

COSTRUTTIVISMI, 11: 1-13, 2024
Copyright © AIPPC
ISSN: 2465-2083
[https://doi.org/
10.23826/2024.01.001.013](https://doi.org/10.23826/2024.01.001.013)



Disturbo da Gioco d’Azzardo (DGA). Una prospettiva costruttivista per la presa in carico e il trattamento

*Gambling Disorder:
A Constructivist View for Admission and Treatment*

Luca Rossi

SC Psicologia AF Dipendenze ASL TO3, Docente Scuole di Psicoterapia Cognitiva Costruttiviste di Torino,
Docente Iusto ed Unito

Sabrina Rizzo, Eleonora Carlino

Psicoterapeute in formazione

RIASSUNTO

Il Disturbo da Gioco d’Azzardo è entrato a far parte della categoria nosografica “Disturbi non correlati a sostanze” nella quinta versione del DSM (APA, 2013). Il cambiamento nel suo inquadramento nosografico riflette un dibattito ancora in divenire su questa patologia dalla forte componente sociale, che continua a evolversi parallelamente alla società. La riflessione clinica sull’argomento, legata a una letteratura relativamente giovane, ha dunque ampio margine di crescita. Nel presente lavoro gli autori si propongono di illustrare le linee guida italiane per le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti con diagnosi di Disturbo da Gioco d’azzardo, e di introdurre le buone prassi nel trattamento in un’ottica cognitivo-costruttivista. In tal senso verranno illustrate le fasi di un possibile percorso terapeutico in cui, a partire dalle risorse soggettive e attraverso l’uso della relazione terapeutica, a seguito di una riformulazione del sintomo, si lavorerà principalmente sui meccanismi di consapevolezza, sui costrutti di identità e di valore personale e sulle competenze sociali del paziente, al fine di trovare nuove strategie di gestione delle difficoltà e di migliorarne la qualità della vita.

Parole chiave: disturbo da gioco d’azzardo; disturbi da addiction, linee guida, psicopatologia, consapevolezza, psicoterapia cognitiva

ABSTRACT

Gambling Disorder has entered the nosographic category of “Non-Substance-Related Disorders” in the fifth version of DSM (APA, 2013). The change that affected his nosographic picture reflects a process that is still underway about this pathology which keeps changing as the society does. Clinical reflection on this topic, that is linked to a young

literature, could still be growing. In the present work, the authors present the Italian guidelines on management, prevention and treatment of patients affected by Gambling Disorder, and the good therapeutic practice according to a cognitivist-constructivist approach. In this regard it will be illustrated the phases of a possible therapeutic path whose focuses are the identity and self-worth constructs, the patients' awareness and social skills, with the aim of finding new coping strategies and of improving the subjective quality of life.

Keywords: gambling disorder, addictive disorders, guidelines, psychopathology, awareness, cognitive psychotherapy

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è stato negli anni oggetto di numerosi cambi di definizione e prospettiva, a testimonianza della sua complessità intrinseca sia dal punto di vista eziologico sia della sua capacità di incidere simultaneamente su molteplici dimensioni di vita dei pazienti che ne sono affetti. Il DGA sembra essere associato a svariati meccanismi psicologici, cognitivi e neurobiologici individuali, che nel loro combinarsi conducono a situazioni cliniche molto diverse tra loro. Per tale ragione nel suo trattamento può rivelarsi utile accostare pratiche cliniche standardizzate, come quelle suggerite dalle Linee Guida Italiane, ad approcci terapeutici capaci di portare alla luce i significati e le funzioni uniche che il comportamento problematico manifesto riveste nella vita del paziente.

Nel presente lavoro verranno illustrate le più recenti linee guida italiane atte a garantire le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo, promosse dal Ministero della Salute e rivolte agli operatori del settore da utilizzare come canovaccio per la costruzione di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali. In seguito, verrà riportata sinteticamente l'integrazione tra le linee guida internazionali per il trattamento del DGA ed una prospettiva di stampo cognitivo costruttivista.

Tale esperienza ha preso progressivamente forma nel contesto di un Servizio per le Dipendenze appartenente ad una ASL del Piemonte che si occupa della presa in carico di questa categoria di pazienti da più di 15 anni. Evolutasi a partire da un'iniziale scarsa letteratura scientifica, ha raggiunto negli anni buoni risultati dal punto di vista clinico, verificati tramite interviste e valutazioni di pazienti dimessi e successivamente ricontattati, rivelandosi dunque verosimilmente efficace.

Nella seconda parte di questo lavoro verrà dettagliato, in contingenza alle esigenze di sintesi, la strutturazione dell'intervento con il paziente con Disturbo da Gioco d'Azzardo, dall'accoglienza alla conclusione del trattamento. Il presente studio non pretende di esaurire la riflessione sull'argomento, ma al contrario si propone di introdurre una prospettiva teorica cognitivo-costruttivista applicata al trattamento delle dipendenze comportamentali, e nello specifico del Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Definizione ed evoluzione del DGA

Nell'attuale versione della Classificazione internazionale delle malattie (ICD-11) redatta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2019 il Disturbo da Gioco d'azzardo è definito come un modello di comportamento di gioco persistente o ricorrente, che può essere online o offline, le cui caratteristiche sono: controllo ridotto sul gioco, crescente priorità data

al gioco rispetto agli altri interessi della vita e alle attività quotidiane, perseverazione o escalation del gioco nonostante il verificarsi di conseguenze negative. Per essere diagnosticato, il disturbo deve inoltre comportare all'individuo un disagio o compromissione significativi a livello personale, familiare, sociale, lavorativo o di altre aree importanti e perdurare per almeno 12 mesi. Il DGA è stato riconosciuto come condizione morbosa dall'OMS ed inserito nel DSM per la prima volta nel 1980 (APA, 1980) tra i "Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove". L'analisi clinica inerente al disturbo enfatizzava maggiormente l'aspetto di incapacità del giocatore a controllare la spinta al gioco e la mancata considerazione delle conseguenze negative di quest'ultimo. Successivamente, il DSM-III-R (APA, 1987) e il DSM-IV (APA, 1994) e IV-TR (APA, 2000), hanno introdotto tra i criteri diagnostici alcune caratteristiche cliniche condivise con i disturbi da uso di sostanze come la preoccupazione, l'astinenza, la tolleranza e gli sforzi ripetuti per smettere o ridurre il gioco patologico. Tale cambiamento di prospettiva si è definitivamente strutturato nel DSM 5 (APA, 2013), all'interno del quale la denominazione di "Gioco d'Azzardo Patologico" fino ad allora in uso è stata variata in "Disturbo da Gioco d'Azzardo" ed il suo inquadramento nosografico è rientrato nell'ambito delle "Dipendenze comportamentali", introducendo la specificazione del grado di severità del disturbo (lieve, moderato, grave).

Le linee guida italiane

Secondo i dati emersi dall'Osservatorio Gioco d'Azzardo 2021 (testo disponibile al sito: <https://www.nomisma.it/gioco-dazzardo-in-italia-osservatorio-nomisma/> 14/09/22) il volume complessivo di gioco nel 2020 ha raggiunto gli 88,38 miliardi di euro, con un netto aumento della quota attribuibile ai giochi a distanza rispetto alla rete fisica. All'interno della popolazione over 65, il 25% ha giocato d'azzardo almeno una volta nel 2020. Questo dato, nella fascia 14-19 anni sale al 42%, con ripercussioni negative sulla sfera socio-emotiva e relazionale (ansia, agitazione, difficoltà relazionali con amici e familiari) nel 9% degli adolescenti giocatori. Secondo lo studio di Nomisma (Nomisma, 2021), inoltre, il gioco d'azzardo online risulta caratteristica peculiare della popolazione giovanile.

Nel Luglio 2021 sono state aggiornate le linee guida italiane inerenti gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione di individui con diagnosi di DGA (Decreto del Ministero della Salute n.136, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 16 Luglio 2021). Il documento dedica largo spazio ad azioni preventive attuabili a livello territoriale e alla definizione delle modalità di accoglienza del paziente, dell'assessment e dell'inquadramento nosografico, seguito dalla definizione del progetto terapeutico in un setting ambulatoriale, semi-residenziale o residenziale (PDTA).

La fase di accoglienza, finalizzata all'analisi della domanda del paziente e dei suoi familiari, si pone inoltre l'obiettivo di informare gli stessi sulle specificità del percorso terapeutico, impostando le basi per la successiva compliance terapeutica.

L'assessment, considerato come tracciato per la pianificazione del trattamento e punto di riferimento per il suo monitoraggio, prevede un approccio multidimensionale e integrato capace di cogliere la complessità del DGA.

Necessaria risulta l'individuazione del livello di gravità della patologia e l'esistenza di eventuali comorbidità. Come evidenziato dallo studio di M. Riglietta (2020), infatti, sovente il DGA si presenta in comorbidità con Disturbi da Uso di Sostanze, Disturbi di personalità, Disturbi

dell'Umore e Disturbi d'Ansia. Infine i dati raccolti saranno condivisi con il giocatore ed eventualmente con i suoi familiari in un colloquio di restituzione dedicato. Risulta prezioso, inoltre, avvalersi di test quali il *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) e il *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measures* (Core-Om) che assieme al DSM 5 avvalorano ed oggettivano la diagnosi.

Conclusa questa fase, l'équipe ed il paziente definiscono in accordo un piano terapeutico avente come obiettivo condiviso l'astensione dal gioco d'azzardo ed il miglioramento del quadro di stress psico-patologico. In parallelo vengono messe in campo azioni finalizzate alla riduzione e/o alla risoluzione dei danni economici che il gioco ha comportato e strategie atte ad aumentare il livello di autonomia personale e sociale del paziente. Il trattamento consigliato all'interno del documento comprende una rosa di interventi di varia natura tra cui colloqui motivazionali, psicoterapie, trattamenti farmacologici per comorbidità, tutoraggio economico, counselling, programmi terapeutici semiresidenziali o residenziali, gruppi di auto-aiuto, accompagnamento in percorsi di inserimento lavorativo, nomina di un amministratore di sostegno e presa in carico dei soli familiari nel caso in cui il giocatore non fosse disponibile. La scelta degli interventi più adeguati da offrire al paziente viene stabilita dopo un confronto in équipe.

Le linee guida offrono descrizioni sintetiche di ciascuno degli interventi che è possibile proporre nel corso del trattamento e sulla cui descrizione non ci soffermeremo in questa sede. Si rimanda il lettore interessato ad approfondire alla consultazione del documento nella sua fonte originale.

La letteratura nazionale ed internazionale individua nella terapia cognitivo-comportamentale l'intervento psicoterapico maggiormente efficace nel trattamento del DGA, in associazione all'intervento motivazionale. Nello specifico, sono stati designati da vari autori differenti protocolli organizzati secondo una specifica cadenza, durata, con focus ed obiettivi specifici (Rizeanu, 2018). Il postulato comune agli interventi di TCC si incentra sui pensieri irrazionali del gambler, che inficerebbero la capacità della persona di controllare l'impulso di gioco e predire correttamente le vincite, contribuendo in maniera preponderante allo sviluppo e al mantenimento di tale patologia (Korn e Schaffer, 2004; Toneatto e Millar, 2004). Alla base del trattamento vi sono la ristrutturazione cognitiva, il problem solving, i social skills training e la prevenzione delle ricadute. Gli interventi motivazionali, tra cui il *Motivational Interviewing* (MI) e il *Motivational Enhancement Therapy* (MET), consigliati per il trattamento del disturbo, risultano efficaci nell'aumentare la motivazione al cambiamento e ridurre la resistenza al trattamento.

Si fa strada inoltre, in letteratura scientifica, partendo dalla visione del gioco d'azzardo come dipendenza associata ad un disturbo neurobiologico del comportamento, l'utilizzo della Stimolazione Magnetica Transcranica Ripetitiva (rTMS) nel trattamento del DGA (Pettoruso *et al.*, 2019).

A prescindere dall'intervento individuato, la durata del trattamento varia e dipende dalla complessità del caso e dalla presenza di possibili ricadute. Risulta quindi opportuno monitorarne l'andamento con cadenza trimestrale, attraverso l'utilizzo di schede standardizzate. A conclusione del trattamento, nel corso dell'anno successivo è previsto un follow-up finalizzato a verificare il benessere psicofisico del soggetto e l'andamento del comportamento di gioco.

Preso in carico del paziente in una prospettiva cognitivo-costruttivista

Inquadramento diagnostico

Secondo un'indagine epidemiologica condotta dall'Iss nel 2018 i giocatori maschi in Italia sarebbero all'incirca 10.500.000, mentre le donne sarebbero 7.900.000. Tra questi, rispettivamente il 3,6 e il 2,5% risultano avere un profilo di gioco problematico (http://www.centroexplora.it/it/doc/Rapporto_ISTISAN_gioco_d_azzardo.pdf), con una percentuale di uomini presi in carico dai Servizi maggiore rispetto alle donne. Le modalità di accesso dei pazienti ai Servizi variano in relazione al grado di compromissione e consapevolezza degli stessi rispetto alla propria patologia. Di frequente, è un familiare a rivolgersi al Servizio, e non il diretto interessato. Il paziente solitamente si presenta per la prima volta in ambulatorio accompagnato da un familiare desideroso di condividere il disagio vissuto all'interno del nucleo. In un primo momento il potenziale paziente verrà ascoltato individualmente, per poi invitare anche il familiare a partecipare. La diagnosi è formulata sulla base di un esame clinico che valuta il livello di indebitamento, eventuali comorbidità e i precedenti tentativi di astensione o riduzione del gioco, con riferimento ai criteri del DSM 5. Come ulteriore conferma diagnostica il soggetto viene sottoposto a due test: il SOGS e il Core-Om.

Primi colloqui

Sin dai primi colloqui, sovente i pazienti minimizzano la problematica per la quale sono stati presi in carico, riconducendola a periodi di gioco particolarmente sfortunati, a un momento di vita difficile e alla certezza di riuscire a gestire il proprio comportamento di gioco. Altri soggetti, pur sottostimando la problematica, aderiscono al trattamento spinti dall'*aut-aut* del/la compagno/a. Altri ancora negano in modo perentorio la diagnosi. Con loro il terapeuta attiva un confronto avente come finalità quella di creare incongruenze cognitive legate alla fantasia di una perseverante sorte "infausta" nelle sessioni di gioco e all'incapacità del soggetto di interrompere o semplicemente posticipare il comportamento addittivo. Anche il significato che lo stesso paziente attribuisce al comportamento di gioco spesso si discosta dal dato di realtà. Le ragioni riferite durante i colloqui, finalizzate a giustificare prolungate e perseveranti sessioni di gioco spesso sono riconducibili al bisogno di ottenere maggiore denaro, di compensare debiti o di migliorare lo stile di vita familiare. Con molta difficoltà il soggetto riconosce, durante i primi confronti, l'inadeguatezza del proprio comportamento, finalizzato verosimilmente in realtà ad ottenere sessioni di adrenalina mescolate a piacere momentaneo che, una volta realizzata l'ingente perdita, si trasforma spesso in sconforto fino a raggiungere la disperazione (Marchetti, 2019. <https://www.stateofmind.it/2019/11/gioco-dazzardo-rischio-suicidario/>). Alla fine della fase diagnostica è previsto un colloquio di restituzione con il paziente ed il familiare, se presente, in cui viene esplicitato ciò che è emerso durante l'assessment, sottolineando la valenza patologica e non "viziosa" della problematica, con l'obiettivo di agevolare la presa in carico e chiarire le funzioni del percorso di cura offerto. Nei successivi colloqui viene dedicato uno spazio all'attivazione di una gestione economica controllata in cui, assieme al paziente ed un familiare, si procede all'individuazione del denaro minimo necessario che il soggetto in cura avrà a disposizione quotidianamente durante il trattamento.

Trattamento: astensione vs riduzione del danno

Uno degli aspetti affrontati durante i primi colloqui è l'individuazione di un obiettivo condiviso tra paziente e terapeuta rispetto al percorso di cura. La scelta spesso si frappona tra un

trattamento avente come fine l'astensione completa dal comportamento di *addiction*, oppure la "riduzione del danno", che contempla un gioco moderato e controllato. Avviare un percorso terapeutico avente come obiettivo il raggiungimento dell'astensione significa lavorare su quei "processi psicologici che modificano la percezione, l'elaborazione interna e infine il comportamento del paziente" (Bara, 2007, p.15, ed. orig.). Sovente si evidenzia una doppia caratterizzazione possibile dei soggetti in carico. Le narrazioni dei pazienti riportano un buon adattamento sociale e lavorativo precedente all'insorgenza della patologia. Il funzionamento lavorativo e socio-familiare viene bruscamente compromesso ed il denaro guadagnato spesso faticosamente viene sperperato in sessioni intensive di gioco. Il soggetto ricerca esclusivamente sensazioni forti ed adrenalinarie costellate da scariche di dopamina. La vincita risulta molto apprezzata esclusivamente perché permette al giocatore di prolungare la sessione di gioco. Il denaro viene utilizzato come bevero strumento che permette di continuare a scommettere in modalità pressoché distaccata dalla realtà fino al termine delle risorse disponibili.

Lavorare in terapia sull'astensione permette al paziente di prendere progressivamente coscienza di questa duplice modalità del vivere la quotidianità. Soprattutto all'inizio del percorso possono emergere stati di craving anche di elevata intensità. Grazie all'astensione è possibile analizzare assieme al paziente tali desideri impulsivi osservandone il disagio, individuandone eventuali cause e determinanti. Approfondire durante il percorso la funzione del gioco, spesso finalizzato ad allontanarsi dalla realtà, predispone il soggetto ad inserire i propri comportamenti all'interno di una nuova narrazione di sé. Sovente il paziente riporta l'atto dello scommettere come una sorta di anestetico funzionale nei confronti di lunghe sessioni di ruminazione del pensiero costellate da problematiche quotidiane senza soluzioni apparenti.

In alternativa, incentrare l'intervento sulla riduzione del danno non permette al paziente di rileggere appieno alcuni atteggiamenti riconducibili allo scommettere, e di conseguenza di scindere la fase esperienziale di vita tra un prima ed un dopo (da giocatore a persona che non adotta più il comportamento patologico). Altrettanto complesso, durante la fase di riduzione del danno, risulta stabilire e soprattutto mantenere delle cifre predefinite dedicate al gioco. Tale aspetto entra spesso anche in contrasto con strategie più di stampo operativo proposte al paziente, quali l'evitamento di luoghi dove viene offerto il gioco d'azzardo e l'individuazione di nuovi interessi da sviluppare nel tempo libero. Sovente il soggetto si cronicizza rispetto ad un vecchio comportamento provando in parallelo a modificare semplicemente il tempo e la quantità di denaro dedicati al gioco, parametri che con difficoltà il paziente riesce a mantenere nella continuità e che lo portano a sperimentare stati di rabbia, ansia e disagio.

Come evidenziato per i cocainomani in trattamento, nell'astensione, il rimanere lontano dallo stimolo e il non perseverare nell'utilizzo della sostanza o del comportamento permette con il trascorrere del tempo di riattivare recettori dopaminergici disattivati in relazione a quantità di dopamina molto elevate derivate da frequenti e prolungate sessioni di gioco o assunzione di cocaina (Zack *et al.*, 2009). Ciò si traduce in esperienze di piacere attivate da comportamenti che non necessitano esclusivamente di stimoli intensi e particolarmente duri.

La relazione terapeutica con i pazienti con DGA

L'approccio terapeutico cognitivo costruttivista prende forma dai principi della teoria costruttivista della conoscenza, che definisce la conoscenza come un processo all'interno del

quale il soggetto costruisce attivamente la propria comprensione del mondo, integrando le nuove esperienze con quelle precedentemente acquisite (Piaget, 1970; Vygotskij, 1978).

Sulla base di tale teoria, all'interno dell'approccio cognitivo costruttivista, la realtà è vista come una costruzione soggettiva che l'individuo fa della propria vita essendo attore protagonista nella creazione della propria narrazione del mondo esterno e del proprio mondo interno.

In linea con quanto sopra, la psicoterapia cognitivo costruttivista dà grande importanza alla costruzione dei sensi e dei significati che ogni paziente fa delle proprie esperienze, così come alle esperienze intersoggettive all'interno delle quali tali sensi e significati si sviluppano.

Il "sé" in ottica cognitivo costruttivista è concepito come una costruzione narrativa dinamica di sé in continuo mutamento, la quale ha come terreno fertile necessariamente la relazione con l'altro (Guidano, 1991; Guidano & Liotti, 1983).

Il "sé" è infatti inteso, non come una struttura statica, ma come un processo dinamico di continua costruzione di narrazioni personali all'interno dell'ambiente sociale e dell'interazione con altri sé (Guidano, 1991).

Secondo quest'ottica, la psicopatologia ha radici all'interno della costruzione dei significati del paziente: quando il significato attribuito ad una data esperienza si cristallizza in schemi cognitivi rigidi, viene ostacolato l'adattamento e quindi il benessere della persona (Guidano, 1991).

Come accennato precedentemente, la relazione è, secondo questo approccio, inevitabilmente il terreno all'interno del quale il sé nasce, si sviluppa e costruisce i propri significati. La relazione tra terapeuta e paziente in questa cornice teorica non è vista come una trasmissione unidirezionale di contenuti da professionista a paziente, ma come un processo co-costruzione attraverso il quale il paziente esplora e riorganizza la propria narrazione (Guidano & Liotti, 1983).

Il terapeuta, infatti, non agisce come un esperto che offre interpretazioni, bensì come un collaboratore esperto che aiuta il paziente a ricostruire i propri significati nell'ottica di accrescere la consapevolezza riguardo il proprio modo di funzionare (Neimeyer, 2005).

Il rapporto terapeutico diventa quindi un contesto in cui viene valorizzata l'autonomia del paziente e il suo senso di responsabilità intesa come capacità di rispondere del proprio benessere (Neimeyer & Raskin, 2000; Armanino & Furlani, 2024).

Nel lavoro clinico, lo psicoterapeuta cognitivo costruttivista considera il sistema persona come un tutto, differente e maggiore delle singole parti che lo compongono. In questo senso ogni parte che compone la persona ha una propria relazione con l'integrità personologica e viceversa. Questo modo di concepire il soggetto e le sue parti, guida il lavoro del clinico secondo una logica finalistico-prospettica abbandonando il piano causalistico che cerca di trovare una causa al sintomo portato dalla persona, riducendo inevitabilmente la complessità che la compone (Armanino D., & Furlani F.A.P., 2024). Questa prospettiva di lavoro permette al clinico di incuriosirsi insieme al paziente e far emergere quale sia la funzione dei comportamenti e dei vissuti emotivi del paziente.

Questo passaggio aiuta il paziente a comprendere lo scopo e la finalità del proprio agire, permettendogli di integrare nella propria esperienza di sé comportamenti e vissuti emotivi che precedentemente viveva come estranei e privi di senso.

Restituire senso e significato al proprio modo di stare nel mondo, ha l'ulteriore scopo di aiutare il paziente ad aumentare la consapevolezza di sé e del proprio modo di funzionare.

Nell'ottica cognitivo costruttivista, quindi, il terapeuta aiuta inizialmente il paziente a conoscere il modo in cui egli ha costruito la propria conoscenza che ha di sé e del mondo, per

accompagnarlo poi verso una nuova modalità condivisa di vedere sé e il mondo attraverso perturbazioni strategicamente orientate che hanno l'obiettivo di restituire al paziente senso di responsabilità e *agency* nel processo di cambiamento (Pesci, S. 2015).

Come frequentemente ribadito dalla ricerca scientifica sull'efficacia della psicoterapia, la costruzione di una buona relazione terapeutica - o alleanza terapeutica - con il paziente risulta condizione necessaria per il buon esito del trattamento (Antoniotti, Fortunati, 2016).

Sovente il soggetto si presenta con il timore di essere giudicato rispetto al proprio comportamento di gioco.

Nel dettagliare, durante i colloqui, l'ammontare dei debiti, la difficoltà di mantenere un'astensione e le critiche ricevute in famiglia, il paziente condivide le proprie vulnerabilità, spesso spaventato e intimorito da possibili valutazioni dello specialista. Uno dei compiti del terapeuta è costruire un setting improntato sull'astensione dal giudizio, sulla comprensione del disagio vissuto, alternando momenti di ascolto attivo ad interventi psicoeducativi.

Fin dai primi colloqui, sovente, alcuni soggetti si pongono con il terapeuta in modalità sfidante. Utilizzata spesso come meccanismo di difesa, la sfida viene sperimentata dal paziente come tentativo estremo per tutelare il proprio valore, ripetutamente attaccato da familiari ed amici in relazione al proprio comportamento di gioco. Costruendo colloquio dopo colloquio un atteggiamento di fiducia e di maggiore consapevolezza circa il proprio comportamento, svelando in parallelo il meccanismo della sfida, la relazione tra terapeuta e paziente si sposta su un piano di cooperazione, funzionale alla condivisione di tematiche spesso "scomode". La ridefinizione del proprio valore passa attraverso la disponibilità del soggetto in trattamento di sperimentarsi con lo specialista progressivamente in modo diverso, arricchito da una maggior consapevolezza relativa ai meccanismi di gioco, ai propri attivatori e al disagio, apparentemente contrastato dallo scommettere come mezzo per distaccarsi dalla realtà. Con il procedere della terapia, il medesimo modo di porsi con lo specialista viene esportato anche all'esterno dei colloqui.

Il terapeuta deve inoltre possedere conoscenze specifiche rispetto ai meccanismi sottesi al gioco, per facilitare un confronto attivo e svelare eventuali incongruenze cognitive che il paziente è solito utilizzare per legittimare il proprio comportamento. Probabilità di vincita, premi in palio, modalità di scommessa, distinzione tra abilità e sorte sono alcuni dei temi affrontati in terapia con la finalità di eliminare possibili false credenze o strategie non funzionali. Sovente il terapeuta riporta al soggetto in carico la distinzione tra legge dei grandi numeri ed esiti determinati esclusivamente da una sessione di gioco. Il perseverare di un risultato non dà adito nel breve termine ad efficaci strategie di controllo. Nella mente del giocatore si insinua la fantasia che avere una conoscenza sempre più marcata del meccanismo del gioco comporti una maggior prevedibilità dell'esito dello stesso, aspetto che viene puntualmente smentito. È proprio su tale incredulità che il terapeuta deve attivare parte del proprio intervento, ribadendo l'impossibilità del controllo della sorte, sottolineando le strategie messe in campo da chi propone il gioco per convincere il giocatore a perseverare nel proprio comportamento. Con il susseguirsi delle sedute evolve la modalità del paziente di leggere l'offerta di gioco passando dall'essere attratto ed indotto a scommettere come spettatore passivo di un processo, all'essere attento osservatore dei propri meccanismi. Costruita una buona relazione con il paziente ed avendo svolto un intervento formativo\educativo sui meccanismi del gioco, è possibile entrare successivamente in un percorso più prettamente psicoterapeutico.

Strategie di intervento psicoterapeutico

Come riportato dalla letteratura, i pazienti con diagnosi di dipendenza da sostanza o comportamentale adottano, nel corso della propria vita, progressivamente una strategia basata sull'evitamento e sulla negazione, sminuendo o relativizzando avvenimenti, fatti o esperienze riconducibili ai comportamenti addittivi. Uno degli obiettivi della terapia con i pazienti con diagnosi di DGA è offrire un contesto duale all'interno della seduta in cui l'individuo sperimenti la possibilità di esporre fantasie, desiderio di gioco, craving o situazioni di disagio anche vissute all'interno dei colloqui, sostituendo il consolidato meccanismo della negazione ad una forma più autentica di relazione, concedendosi la possibilità di condividere anche una parte di sé più vulnerabile e potenzialmente giudicabile senza il timore di uscirne svalutato. Con il procedere della terapia il paziente sperimenta nuove modalità di confronto con familiari ed amici, con cui oltre a vivere la quotidianità con obiettivi e strategie diversi dal passato, condivide le proprie vulnerabilità e perplessità riconducibili alla patologia. Con il tempo, si passa da una frammentazione dell'io ad una continuità dell'essere costituita da zone d'ombra e parti più chiare ma collegate tra loro su un piano di realtà. Il processo di consapevolezza viene arricchito dalla condivisione con il paziente del meccanismo alla base delle varie attivazioni delle sessioni di gioco: il piacere. Senza utilizzare terminologie troppo specialistiche o addentrarsi in aspetti eccessivamente dettagliati il terapeuta descrive il funzionamento neurobiologico del sistema della ricompensa. Il gioco d'azzardo utilizza l'attivazione del neurotrasmettitore dopamina, che ha permesso a diverse specie di sopravvivere ed evolversi fino ad arrivare ai giorni nostri, con l'aggiunta di un ormone, l'adrenalina, che rende ancora più accattivante l'attesa di un risultato, l'esito di una scommessa, lo svolgimento di una sessione di gioco.

Una volta condivise con il soggetto in trattamento alcune delle reazioni psicofisiche indotte dalla dopamina e dall'adrenalina, sovente il paziente si riconosce nelle fasi di gioco e rievoca tali sensazioni in una sorta di svelamento, ridefinendo il gioco come tentativo autocurativo rispetto a difficoltà della vita, tono dell'umore deflesso o a semplice noia. Durante il trattamento sovente, una volta ridefinito il sintomo, emerge progressivamente l'origine del disagio che ha portato il paziente a giocare d'azzardo, come ad esempio difficoltà relazionali, croniche incomprensioni di coppia, o traumi non elaborati.

L'intervento del terapeuta non contempla la demonizzazione di strategie fino ad allora utilizzate dal soggetto in trattamento per sopravvivere alla quotidianità e alle fluttuazioni del tono dell'umore, ma incentiva la scoperta di nuove modalità più efficaci per affrontare il disagio personale e riconoscere il significato che ha o ha avuto il gioco. Da spettatore passivo, il paziente con il procedere della terapia si trasforma in regista attivo nei confronti delle proprie scelte di vita compresa la possibilità di decidere in piena coscienza se giocare d'azzardo o astenersi.

Coinvolgimento del partner e dei familiari

Il coinvolgimento del partner e dei familiari rappresenta un aspetto dibattuto all'interno della costruzione dei percorsi di cura rivolti ai gamblers. Secondo l'esperienza clinica accumulata negli ultimi 15 anni, tuttavia, è emerso come prendere in carico il soggetto nel suo sistema familiare, associando alla psicoterapia individuale con il gambler dei colloqui con un familiare/partner, aumenti la compliance al trattamento. Lo spazio offerto al familiare permette

allo stesso di partecipare attivamente al processo di cura, costruendo strategie utili nell'affrontare eventuali ricadute temute e di condividere i progressivi cambiamenti che il paziente mostra nella propria quotidianità. Il soggetto in trattamento con il procedere del percorso riduce i momenti di isolamento, integrando più facilmente anche possibili sensazioni di rabbia apparentemente ingiustificata che in precedenza davano adito all'inizio del comportamento di gioco. Il confronto tra familiare e paziente funge spesso anche da rinforzo per il paziente, che percepisce il processo di cambiamento in atto come maggiormente oggettivo. Con il procedere della terapia, sarà poi necessario introdurre ed affrontare il tema della fiducia tra il paziente e il familiare. Può accadere, infatti, che la gestione economica controllata che era stata pattuita nei primi colloqui del percorso tra paziente, specialista e familiare, venga disattesa con giustificazioni relative a emergenze o necessità inderogabili, ed esiti in una ricaduta. Tale evento verrà eventualmente elaborato in seduta assieme al familiare, ridefinendo, le linee guida sulla gestione del denaro, attribuendo un significato a quanto accaduto e ristabilendo le strategie fin lì adottate.

Prognosi ed evoluzione

Un numero elevato di pazienti, nonostante una maggior difficoltà iniziale, si pone come obiettivo e riesce a raggiungere un'astensione prolungata, che comporta una rinuncia completa verso qualsiasi forma di gioco d'azzardo. Il percorso terapeutico di una percentuale minore di soggetti, invece, esita nella possibilità di sperimentare saltuariamente sessioni di gioco all'interno di parametri specifici concordati con l'équipe curante. Uno di questi si basa sulla scelta della tipologia di attività. Il paziente viene guidato verso esperienze di gioco contenuto, condiviso con i familiari, in sessioni ridotte e con l'impiego di capitali esigui, abbandonando progressivamente le esperienze di azzardo precedentemente vissute in solitaria. La scommessa, pertanto, passa dal rivestire una funzione autocurativa, di supporto di fronte a difficoltà quotidiane o semplicemente di gestione del tempo, al rappresentare un'attività ludica priva di marcate aspettative, da condividere con persone care. Una piccola percentuale di pazienti non termina il trattamento, rassegnata all'idea di non poter cambiare la propria condizione, o certa di poter gestire autonomamente il comportamento di gioco e riportarlo a uno stato di gioco sociale.

Malgrado l'interesse clinico nei confronti di tale patologia abbia seguito un andamento crescente negli ultimi anni, la ricerca riguardante le strategie terapeutiche per il trattamento del Disturbo da gioco d'azzardo, con particolare riferimento alle nuove tipologie di giochi offerti dal mercato, si sta tutt'ora arricchendo. Negli ultimi 5 anni, infatti, con un'accelerazione legata alla pandemia da Covid-19 (Maciocchi, 2022), il gioco in modalità online è cresciuto in modo esponenziale sfruttando la tecnologia del "mobile", che lo ha reso accessibile a tutte le fasce di età. Il presente studio, come in precedenza accennato, non pretende di esaurire la riflessione sull'argomento, necessitando in primo luogo di essere avvalorato da altri studi orientati da parametri standardizzati, ma al contrario ci si auspica che nuovi e numerosi lavori siano prodotti, al fine di fornire dei trattamenti sempre più specifici ed efficaci a pazienti che vivono questa condizione.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association. (APA). (1980). *DSM-III: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (tr. it. Masson). Masson.
- American Psychiatric Association. (APA). (1987). *DSM-III-R: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (tr. it. Masson). Masson.
- American Psychiatric Association. (APA). (1994). *DSM-IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (tr. it. Masson). Milano: Masson.
- American Psychiatric Association. (APA). (2000). *DSM-IV-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (tr. it. Masson). Masson.
- American Psychiatric Association. (APA). (2013). *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (tr. it. Raffaello Cortina). Raffaello Cortina.
- Antonioti, C., & Fortunati, L. (2016). *L'integrazione nella pratica clinica a orientamento costruttivista*.
- Armanino, D., & Furlani, F. A. (2024). *Identità, personalità e dissociazione: Un approccio costruttivista al paziente grave*. FrancoAngeli.
- Bara, B. G. (2007). *Dinamica del cambiamento e del non-cambiamento*. Bollati Boringhieri.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (2021, ottobre 5). 21G00144/SG. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/10/05/21G00144/sg>
- Guidano, V. F. (1991). *The self in process: Toward a post-rationalist cognitive therapy*. Guilford Press.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Psicoterapia e costruttivismo*. Raffaello Cortina.
- Korn, D. A., & Shaffer, H. J. (2004). *Practice guidelines for treating gambling-related problems: An evidence-based treatment guide for clinicians*. Massachusetts Council on Compulsive Gambling.
- Nomisma. (2021). *Il gioco d'azzardo in Italia secondo l'Osservatorio Nomisma*. Nomisma. <https://www.nomisma.it/gioco-dazzardo-in-italia-osservatorio-nomisma/>
- Marchetti, D. (2019, 5 novembre). Gioco d'azzardo e rischio suicidario: un'analisi approfondita. *State of Mind*. <https://www.stateofmind.it/2019/11/gioco-dazzardo-rischio-suicidario/>
- Maciocchi, P. (2022). Con il lockdown aumenta il gioco d'azzardo. Un business per la mafia. *Il Sole 24 Ore*. https://www.ilssole24ore.com/art/con-lockdown-aumentato-gioco-d-azzardo-business-la-mafia-AEeCUc7B?refresh_ce=1
- Neimeyer, R. (2005). Grief, loss, and the quest for meaning: Narrative contributions to bereavement care. *Bereavement Care*, 24(2), 27-30.
- Neimeyer, R. A., & Raskin, J. D. (2000). *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy* (pp. xiii-373). American Psychological Association.
- Pacifici, R., Mastrobattista, L., Minutillo, A., & Mortali, C. (2019). Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione: risultati di un progetto integrato. *Roma: Istituto Superiore di Sanità (Rapporti ISTISAN 19/28)*.
- Pesci, S. (2015). Il lutto e la sua elaborazione. *Nuovi orizzonti*, 13, 13-20.
- Pettoruso, M., Di Giuda, D., Martinotti, G., Cocciolillo, F., De Risio, L., Montemitro, C., ... & NST Study Group. (2019). Dopaminergic and clinical correlates of high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in gambling addiction: A SPECT case study. *Addictive Behaviors*, 93, 246-249.
- Piaget, J. (1970). *Piaget's theory* (Vol. 1, pp. 703-732). Wiley.

- Riglietta, M. (2020). La comorbilità nel Disturbo da Gioco d'Azzardo. *Mission-Open Access*, 54.
- Rizeanu, S. (2018). Cognitive-behavioral therapy for gambling addiction. In *Cognitive Behavioral Therapy and Clinical Applications* (pp. 61-81).
- Toneatto, T., & Millar, G. (2004). Assessing and treating problem gambling: Empirical status and promising trends. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 517-525.
- Vygotsky, L. S. (1978). Socio-cultural theory. *Mind in Society*, 6(3), 23-43.
- World Health Organization. (2019). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. <https://icd.who.int>.
- Zack, M., & Poulos, C. X. (2009). Parallel roles for dopamine in pathological gambling and psychostimulant addiction. *Current Drug Abuse Reviews*, 2(1), 11-25.

Gli Autori



Luca Rossi, Psicologo, Psicoterapeuta, Sessuologo Clinico, da vent'anni è Specialista ambulatoriale SC Psicologia AF Dipendenze Ser.D. ASL TO3 e del Servizio Psicossessuologia ASL TO3. Membro Gruppo Regionale GaP Piemonte (Gioco D'azzardo Patologico) e referente Regionale Piemonte per il Bullismo e Cyberbullismo per l'ASL TO3. È membro Direttivo Federserd.

Già Professore a contratto Scuola di Medicina di Torino, è attualmente professore a contratto per il Dipartimento Filosofia e Scienze dell'educazione UNITO e professore a contratto Dipartimento di Psicologia Laurea Magistrale Psicologia Clinica e di comunità IUSTO. Docente Scuole di Specialità Psicoterapia Cognitiva CTC e scuola STPC con sedi a Torino, è Coordinatore Referente AIPD (Area di interesse psicoterapia delle dipendenze) della SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva). C.T.P. Tribunale di Torino.

Email: luca.rossi@aslto3.piemonte.it



Sabrina Rizzo, Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso Scuola di Psicoterapia Cognitiva CTC Torino, Specializzanda presso Ser.D ASL TO3, ambulatorio per le Dipendenze senza sostanze.



Eleonora Carlino, Psicologa, Specializzanda in Psicoterapia Cognitivo Costruttivista presso STPC - Torino.

Citazione (APA)

Rossi, L., Rizzo, S., Carlino, E. (2024). Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). Una prospettiva costruttivista per la presa in carico e il trattamento. *Costruttivismi*, 11, 1-13. <https://doi.org/10.23826/2024.01.001.013>