali inibizioni o resistenze e creare un clima maggiormente spontaneo e di condivisione.

In tale contesto circolare si parte da stimoli e situazioni simulate (role-playing) che possano stimolare una condivisione dei vissuti e dei pensieri associati alle situazioni di rischio (l'incontro con le sostanze, il gioco d'azzardo, le condotte devianti proposte dal gruppo dei pari).

Si cerca, in accordo con l'OMS, di implementare le cosiddette abilità sociali. Quelle segnalate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità vengono implementate nell'idea che rinforzando le suddette si

aumenti la possibilità di scegliere in maniera critica e responsabile i comportamenti da mettere in atto in una situazione potenzialmente stressante/rischiosa.

Le Social Skills implicate sono la capacità di leggere dentro se stessi (autocoscienza), capacità di riconoscere le emozioni e quelle degli altri (gestione delle emozioni), capacità di governare le tensioni (gestione dello stress), capacità di analizzare e valutare le situazioni (senso critico), capacità di prendere decisioni (decision making), capacità di risolvere problemi (problem solving), capacità di affrontare in modo flessibile e adattivo situazioni difficili (creatività), capacità di esprimersi in maniera efficace (comunicazione), capacità di comprendere gli altri e di leggerne il vissuto (empatia), inoltre la capacità di discernere tra le emozioni proprie e quelle altrui. (intelligenza emotiva).

Piuttosto che fornire indicazioni proibitive o basate su un terrorismo di tipo informativo, ovvero l'approccio delle compagnie che puntavano all'induzione di uno shock affettivo per disincentivare il comportamento a rischio (guida in stato di ebbrezza, comportamenti sessualmente a rischio, gioco d'azzardo), ci si concentra su ciò che nel qui e ora influenza i comportamenti dei ragazzi. L'accento è posto sugli elementi pregnanti, rilevanti che in un processo di scelta influenzano in maniera incisiva un certo tipo di comportamento.

In una serata in discoteca la gravidanza del costrutto "voler far colpo su una ragazza" è spesso più forte di quello "devo proteggermi, usando il preservativo", oppure "devo essere più brillante, alterandomi con le sostanze". Il campo percettivo, come ben descritto da Kurt Lewin, in determinate situazioni è assorbito da vissuti che hanno a che fare con la necessità di farsi accettare dai pari, essere ammirabile dall'altro sesso, ottimizzare il momento presente a discapito della salute futura.

Tenere conto di tale impostazione significa cercare di cogliere l'incidenza di certi tipi di pensieri, di vissuti, di emozioni e lavorare su queste per aumentare una capacità critica di scelta.

In tal senso l'idea di prevenzione è calata sul linguaggio dei giovani, sull'uso delle risorse linguistiche e delle competenze affettive e tecnologiche dei ragazzi.

Il nostro Dipartimento attraverso il Gruppo Prevenzione, composto da educatori e psicologi, svolge attualmente interventi nelle classi medie e superiori, in particolare lavorando attraverso la media-education, in incontri in cui gli operatori forniscono stimoli tratti dalle pubblicità per problematizzare gli stili di vita indotti e i modelli sociali in cui un ideale viene spesso fornito agganciato ad un certo prodotto.

In tali incontri si creano anche dei contributi critici da parte dei ragazzi, come ad esempio la produzione di spot o di video, attraverso l'uso del telefonino o della videocamera. Rispetto al gioco d'azzardo e ai rischi della dipendenza, si è cercato di problematizzare la cultura dilagante del gioco di massa, decostruendo significati manipolati dalle imprese dell'az-

zardo, quali "gioco responsabile", "sogno", "futuro". Inoltre il focus degli incontri è stato sull'aumento di consapevolezza rispetto ai canali, i codici, la valenza affettiva nella veicolazione di messaggi alterati della rete e della pubblicità, cogliendo i messaggi più o meno subdoli, leggendo la forza suggestiva dei messaggi e dei testimonial scelti; abbiamo creato incontri in cui i ragazzi potessero produrre invece materiali legati alla promozione di stili di vita più consapevoli, in cui ad esempio del gioco in tutte le sue sfaccettature venisse recuperata la parte legata alla condivisione, alla socializzazione, alla crescita personale. Un altro settore di lavoro di prevenzione si è svolto tramite l'Unità Mobile Interattiva, un camper dotato di strumentazioni e postazioni tecnologiche utilizzato dapprima per interventi di riduzione del danno (servizio di etilometri nei luoghi di socializzazione frequentati dai giovani, bar, discoteche, concerti). La funzione del camper è quella di far interloquire tra loro realtà divergenti e di poter raggiungere spazi, luoghi e persone che difficilmente si rivolgerebbero ad un servizio.

Attualmente la finalità interventi vanno più nella direzione dello sviluppo di stili di vita sani, attraverso un lavoro di aggancio di realtà giovanili e di valorizzazione dei punti territoriali che si occupano di giovani (Centri di Aggregazione Giovanile, scuole, parrocchie, piazze, sale prove, Informagiovani). Quest'anno abbiamo svolto degli interventi nei Centri di Aggregazione Giovanile dove gli operatori ci avevano segnalato delle difficoltà tra i giovani rispetto al gioco. Il target dell'intervento sono stati gli operatori in difficoltà e i ragazzi compresi tra un'età di 12 e 18 anni.

Abbiamo lavorato con i ragazzi attraverso la presentazione di stimoli di riflessione quali video pubblicitari, articoli di giornale e giochi di ruolo. Il fine del lavoro è quello di sviluppare un senso critico capace di problematizzare dei comportamenti indotti dal discorso sociale. Nei giochi di ruolo è emerso spesso l'aspetto di sfida e di richiesta di aiuto rivolta ai genitori da parte di questi ragazzi, spesso non riconosciuti e non abbastanza valorizzati.

Il gioco come promessa di soddisfacimento, di guadagno facile e di ambizione ideale ad occupare una posizione di prestigio e di potere secondo i canoni imposti dalla televisione e dai social network rappresenta una deriva culturale, che inizia con la svalorizzazione della scuola, degli insegnanti, delle figure adulte di riferimento.

I rischi della rete, del gioco virtuale, della solitudine imposta da un uso sfrenato di Internet ci hanno portato all'esigenza di studiare, attraverso una ricerca nel Tigullio, la diffusione e le modalità di impiego della rete, con attenzione particolare ai Social Network.

Si è partiti dal dato di fatto che ormai gli adolescenti rappresentano i Nativi Digitali, (nati negli stessi anni della diffusione della rete), con ciò che ne consegue in termini di gusti, abilità, capacità cognitive, rispetto ad una popolazione adulta che si interfaccia spesso per la prima volta come Immigrata Digitale.

L'intervento si è affiancato ad un confronto sulle modalità educative degli operatori dei Centri Giovani, in cui accogliere eventuali difficoltà e l'esigenza di un sapere nuovo di fronte alle sfide imposte dall'attuale modo di configurarsi dell'adolescenza.

Ciò ha portato anche ad una modalità di lavoro orizzontale, tale per cui gli interventi nelle scuole e nei nodi territoriali sono stati affiancati dall'attivazione di processi a lunga durata basati sulla formazione e l'implementazione di peer-educator, ovvero ragazzi delle classi terze di Istituti Superiori che attuano interventi nelle classi di alunni di altre scuole, stimolando processi di crescita e di promozione reciproca.

Bibliografia

- Augé M., I Non Luoghi, Ed Seuil Paris, 1992
 Bastiani L. Et al., L'Italia che gioca. Uno studio su chi gioca per gioco e chi viene "giocato" dal gioco, Istituto di Fisiologia Clinica CNR; ASL TO3 Regione Piemonte, 2010
 Capitanucci D., Gruppi d'Azzardo. Atti del Simposio residenziale per conduttori di gruppi per giocatori d'azzardo e Iro familiari, 2010
 Capitanucci, V. Marino, La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema, Franco Angeli, 2002
 Castorina S., Mendola G., Ammalarsi per gioco. Socialità e paologia nelle sale scommesse, Bonanno, 2011
 Croce e Gioacchino Lavanco, Psicologia delle dipendenze sociali, Mc Graw-Hill 2008
 De Luca R., La terapia di gruppo oltre l'azzardo di stato. Diari da Campoformido, Edizioni Goliardiche, 2011
 Eurispes, L'Italia in gioco, Percorsi e numeri dell'industria della fortuna, Eurilink, 2009
 Fromm E., Fuga dalla libertà, Edizioni di Comunità, 1980
 Huizinga J., Homo ludens, Einaudi, Torino 1982
 Ladouceur et al., Il gioco d'azzardo eccessivo, Centro Scientifico Editore, 2003
 Lavanco G., Loredana Varveri, Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa. Prevenzione, diagnosi, metodi di lavoro nei servizi, Carocci Faber, 2006
 Mazzocchi S., Mi gioco la vita. Mal d'azzardo: storie vere di giocatori estremi, Baldini Castoldi Dalai, 2005
 Orford J., An Unsafe bet? The dangerous rise of gambling and the debate we should be having, Wiley Et Sons, 2010
 Pani R., Le dipendenze senza droghe. Lo shopping compulsivo, Internet e il gioco, Ed. Utet Università, 2006
 Recalcatti M., Cosa resta del padre, Ed. Cortina Raffaello, 2011
 Winnicott D., Gioco e realtà, Armando Editore, Roma, 1981

CLINICA DEL GIOCO D'AZZARDO

Il caso di un giovane ragazzo e la funzione patologica del gioco

Dott. Daniele Pavese, *Psicologo Clinico*
 Dott. Claudio Queirolo, *Psichiatra*
 Dott. Ssa Simona Celle, *Psicologa Clinica*
 Dipartimento salute mentale e Dipendenze
 Asl 4 Chiavarese

A che gioco giochiamo?

Dipendenza da gioco e criteri di riconoscimento

A breve il gioco d'azzardo patologico entrerà nei Lea, i livelli essenziali di assistenza che permetteranno il riconoscimento della problematica da parte del Servizio Sanitario Nazionale e la presa in carico delle persone in difficoltà.

Ad oggi i Centri che si occupano di gioco in Italia sono molto pochi e solo il crescere di un'allarme sociale e la discussione intorno al tema ha aperto uno spazio di confronto.

Cos'è la dipendenza? È un criterio che valuta un comportamento della persona definito dall'eccessivo assorbimento in tutte quelle pratiche legate al programmare l'esperienza di gioco, al pensarci, all'attuarla e al ripeterla di continuo.

Anche qui, come per ciò che concerne le sostanze, il *craving* rappresenta la spinta al consumo di gioco, che spesso ha dei caratteri di perentorietà e irrinunciabilità.

Chi gioca in maniera patologica non riesce a controllarsi, gioca ingenti somme o per rivivere l'esperienza di una vincita importante iniziale o per recuperare le somme spese in precedenza.

In tal senso l'offerta sociale di gioco che sta aumentando esponenzialmente ha un effetto molto forte su persone che per certe caratteristiche sono più vulnerabili e indifese di altre; demograficamente gioca di più chi ha difficoltà economiche e ha un lavoro precario o è disoccupato (la media italiana ad oggi è di 1000 euro pro-capite!).

In queste persone la vincita rappresenta un lenitivo, una cura estemporanea ad una sofferenza che è invece ben più connaturata ad altre aree della propria vita.

La dipendenza dal comportamento di gioco diventa un modo per non pensare alle insoddisfazioni; non è tanto finalizzata alla tendenza e alla volontà di vincita, quanto piuttosto al desiderio di giocare per il gusto stesso del rischio e della fortuna.

Nelle biografie dei giocatori vi è spesso la consapevolezza che il gioco protratto non porti di fatto ad un aumento del proprio capitale, anzi se si lavora sulle motivazioni più profonde spesso emerge un desiderio di perdita, di punizione e di colpa rispetto ad alcune situazioni di vita subite (abbandoni, lutti, separazioni).

Piuttosto che attraversare la difficoltà legata a que-

sti momenti il giocatore mette in atto una serie di strategie atte a recuperare in maniera magica oppure a colpevolizzarsi in maniera autodistruttiva attraverso il gioco e le vincite/perdite che ne conseguono. L'affidarsi all'altro assume per il giocatore la forma di una sottomissione totale ad un Altro che è la macchina nella presunzione di potersene impadronire, di controllarne gli esiti, di modellare le giocate, di prevedere i numeri e le combinazioni; si esce dunque dal rischio, dall'imprevedibile, dalla speranza inuagurati dagli incontri che si fanno con le persone importanti della propria vita e dalle nuove ralizzazioni che si costruiscono per confrontarsi e dedicarsi solo ed esclusivamente al gioco e agli oggetti che lo rappresentano (slot, lotto, sale giochi, gratta e vinci).

Tutto ciò avviene molto spesso in una dimensione di solitudine che ricalca la solitudine che il giocatore crea intorno a sé in famiglia e fuori.

Nella terapia emerge che il bisogno di dipendenza dalle figure genitoriali rimane molto forte, con difficoltà di svincolamento e autonomia, avallate ancora di più dalle difficili condizioni economiche in cui cade il giocatore, che rimanendo senza soldi di fatto non può costruirsi un futuro.

Le figure genitoriali vengono sostituite dalle macchinette e dai vari giochi con cui si ha un rapporto di estrema passività cui si delega il destino della propria esistenza, aspettandolo ed accettandolo in maniera acritica.

Il rapporto ad esempio con la slot machine è molto particolare; diventa una relazione esclusiva, la slot acquista caratteristiche quasi umane ("è la mia...vado sempre da quella...ieri mi ha dato...è la mia nuova compagna di vita" dicono molti giocatori).

In seguito a queste sensazioni di rabbia, connotate anche da sbalzi dell'umore, il giocatore inizia ad entrare in un circolo vizioso composto da menzogna, negazione del problema, accaparramento di risorse economiche (al limite anche con furti o richieste di denaro ad amici e conoscenti).

Ciò potrà portare eventualmente a due tipi di soluzioni; o l'acuirsi delle disgrazie finanziarie e psicologiche porteranno ad un qualche riconoscimento del bisogno d'aiuto o la continua negazione del problema consentirà l'apertura di debiti e finanziarie atte a concedere al giocatore nuova liquidità da impiegare nelle pratiche di gioco.

Spesso comunque le persone in grado di intervenire a questo livello sono gli amici, il partner e i familiari; ad osservarlo bene il giocatore lascia tracce delle sue condotte che paradossalmente rappresentano un modo inconsapevole per farsi scovare e dunque per farsi aiutare.

E come se da solo non riuscisse a fermarsi ma avesse necessità dell'intervento di qualcuno che faccia da argine e limite alla condotta incessante di gioco.

Il caso di Francesco. Il rischio del gioco nei giovani Francesco è un ragazzo di 24 anni. Vive da solo in un paese dell'entroterra ligure, lavora in ditta caldaie. Viene al Centro Specializzato del Gioco d'Azzardo Patologico di sua spontanea volontà, dopo un confronto con la madre. Viene preso in carico per dei colloqui di sostegno e per delle sedute di gruppo e si rie-

sce ad inviare la madre ad un collega per un percorso psicoterapico.

I genitori si sono separati quando Francesco era in piena adolescenza; il padre è un avvocato abiente, trasferito in Svizzera, che ha una nuova compagna medico. La madre vive invece in una città vicina a Francesco con due fratelli minori.

Nella storia biografica di Francesco si rintraccia il rapporto conflittuale col padre, che ha sempre spinto affinché il figlio continuasse a studiare. "Non ci siamo mai trovati su nulla...lui è sempre stato così rigido con me, interessato solo a quello che sarei potuto diventare...".

Francesco di risposta, è sempre stato descritto dagli insegnanti e dai familiari come un "ragazzo ribelle". Anche lui parla di tale aspetto, come unica protesta possibile alle aspettative del padre.

L'insorgenza del problema del gioco d'azzardo (slot machine e gratta e vinci) inizia al ritorno da scuola, i primi anni delle superiori, quando padre e madre hanno deciso di separarsi.

In quel periodo erano pochi i legami esterni alla famiglia; aveva pochi amici e notevoli difficoltà relazionali dovute ad un problema di integrazione col gruppo dei pari.

Francesco ha avuto infatti dei problemi cardiaci e uno sviluppo puberale ritardato, con deficienza dell'ormone della crescita durante l'infanzia che ha comportato notevoli cure presso un ospedale pediatrico.

Tale senso d'inferiorità viene affrontato durante i colloqui e messo in collegamento con le varie forme di aggressività e distruttività in seno alla famiglia e al di fuori.

Negli ultimi mesi ha trovato lavoro col compagno della madre. Il datore di lavoro dà i soldi a questa, che passa a Francesco 100 euro alla settimana. Tale circolo non garantisce comunque Francesco che continua ad avere i benefit della casa pagata dai parenti, di un lavoro assistito e abbastanza garantito e dei soldi si limitati, ma a disposizione per i vizi legati al gioco. Ciò ben caratterizza l'alto grado di invischiamento con la figura materna e le difficoltà di relazione e di separazione.

Lui ha inoltre una pensione di invalidità per un problema cardiaco che trattiene in toto la madre.

Sia economicamente che affettivamente, risulta molto dipendente dalla madre.

La signora appare molto giovanile, si sono fatti fare uno stesso tatuaggio, pare che anche lei in adolescenza fosse molto "alternativa" e provocatoria all'interno della famiglia d'origine.

Francesco ha sempre cercato di separarsi dalla madre ma dice di non riuscirci, anche perché spesso ne parla come di un'amica, o di un modello di femminilità difficilmente eguagliabile dalle sue ex-compagne.

Lei dal canto suo contribuisce a dare dei messaggi contrastanti; da un lato tende ad autonomizzarlo, dall'altro lo vorrebbe in casa con sé, lo invita alle uscite coi suoi amici molto più grandi, lo copre nelle sue "malefatte" (ritiro della patente, risse ecc.). Pare non vi sia un riconoscimento della differenza generazionale e dei ruoli familiari.

Nelle relazioni con le ragazze appare caratterizzato da una dose di "fallimento annunciato", da quando non ha più cercato la ragazza con cui stava perché questa l'ha tradito con un amico della compagnia molto più prestante e sicuro di lui.

Dalla fine di questa storia Francesco ha iniziato a intraprendere delle attività pericolose; si sono ripetuti tuffi dagli scogli, incidente in auto, vi è stato un ritiro della patente per stato di ebrezza, in una situazione in cui ha reagito verbalmente anche alle forze dell'ordine.

Rispetto a ciò Francesco sembra essere stato costretto a costruirsi un sé adrenalinico, una difesa per riuscire a "sentirsi qualcuno", alla ricerca di sensazioni forti ed estreme.

Collega tutto ciò, solo in seguito durante i colloqui, alle difficoltà cardiache e al senso d'inferiorità e al fatto che il padre risulta indifferente a tutti questi appelli, sente il figlio solo saltuariamente e per disprezzare il suo percorso di vita.

La sensazione di essere un reietto si riflette in tutte le poesie e nei testi delle canzoni che scrive; il perdere (soldi tramite il gioco, relazioni, amicizie) rientra in un quadro auto-punitivo; vittima di un ideale troppo alto e di un senso del sé deficitario, il copione ripetuto è quello di confermare questa posizione di esclusione, di rinnegamento e di forte rabbia che grazie al lavoro terapeutico si è trasformata in parte in dolore ed elaborazione dei conflitti e in presa di distanza dalle dinamiche familiari.

Il focus sul gioco in questo caso è configurato come:

- Gioco in risposta a difficoltà di separazione dalla famiglia, legame invischianti con la madre e assenza della figura paterna, con cui giocare la sua ribellione all'interno della famiglia
- Gioco come ricerca eccessiva di limiti (attenzioni, sanzioni, acting out) al di fuori della famiglia
- Gioco come scarica di tensioni, in risposta alle sue carenze fisiche e psicologiche.
- Gioco come lutto non elaborato, assenza di un lavoro sull'accettazione di sé, difficile in un periodo di bombardamento di modelli.
- Gioco come fuga da sé, come antidepressivo, come ricerca immediata di un piacere subito disponibile.

Conclusioni

Si è scelto di raccontare il caso di Francesco, quale situazione di disagio giovanile in cui il gioco come dipendenza svolge numerosi ruoli nelle dinamiche familiari ed intrapsichiche. In tal senso il gioco rappresenta una soluzione alla sofferenza cui la vita espone, ed in particolare un' evasione dai compiti evolutivi e di autonomia che il processo di crescita pone.

Bibliografia

- Augé M., I Non Luoghi, Ed Seuil Paris, 1992
 Bastiani L. Et al., L'Italia che gioca. Uno studio su chi gioca per gioco e chi viene "giocato" dal gioco, Istituto di Fisiologia Clinica CNR; ASL TO3 Regione Piemonte, 2010
 Capitanucci D., Gruppi d'Azzardo. Atti del Simposio residenziale

per conduttori di gruppi per giocatori d'azzardo e Iro familiari, 2010

Capitanucci, V. Marino, La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema, Franco Angeli, 2002

Castorina S., Mendola G., Ammalarsi per gioco. Socialità e patologia nelle sale scommesse, Bonanno, 2011

Croce e Gioacchino Lavanco, Psicologia delle dipendenze sociali, Mc Graw-Hill 2008

De Luca R., La terapia di gruppo oltre l'azzardo di stato. Diari da Campofornido, Edizioni Goliardiche, 2011

Eurispes, L'Italia in gioco, Percorsi e numeri dell'industria della fortuna, Eurilink, 2009

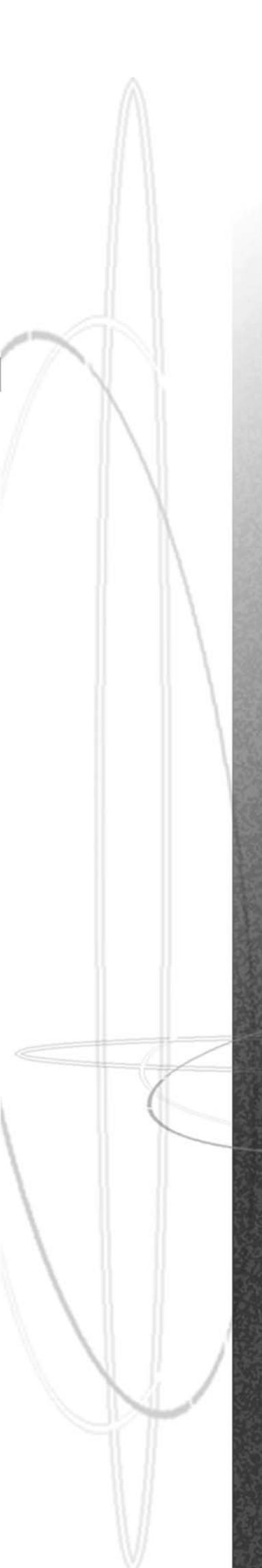
Fromm E., Fuga dalla libertà, Edizioni di Comunità, 1980

Huizinga J., Homo ludens, Einaudi, Torino 1982

Ladouceur et al., Il gioco d'azzardo eccessivo, Centro Scientifico Editore, 2003

Lavanco G., Loredana Varveri, Psicologia del gioco d'azzardo e della scommessa. Prevenzione, diagnosi, metodi di lavoro nei servizi, Carocci Faber, 2006

Mazzocchi S., Mi gioco la vita. Mal d'azzardo: storie vere di giocatori estremi, Baldini Castoldi Dalai, 2005.



FeDerSerD