Intervento Residenziale Breve per il GAP

L'ESPERIENZA DI VILLA SANTA CHIARA IN COLLABORAZIONE CON IL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZA DELL'ULSS 20

Marco Vicentini, *Villa Santa Chiara*

Monica Cavaggioni
Mariagrazia Maestrello, *UOC SerD. Ulss 20*

Sommario

Prospettiva Multifattoriale di Trattamento

- Intervento Ospedaliero/Residenziale
- Approccio Psicofarmacologico
- Approccio Elettro-modulante

La proposta ospedaliera di Villa Santa Chiara

- Processo decisionale dell'intervento terapeutico
- La collaborazione col Servizio Territoriale

Presentazione di casi clinici

- Caso 1 – I. – Quiescenza lavorativa
- Caso 2 – G. – Dipendenza e dipendenze

Modelli di intervento

Un disturbo con tante facce

La storia della definizione del disturbo porta ad evidenziare le molteplici facce di un disturbo articolato, non unitario, che presenta molteplici sotto-categorie di "giocatori":

- Da "**Pathological gambling**" (DSM-3) a "**Gambling disorder**" (DSM-5)
  - Non "**problematic gambling**", per differenziare gli stadi sub-clinici
  - Non "**compulsive gambling**", per differenziare dai disturbi d'ansia

Categoria nosografica

- da "Disturbo del controllo degli impulsi NAS" (DSM-4)
  - not resisting impulses or temptations to engage in an act that is harmful to oneself or others; an increasing sense of tension before the act; and pleasure or liberation while performing the act, with guilt or regret later.
- a "Disturbi da addiction" "non correlati a sostanze"(DSM-5)
  - substantial research has been conducted on the **relationship between gambling and substance use disorders**. Gambling and substance use disorders **share similar presentations of some symptoms**, and the two disorders consistently demonstrate **high rates of comorbidity** in epidemiological as well as clinical samples.
  - Data are emerging that gambling and substance use disorders have **common underlying genetic vulnerabilities**, and both are **associated with similar biological markers and cognitive deficits**.
  - **Effective treatments for gambling have been based on those for substance use disorder**. Gambling disorder also appears to align more closely to substance use disorders than to other psychiatric disorders

Petry, 2014

Un disturbo con tante facce

Il GAP è stato solo recentemente introdotto nella nosografia internazionale come un disturbo specifico da addiction non correlato a sostanze (=comportamentale).

Classificato come “Disturbo da Gioco d’Azzardo” 312.31 (F63.0).

Il fondamentale lavoro di Blaszczynski & Nower (2001) identifica (almeno) tre differenti tipologie di GAP:

- Giocatori con un problema legato al **condizionamento comportamentale**,
- Giocatori con un problema di **vulnerabilità emotiva**,
- Giocatori con problemi di tratti di **impulsività e antisocialità**.

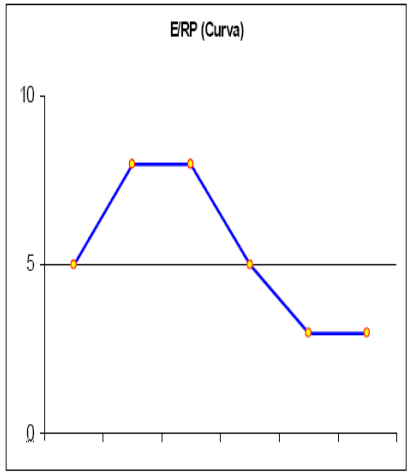
Vi è inoltre una vasta letteratura relativa alla comorbilità con problematiche di tipo psichiatrico (ad es. disturbi di personalità, disturbi dell’umore, ritardo mentale, disturbi psicotici).

Trattamento del GAP

Fin dai primi lavori di Echeburua (1996, 2000), il GAP ha avuto come trattamento primario un intervento di tipo comportamentale basato sulla **esposizione e prevenzione della risposta (RP).**

Echeburua 1996

- Exposure–response prevention is **primarily a behavioral treatment** in which participants are trained to better **manage money**, **avoid gambling situations**, and **remain in the presence of high-risk gambling situations but resist gambling**.
- The cognitive treatment challenged the "**illusion of control**" and other **memory biases**, within a group format to **facilitate communication skills.**



Echeburua 2000

- Treated 69 slot machine gamblers with stimulus control and in vivo exposure followed by response prevention.
- By 12 months post-treatment the rate of relapse for the control group was 47.8%, compared with 17.4% for the individual RP and 22.7% for the group RP conditions.
- Because of the strict **definition of success** (i.e., abstinence or at most one or two episodes of mild gambling), these results may underestimate the effectiveness of the RP procedure.

Pallesen 2005

Trattamento del GAP

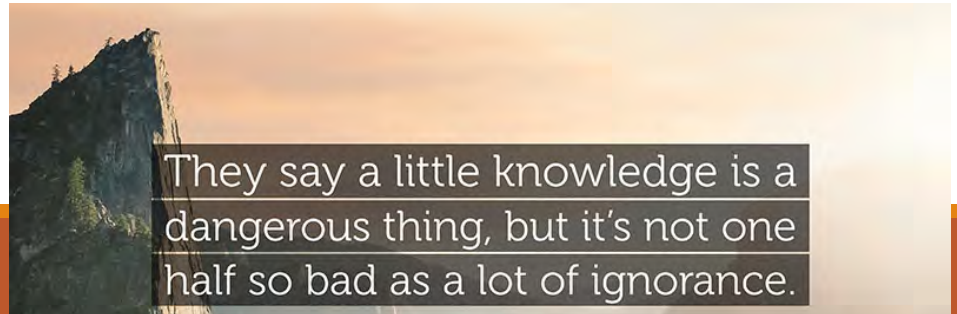
Gli interventi di tipo comportamentali o cognitivo comportamentali hanno **mostrato evidenze di efficacia, pur con molti limiti** (campione, cosa è realmente efficace, comorbilità…). È essenziale arrivare ad una **comprensione più articolata della popolazione clinica**, per identificare i fattori specifici e programmare un intervento dedicato

Toneatto 2003

- "**We must conclude that at present there is very little firm scientific knowledge about what constitutes effective treatment for pathological gambling**."
- Key findings showed that cognitive–behavioral studies received the best empirical support. Although gambling treatment dates several decades, **few empirically supported treatments** for pathological gambling have been developed.
- Future treatment research should also begin to **focus on subtypes of pathological gambling** rather than considering problem gamblers to be a homogeneous population.

Bae 2015

- Although various psychological treatments for PG have become available, including cognitive behavioral therapy (CBT), motivational interviewing therapy, and integrative therapy, among others.
- The only **evidence-based** treatment for PG is CBT (Gooding and Tarrier 2009). Other treatments, brief interventions, motivational enhancement interventions, and the 12-step Gambler Anonymous program have been reported as **effective**.



Trattamento residenziale del GAP

Il modello ambulatoriale (di tipo individuale o gruppale), sia strutturato su di un modello CBT, che su di un modello dei 12 passi, da solo si **mostra fragile di fronte ad una comorbilità psicopatologica o tratti di personalità disfunzionali**.

Perché sia efficace un intervento ambulatoriale sembrano necessari alcuni presupposti

- Necessità di una capacità cognitiva sufficiente (ritardo mentale, patologie psichiatriche gravi, strutture di personalità altamente conflittuali, disturbi spettro schizofrenico);
- assenza di comorbilità con patologie mediche gravi;
- motivazione e consapevolezza del problema;
- assenza di esperienze anteriori di fallimento con altre psicoterapie/ interventi terapeutici

Ibanes 1994; Petri 2015

Numerose ricerche mostrano una alta comorbilità tra GAP e disturbi psichiatrici

- Psychiatric **comorbidity is common** among pathological gamblers and is associated with greater severity of clinical problems. A comorbid **psychiatric disorder was present 62.3% of the gamblers**.
- The most frequent diagnoses were **personality disorders** (42.0%), **alcohol abuse or dependence** (33.3%), and **adjustment disorders** *[depressione reattiva]* (17.4%).
- Gamblers with comorbid psychiatric disorders had gambling scores and psychological scale scores indicating **greater severity of gambling and psychopathology**.

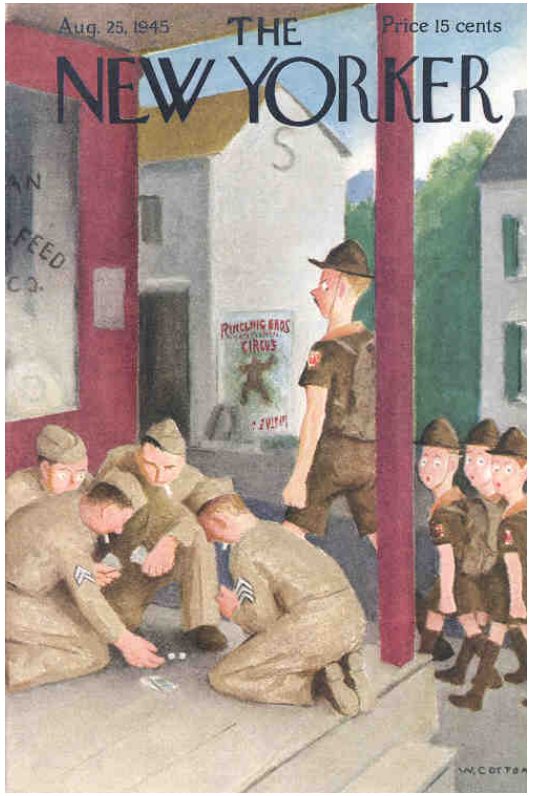
Ibanez 2001

Trattamento residenziale del GAP

Come prevedibile, vi è una **relazione inversa tra la distanza dalle sale di gioco abituali e la attività di gioco** (Young 2012)

Allontanare, almeno temporaneamente, un paziente dalla vicinanza ai luoghi abituali di gioco può permettere di **interrompere un circolo vizioso** compulsivo/impulsivo e fornire uno **spazio fisico e mentale** per elaborare la propria dipendenza.

- **decontestualizare** la persona dall'ambiente nel quale si sono strutturati dei comportamenti autolesivi e ricontestualizzarla in un ambiente umano e geografico di altro tipo, per guidare la trasformazione dell'identità, cercando di iniziare una ristrutturazione dei modelli relazionali e di autopercezione
- **interrompere** i comportamenti compulsivi, non solo simbolicamente ma in maniera concreta (anche privando della possibilità di accesso temporaneo al denaro), di comportamenti coatti e autolesivi
- **contesto** di un piccolo paese con un ambiente tranquillo, con spazi comuni per attività terapeutiche,
- atelier di espressione artistica e corporea, **gruppi** psicoterapeutici, spazi ludici e ricreativi "assistiti"
- il recupero del **gioco creativo**, che non abbia implicazioni di denaro, con un elemento di socializzazione e cooperatività.



Zerbetto 2014

Modelli residenziali

The **Gordon House Association** (GHA), founded in 1971 and was the UK's only specialist and dedicated residential facility.

- The GHA programme is centred round a **nine-month period of residency** followed by support when the gambler moves back into the wider community.
- Progression through the programme has been split into initial assessment and five distinct phases (coping with today, yesterday, change, tomorrow, my own).

On a basic level, the GHA provides:

- A **safe haven** ("a place to hide") at a time when events have reached "rock bottom"
- A **structured programme** that enables the re-establishment of a routine
- A **framework to understand their problem gambling** and why they did it
- **Help** (practical, legal, emotional, etc.) **in facing problems** that have been created by problem gambling

Central to the GHA programme is the communal living experience where **all the resident problem gamblers share the same resolve**.

Griffiths 2001

Modelli residenziali

Residential treatment center in the Western United States (California)

Participants met criteria for pathological gambling (DSM-IV) and received services through a **state-funded treatment program** for gambling disorders.

- This program offered **8 weeks** of residential treatment for those who qualified.
- Treatment consists of **16 weekly hours of gambling-specific programming** and together with their individual counseling and therapy, programming aims to address financial repair, career advising, wellness, and family education.
- Although programming is primarily **cognitive behavioral and group oriented**, therapeutic approaches also include 12-step, as well as Dialectical Behavioral Therapy, Mindfulness Based Relapse Prevention, and Motivational Interviewing.
- If clients sought further treatment services beyond the 8-week period, alternate financial support was found.

Moghaddam 2014

Modelli residenziali

Center of Recovery (Louisiana)

A **36 day residential treatment** program for Disordered Gambling which addresses individual treatment needs by providing

- daily **group therapy** (3-4 hours per day in two groups);
- family therapy, educational components, weekly individual counseling, financial planning, recreational therapy, problem solving, spirituality group process, and 12-step involvement.

- It seems that Residential Treatment, for those able to accomplish it, would have the Advantage.
- It is further indicated that continued involvement in recovery-oriented activity, such as, Aftercare and 12-Step Programs produces sought-after results for all participants.

Middleton 2013

Modelli residenziali

(Germania)

The rehabilitation centers are specialized in the treatment of GD and substance use disorders. There was **no shared treatment manual applied**, similar therapeutic approaches were administered.

The **structure of the therapy** consisted mainly of

- psychotherapeutic intervention with an emphasis on cognitive-behavioral aspects
- additional therapies (e.g. ergo-therapy, sports therapy and physiotherapy, nutrition counselling, social therapy).

Each center worked towards **full abstinence** from gambling participation and therapeutic elements applied were related to **treatment programs for substance-use disorders** (e.g. cognitive restructuring, exposition training, behavior analyses, relapse prevention etc.).

The average duration amounted to M = 76.5 days (SD = 30.6) of inpatient treatment.

Muller 2016

Approccio psicofarmacologico specifico

Accanto a modelli di intervento sistemici, comportamentali e/o di gruppo, fin dal 1998 vari Autori propongono un **intervento psicofarmacologico specifico** per il disturbo.

- SSRI fluvoxamine (Hollande 1998)
- Naltrexone, antagonista degli oppioidi (Crockford & el-Guebaly 1998)

Attualmente **non esiste alcun farmaco formalmente approvato** come intervento per questo disturbo.

Grant 2012

Approccio psicofarmacologico specifico

In recenti meta-analisi Grant (2006, 2010) e Leeman (2011) identificano un modello di approccio farmacologico al disturbo:

- Results of studies of 3 types of pharmacological agents used to treat this disorder: **serotonin reuptake inhibitors, opioid antagonists, and mood stabilizers**.
- Subtyping pathological gambling based on clinical similarities to other disorders, existence of co-occurring conditions (eg, bipolar disorder), or features of the behavior (eg, cravings), may be useful in deciding treatment interventionsour understanding of efficacious and well-tolerated pharmacotherapies for pathological gambling lags significantly behind our understanding of treatment for other major neuropsychiatric disorders.
- Emerging data from controlled clinical trials, however, suggest **that pathological gamblers frequently respond to pharmacological intervention**.
- Memantine, an N-methyl D-aspartate receptor antagonist, appears to reduce **glutamate** excitability and improve impulsive decision making, suggesting it may help individuals with PG. These findings suggest that pharmacological manipulation of the glutamate system may target both gambling and cognitive deficits in PG
- While the positive findings support serotonin's role in PG, the mixed findings suggest that individual differences contribute to the variability in efficacy of SSRIs in the treatment of PG

A Suggested Diagnostic and Treatment Approach

Screen all patients for pathological gambling. For those who screen positive, perform the following diagnostic assessment.

1	If the person is reporting urges or cravings to gamble, consider a trial of an opioid antagonist.
2	If the person is having a co-occurring substance use disorder, consider a trial of an opioid antagonist.
3	If the person gambles because of depression or anxiety, or has co-occurring depressive or anxiety symptoms, consider an SRI trial.
4	If the person gambles when hypomanic or manic or has symptoms of subsyndromal (hypo)mania, consider a trial of lithium.
5	Always consider cognitive-behavioral therapy alone or in addition to medication.

Grant 2012

Approccio Psicofarmacologico Integrato

Secondo Hodgins (2005) i Disturbi dell'Umore e da Dipendenza di sostanze sono tra i disturbi in più alta comorbilità con il GAP:

- **Lifetime mood disorders** were identified in 61% of participants; and 73% and 48% had lifetime **alcohol use and drug use disorders**, respectively.
- **Current mood disorders** were found for 20% and 7% had a current alcohol disorder and 7% a current drug use disorder.
- In contrast to substance use disorders, **mood disorders were not more likely to either precede or follow the gambling disorders**.
- The mean age of onset was **in the early 30s** for both disorders, which is consistent with there being **a shared etiology** for the two disorders.

There are **two subtypes of gamblers**

- **those who gamble to modulate moods** (i.e., mood disorder exists prior to gambling disorder)
- **those who become depressed in response to the negative consequences** of a gambling disorder.

Approccio Psicofarmacologico Integrato

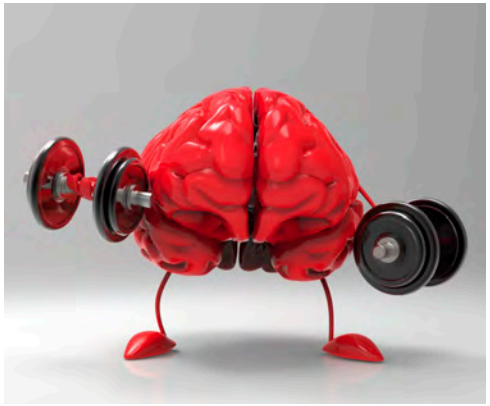
In letteratura **non** vi è un consenso sulla relazione tra **GAP e sintomi depressivi** (*di personalità? solitudine esistenziale in primis ?*). Un approccio clinico evidenzia la necessità di un intervento specifico su **entrambi** i disturbi.

- Previous research has suggested several possible relationships between gambling problems and depressive symptoms.
  - For example, **mood symptoms may be a precipitating risk factor** for gambling disorders predating gambling behaviors which are subsequently used to alleviate depressive mood states.
  - A second theory postulates that **gambling behavior and its consequences result in depressive symptom**. Moreover, the shame and guilt the gambler may feel as a result of his/her behavior can contribute to depressive symptoms.
- We speculate that reductions in depression symptoms may be related to feelings of self-efficacy, environmental containment/stabilization, and therapeutic effects of treatment.
- These results help to illuminate the role of significant processes in residential treatment, including initial stabilization, insight, self-efficacy, and termination.

Moghaddam 2014

Stimolazione cerebrale

Le tecniche di **stimolazione cerebrale non invasiva** hanno lo scopo di modulare l'attività neuronale; esse **sembrano far diminuire il "desiderio irresistibile"** (craving) nella dipendenza da sostanze (droghe e cibo).

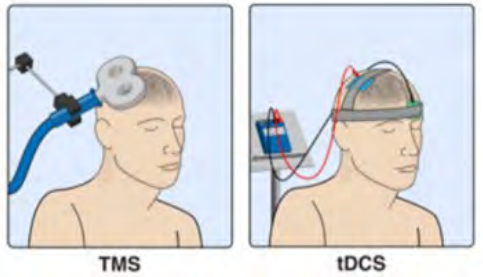


Le tecniche di neuro-stimolazione prese in considerazione sono state la

- **stimolazione magnetica transcranica ripetitiva (rTMS)**, che impiega un impulso magnetico focalizzato in una porzione limitata di spazio, somministrato attraverso una bobina di stimolazione,
- **stimolazione transcranica a corrente continua (tDCS)**, che consiste nell'applicazione di corrente continua a bassa intensità.

Jansen et al. (2013) hanno identificato 17 studi che hanno valutato la stimolazione della corteccia prefrontale dorsolaterale (DLPFC), un'area della corteccia cerebrale importante per **l'autocontrollo e per il craving** (alcol, nicotina, cannabis e cibi appetitosi).

- I ricercatori non hanno riscontrato differenze significative tra le due tecniche che hanno un effetto di riduzione del craving.
- Non sono emerse differenze tra l'effetto sulle diverse sostanze d'abuso, e tra droghe e cibo.

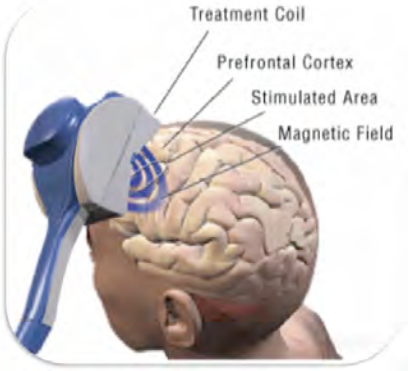


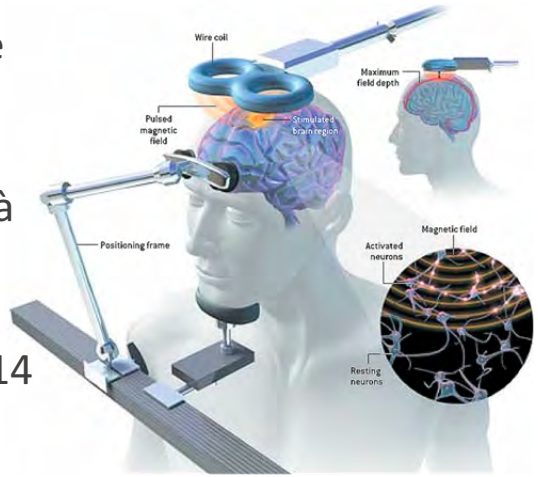
Vi sono prove evidenti che la neuro-stimolazione non invasiva della DLPFC diminuisce i livelli di craving nella dipendenza da sostanze.

Stimolazione cerebrale

- La rTMS è un trattamento per il **disturbo depressivo maggiore** e il disturbo da dipendenza (soprattutto nel craving) per cocaina, alcol, fumo, gioco d'azzardo patologico in cui i farmaci e altre terapie sono risultati inefficaci. Altre patologie sono in fase di studio, come tinnito/acufeni, ictus, dolore cronico.
- A differenza dei farmaci la rTMS agisce modulando direttamente le aree del cervello alterate dalla patologia, con l'obbiettivo di riportarle gradualmente agli standard prepatologia.
- La rTMS utilizza impulsi elettromagnetici concentrati sull'area cerebrale di interesse, applicati con modalità (frequenza, durata del trattamento) specifiche per ogni condizione patologica.

Sauvaget 2014





Stimolazione cerebrale

La tDCS consiste nell'applicazione sullo scalpo di elettrodi eroganti una corrente continua di bassa intensità in grado di attraversare lo scalpo e influenzare le funzioni neuronali.

Fecteau 2007

- Cathodal tCDS, an **important decrease in risk taking** was observed. Also, the induced cautious **decision-making behavior** was observed only when activity of both DLPFCs was modulated.
- The ability to modify risk-taking behavior may be translated into therapeutic interventions for disorders such as drug abuse, overeating, or pathological gambling.

Boggio 2010

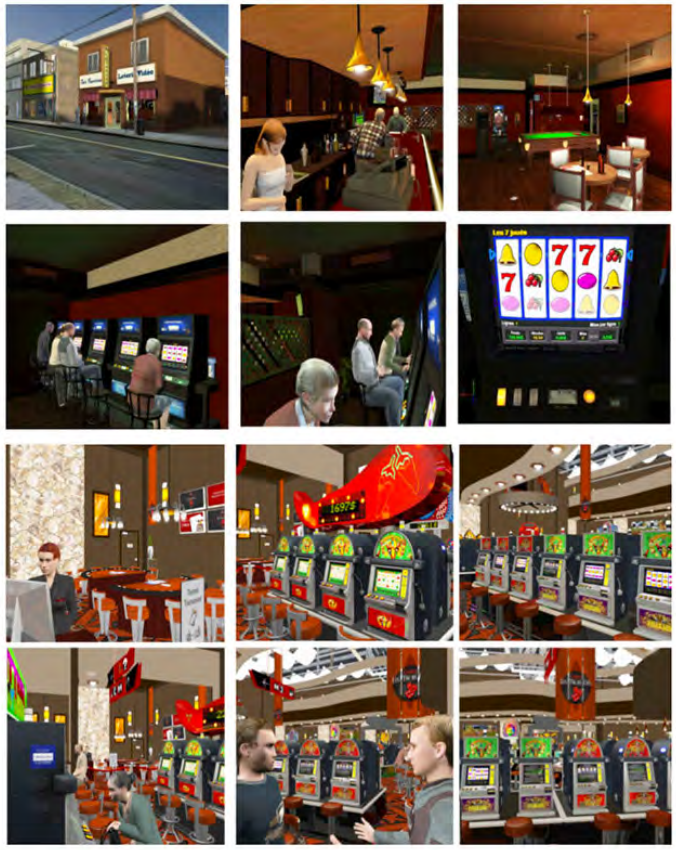
- Non-invasive brain stimulation can improve **decision-making** in participants. tDCS can change balance of risky and safe responses.

Approccio naturalistico in VR

All'interno dei modelli CBT basati sulla RP si propongono abitualmente approcci basati sulla esposizione in vivo e in immaginazione. Recenti proposte introducono anche l'utilizzo della **Realtà Virtuale con ambienti dedicati**, come compromesso "ottimale" tra i benefici di entrambi le procedure.

- Bouchard (2014) all'interno di un programma residenziale di 28 giorni introduce l'utilizzo della RV per gestire le situazioni di alto rischio e i pensieri disfunzionali, con risultati superiori agli esercizi di esposizione in immaginazione.
- I risultati mostrano una riduzione significativa nel fattore "urgenza" a giocare, forse sulla base di un approccio cognitivo ed emotivo che segue una logica "emotiva" anziché "fredda" che più facilmente generalizza alla vita reale.
- I terapeuti decidono di discutere sulle situazioni ad alto rischio e trovare modalità per ridurre la percezione di craving.
- I pensieri disfunzionali vengono discussi nelle categoria dei (a) fattori di mantenimento del gioco (b) la percezione di controllo sul comportamento di gioco.

Bouchar 2014



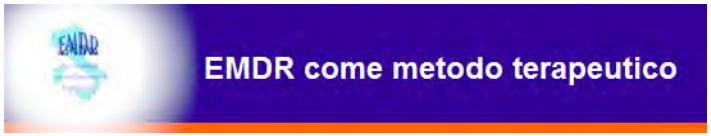
Approccio DeTUR (ex-EMDR)

Vi sono alcune proposte recenti di **protocolli specifici basati sull'EMDR specifici per il trattamento delle dipendenze**. In questi protocolli anziché focalizzarsi sul "trauma" come evento attivante, si focalizza il trattamento sul ricordo del primo momento / momento di "innamoramento" positivo rispetto all'insorgere della dipendenza.

- L'obiettivo del protocollo non si focalizza sull'astinenza ma sul "controllo dell'urgenza" rispetto al comportamento target
- L'obiettivo terapeutico vuole essere un comportamento "adattivo" e controllato di gioco

Bae 2015

- **Desensitization of triggers and urge reprocessing (DeTUR)**, as a promising adjunctive therapy in addition to comprehensive treatment package for pathological gambling.
- As in exposure therapy, a hierarchy of triggers is first constructed with the client, and from the lowest urge to the highest, each trigger is desensitized until the urge becomes zero. DeTUR differs from exposure therapy in that it does not repeatedly focus on the cue but rather moves with the client's spontaneous free associations, and uses BLS as part of the process.
- Unlike other therapies that focus on cognition and emotion, it deals only with the level of urge (LOU) and body sensationsIn a study of treatment-seeking pathological gamblers, about one-third were diagnosed with PTSD, which was linked to gambling severity.



Il ricovero a Villa Santa Chiara

Ricovero ospedaliero @VSC

Abbiamo strutturato un trattamento specifico in contesto di ricovero che si muove su un **livello specifico** e uno **integrato**:

- Al paziente con diagnosi primaria di Disturbo da Gioco d'Azzardo (GAP) si offre un **intervento mirato breve e intensivo** (per una durata media di circa una **3-4 settimane**, come da DRG 428 Regione Veneto), contraddistinto da:
  - una valutazione psicodiagnostica approfondita,
  - una impostazione di eventuale terapia psicofarmacologica,
  - un intervento psicoterapeutico individuale e/o gruppale dedicato.
- Al paziente con altra diagnosi psichiatrica primaria (es. disturbo dell'umore o di ansia, disturbo di personalità, altre dipendenze) e con **GAP in comorbidità** viene offerta una proposta integrata con elementi di intervento biologico, psicoterapeutico e psicoeducativo specifico per il GAP (per un periodo di ricovero fino a 60 giorni circa).

Ricovero ospedaliero @VSC

La peculiarità di un intervento globale di tipo ospedaliero permette di offrire al paziente

- un ambiente protetto distinto dal contesto abituale di dipendenza,
- un servizio terapeutico e riabilitativo integrato,
- una equipe multidisciplinare composta da medici **psichiatri** e specialisti, **psicologi** psicoterapeuti, **educatori**, personale **infermieristico**, **educatori**, OSS e **personale di segreteria** specificamente formati per il trattamento del disturbo e della sintomatologia concomitante.

Modello di intervento

Valutazione psicodiagnostica specifica e generale

Intervento

- Intervento psicologico
  - Motivazionale e Psicoeducazione sul GAP
  - Psicoterapia CBT (+VR) specifica
  - Psicoterapia per il trattamento sintomatologico e personologico
- Trattamento di elettromodulazione
- Trattamento psicofarmacologico
- Trattamento di gruppo
  - mindfulness, gruppi espressive, occupazionali e ludici

Strutturazione di una rete con il servizio territoriale e altre realtà presenti sul territorio

Valutazione psicopatologica

Prima di porre in essere un trattamento specifico, è imprescindibile **una fase di assessment psicopatologico e psichiatrico approfondito**, per identificare le caratteristiche salienti della tipologia di giocatore e la presenza di eventuali comorbilità.

Il Medico Psichiatra e l'equipe psicologica pongono in essere un percorso di approfondimento clinico, utilizzando anche una batteria di strumenti standardizzati per la valutazione di:

- gravità del disturbo da gioco d'azzardo (South Oaks Gambling Screen SOGS, Gambling Attitudes and Beliefs Survey GABS-23, Test di Beaudoin e Cox),
- disturbi di personalità (Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI-2-RF, Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI-III, Symptom Checklist SCL-90-R),

E inoltre, laddove sia necessario approfondire:

- abilità di coping (Coping Orientation to Problems – COPE-NVI),
- tratti di impulsività (Barratt Impulsiveness Scale – BIS-11),
- capacità cognitive (Wechsler Adult Intelligence Scale – WAIS-IV).

Approccio psicoterapeutico cognitivo comportamentale

- L'utilizzo della **ristrutturazione cognitiva** per i disturbi d'azzardo riflette la convinzione che correggendo modelli di pensiero distorti, sia possibile modificare i pensieri e gli atteggiamenti anche emotivi nei riguardi del gioco e delle aspettative di vincita e perdita.
  - Presuppone un lavoro basato sulla consapevolezza del giocatore di specifici pensieri legati al gioco irrealistici o eccessivi, per facilitare il raggiungimento di decisioni e scelte migliori.
- Lo sviluppo delle **capacità di Problem Solving** può sostenere il singolo nell'affrontare gli impulsi a giocare in maniera eccessiva, a percepire un maggior controllo sulle situazioni di rischio e sulle conseguenze del gioco.
  - Le strategie di risoluzione dei problemi permetto di affrontare situazioni di emergenza, decidendo in anticipo se e quanto denaro utilizzare nel gioco, affrontare difficoltà con i membri della propria famiglia, e trovare soluzioni adeguate per affrontare i debiti e i finanziamenti dovuti al gioco.
- L'utilizzo della **Realtà Virtuale** permette di approfondire le **variabili situazionali e ambientali** entro cui si è instaurata la dipendenza patologica, definendo i rituali comportamentali che accompagnano il disturbo.
  - Tramite la stimolazione immaginativa si identificano pattern specifici relativi alla dipendenza e ai rituali comportamentali, e desensibilizzare pattern abitudinali acquisiti.
  - Tramite opportune simulazioni statistiche, è possibile presentare al paziente un modello visivo capace di mettere in discussione le credenze disfunzionali legate al gioco e alle probabilità di vincita.
- Una vasta gamma di **abilità sociali e personali** che possono essere di beneficio per la ripresa della vita di un giocatore.
  - Tra queste vi sono sicuramente le capacità di comunicazione, di assertività, le capacità di ragionamento matematico, le capacità di asserzione negativa, così come le capacità di gestione delle situazioni di stress, rabbia e ansietà.

Intervento motivazionale e cognitivo

I pazienti ricoverati partecipano con cadenza almeno bisettimanale ad un percorso psicoterapeutico individuale volto ad approfondire le seguenti aree tematiche (Bellio, Fiorin, Giacomazzi, 2011):

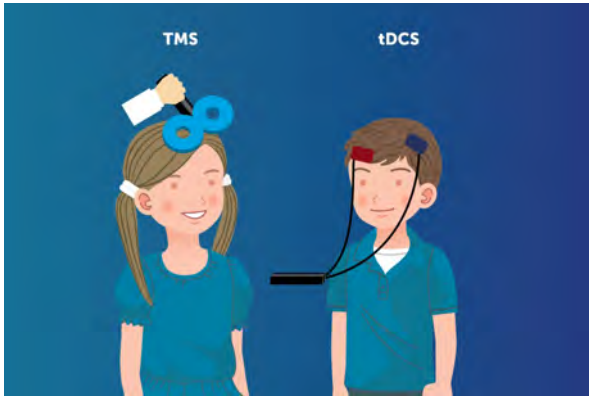
- Definizione dettaglia del comportamento di gioco d'azzardo secondo un modello CBT
- Identificazione dello stadio motivazionale e identificazione delle resistenze al cambiamento
- Presentazione delle fasi tipiche del disturbo e delle conseguenze
- Identificazione dei fattori scatenanti e delle conseguenze del comportamento di gioco d'azzardo (economiche, psicologiche, familiari, lavorative e sociali)
- Identificazione delle distorsioni cognitive tipiche del gioco d'azzardo (ad es. credenze di controllo, probabilità e vincita, serie temporali)
- Identificazione dei fattori antecedenti al craving, e progettazione di alternative
- Il valore e la gestione del denaro
- La gestione del tempo libero e delle relazioni sociali
- Conseguenze legali, sociali ed economiche e strategie di uscita
- La prevenzione delle ricadute

Interventi non farmacologici per la gestione del craving

La tDCS (transcranial Direct Current Stimulation) e la rTMS (Repetitive transcranial magnetic stimulation) sono due metodiche di stimolazione cerebrale non invasive capaci di indurre cambiamenti funzionali nella corteccia cerebrale (Priori, 1998; 2003).

Recenti studi (Fecteau, 2007; Boggio 2010) **mostrano una efficacia delle pratiche di neuromodulazione nell'attivare i processi decisionali in giocatori d'azzardo patologici**, riducendo i comportamenti impulsivi e favorendo l'attivazione di processi meta-cognitivi.

- L'uso della tDCS aumenta gli effetti della riabilitazione comportamentale nel produrre risultati a lungo termine.
- La rTMS sembra essere efficace nella riduzione dei fenomeni tipicamente legati al craving.



Collaborazione con gli Operatori del Servizio territoriale

È fondamentale il **lavoro sinergico con gli Operatori del Servizio** Territoriale in ogni fase della degenza.

Si è attivata una interfaccia di comunicazione diretta con gli Operatori

- durante il ricovero per monitorare l'evoluzione del trattamento
- interfacciarsi con l'intervento svolto dagli operatori con i familiari del paziente,
- in fase di dimissioni per inviare il paziente a mantenere il contatto con il servizio di competenza.

Si sono attivati sia incontri di persona che telefonici con gli operatori, che **incontri "a tre"** tra personale di Villa Santa Chiara, personale del Servizio Territoriale e il paziente in carico.

Esperienze cliniche

A CURA DEGLI EDUCATORI PROFESSIONALI:

MARIAGRAZIA MAESTRELLO

MONICA CAVAGGIONI

UOC SER.D. ULSS 20

Grazie

A tutti i colleghi di Villa Santa Chiara

- Medici, psicologi, educatori, infermieri, operatori, amministrativi …

A tutti i colleghi del Servizio delle Dipendenze dell'Ulss 20 di Verona

- Medici, psicologi, educatori, assistenti sociali, amministrativi …