Il Gioco d'Azzardo Patologico

SINTOMATOLOGIA, DIAGNOSI, TRATTAMENTO

Marco Vicentini, Psy.D.

@attivalamente.it
@villasantachiara.it

Padova, gennaio 2017

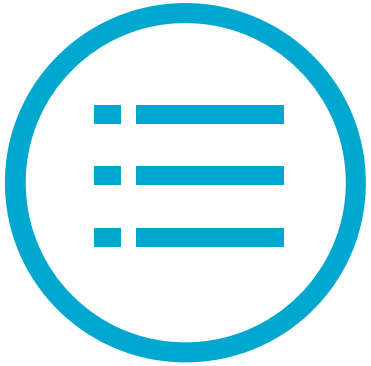
Sommario

Il gioco d’azzardo
- Il gioco in Italia
- Diagnosi e Modelli

Modelli di Trattamento
- Approccio Cognitivo e Comportamentale
- Approccio Motivazionale
- Approccio Psicoeducativo
- Gestione della Comorbidità

Ulteriori modelli di intervento
- Approccio Farmacologico
- Approccio Biologico di neuromodulazione
- Trattamento residenziale

Presentazione di casi clinici



Il gioco nella storia

Il gioco d’azzardo

« **Giòco d'azzardo:**

- Attività ludica in cui ricorre il fine di lucro e nella quale la vincita o la perdita è in prevalenza **aleatoria**, avendovi **l'abilità** un'importanza trascurabile. Ne esistono svariati tipi, dai più antichi, come il gioco dei dadi (*azzardo* deriva dal francese *hasard* che a sua volta è dall'arabo *az-zahr*, che significa dado), a quelli più recenti effettuati con apparecchi automatici o elettronici.
- Possono dar luogo a una condizione patologica di dipendenza consistente nell'incapacità cronica di resistere all'impulso al gioco, con conseguenze anche gravemente negative sull'individuo stesso, la sua famiglia e le sue attività professionali.»

Vocabolario Treccani

- «Il gioco d’azzardo può essere definito come forma di comportamento che implica il rischio di perdere denaro oppure oggetti di valore sulla base dei risultati di un gioco, di una gara o di qualsiasi altro evento il cui risultato è, in parte o completamente, determinato dalla **sorte**...»

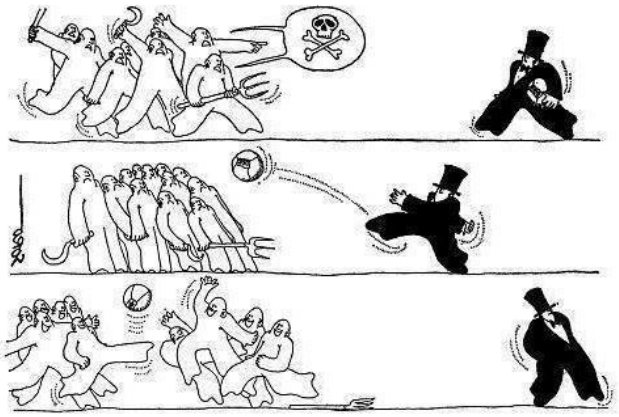
Whelan , Steenbergh, Meyers (2010), Gambling , p.9

Il gioco d'azzardo nella storia

«[..] è certo che testimonianze inequivoche accompagnano il sorgere della cultura umana in epoca storica.»

- *«Oggetti assimilabili a dadi sono stati trovati non solo **nell'Antico Egitto**, dove avrebbero accompagnato Faraoni e dignitari nel viaggio ultramondano, ma anche in **Cina, in Giappone ed in India**. Antichi manoscritti ci narrano di forti scommesse ai giochi di dadi e alle corse dei carri.»*
- *«Quanto la società **Ellenica** sottolinea Huizinga (2002) "Ero così profondamente imbevuta dall'elemento ludico, in tutte le sue manifestazioni, che questo riaffiorava ormai a malapena alla coscienza come cosa eccezionale»*
- *«[…]. La forte inclinazione delle attività ludiche si perpetuò anche nella cultura **romana**, specie in età imperiale, nella quale "I giochi erano una ragione di vita quanto il pane (da qui la nota espressione panem et circenses) perché i giochi erano sacri, e sacri i diritti che il popolo riconosceva loro"*
- *«[…]. In epoca cristiana le attività di gioco vennero fortemente scoraggiate […] con conseguente interruzione sia dei giochi circensi che di quelli olimpici […].»*
- *«Verso la fine del '300 i comuni iniziarono ad esigere il versamento di una tassa all'erario pubblico trasformando di fatto al baratteria in una pubblica casa da gioco. Tale riconoscimento si accompagnava al divieto della pratica del gioco in loco obsconso (nascosto) o in modo di bisca privata […].*
- *Nella stessa Spagna del 1283, per fare un esempio, il re di Castiglia, Alfonso X, detto Il Saggio, fece pubblicare una serie di libri sulle discipline più importanti per l'epoca. Oltre alla matematica e all'astronomia non mancò un volume sui giochi a dimostrazione dell'importanza riconosciuta a tale ambito dalla vita civile. »*
- *«Il lotto fece la sua comparsa a Genova nel 500 […]"»*

Lavanco 2001, Psicologia del gioco d'azzardo, p.22-25



Il Casinò: Venezia a Las Vegas

Sfacettatura della definizione :

- **casino** s. m. [dim. di *casa*]. – **1.** In passato, casa signorile di campagna; in partic., edificio che, nelle ville principesche, serviva alla residenza padronale o a usi varî (*c*. *di caccia*, *c*. *di pesca*, ecc.). **2.** Sinon., oggi disusato, di *circolo*, in alcune denominazioni come *c*. *dei nobili*, *c*. *da gioco*. In senso analogo a quest'ultimo, il termine è usato (ma più spesso con pronuncia francese: v. casinò) per indicare le pubbliche case da gioco. **3.** Postribolo, casa di tolleranza.
- **casino** /ka'sino/ s. m. [dim. di *casa*]. - **1. a.** (*pop*.) [locale dove si esercita la prostituzione] ≈ bordello, (*eufem*.) casa chiusa, (*eufem*.) casa di piacere, (*eufem*.) casa di tolleranza, (*region*.) casotto, (*lett*.) lupanare, (*lett*.) postribolo.
- **casinò** /kasi'no/ s. m. [dal fr. *casino*, che a sua volta è dall'it. *casino*]. - [locale dove si gioca d'azzardo] ≈ casa da gioco. ‖ bisca.

La parola casinò deriva da "casa", in quanto inizialmente i luoghi di incontro erano case di vacanze o villette in campagna. Iniziarono poi a svilupparsi notevolmente quando, in questi luoghi di incontro, vennero coinvolti anche i settori meno abbienti della società. In questo modo i casinò diventarono popolari e nel giro di breve tempo diventarono anche legali.

Il casinò di Venezia

Aperto nel 1638, fu il primo casinò legale al mondo

La Repubblica permise la sua apertura nel tentativo di controllare il fenomeno del gioco, dando la possibilità a Marco Dandolo di aprire un “ridotto pubblico” (fr. *foyer*, termine utilizzato anticamente per indicare le sale di sosta di un teatro che in passato erano dedicate al gioco) nel palazzo della famiglia a San Moisè.

Il casino di Venezia, dopo la chiusura del ridotto nel XVIII secolo si spostò al Ca’ Vendramin Calergi nel 1946 (nel 1937 la costruzione venne ceduta a Giovanni Volpi conte di Misurata che ristrutturò l’edificio e dopo qualche anno, nel 1946, lo cedette al comune della città lagunare), un edificio storico la cui costruzione venne cominciata nel 1481

Las Vegas

La città del divertimento: Un viaggio nel gioco d'azzardo e la malavita

- 1931 in Nevada viene legalizzato il gioco d'azzardo
- 1945: Impegnato già da qualche anno a seguire il giro del gioco d'azzardo in California, Bugsy Siegel ottiene finanziamenti per la realizzazione dell'hotel-casinò Flamingo a Las Vegas, tutt'ora in funzione. Negli anni a seguire il Flamingo diventerà un modello per altri resort legati alla malavita, come Thunderbird, Desert Inn, Sahara, Sands, Dunes, Riviera, Tropicana e Stardust. Diversi di questi saranno finanziati attraverso il fondo pensionistico Teamsters Central States Pension Fund.
- 1955 apre l'hotel-casinò "Moulin Rouge", il primo a consentire l'integrazione razziale tra bianchi e neri
- 1959 la designer Betty Willis crea il famoso cartello 'Welcome to Las Vegas', che non registrò mai come marchio.
- 1969 Il Nevada approva una legge per facilitare l'acquisizione dei casinò da parte delle compagnie.
- 1989 L'imprenditore Steve Winn apre il Mirage, il primo grande resort-casinò in stile polinesiano, raggiungendo all'epoca il costo record di 630 milioni di dollari.

Il Gambling in Italia

Il Gambling in Italia

Nel 2001 si ardevano nell'azzardo 1,6 punti di PIL. Nel 2013 il valore è balzato a 6,5. Nove volte in più , in termini monetari nominali. Tutto questo nonostante la recessione iniziata nel 2008… Ma come si è arrivati a tutto ciò?

Alla fine dell'800 per volontà di Francesco Crispi, capo del governo, l'autorizzazione, il controllo , la repressione e quindi anche la sanzione del gioco attuato fuori dai canoni consentiti dalla legge, vennero posti in capo al ministero dell' Interno… Per lo stato postunitario l'azzardo ha sempre rappresentato un disvalore, un comportamento da contenere.

Per circa un secolo, e cioè dal 1897 al 1992, lo stato italiano ha classificato il gioco d'azzardo tra i rischi rilevanti per l'ordine sociale, per la legalità e per gli stessi conti finanziari pubblici (Art. 1933 CC, Art. 718 e 721 CP, art. 110 TULPS).

Nel 1992 una tempesta valutaria si abbatte sulla lira. Comincia una deriva che fino al 1997/98 spinge alla ricerca di nuove entrate. Senza dichiararlo direttamente, o governi riformulano, prima nei corollari (L 401/1989) e in seguito negli assiomi, il concetto di gioco d'azzardo pubblico: esso diviene una leva fiscale, uno strumento importante per incrementare le entrate erariali dello Stato.

Il Gambling in Italia

Con la Finanziaria 2003 cambia il modello istituzionale… e si passa dalla definizione del gioco pubblico d'azzardo come una leva della politica fiscale, alla costruzione dell'economia finanziaria dei giochi, dove l'obiettivo centrale è "creare valore aziendale" … L'obiettivo dell'AAMS non è più quello originario , cioè accrescere le entrate tributarie dello Stato , bensì incrementare l'intera "economia dei giochi" , con un "portafoglio" di azzardo smisurato.

L'ultimo interesse è quello della politica , che muove alla ricerca di un effetto combinato: da un lato, il finanziamento della sua macchina clientelare del consenso, grazie al fatto che senza il dirigismo politico il volume di spesa per il gambling non aumenterebbe; dall'altro lato, la tranquillizzazione delle classi povere attraverso l'azzardo plebeo, la loro passivizzazione in una condizione di immobilismo.

Bellio e Croce, *Manuale del gioco d'azzardo*, p. 31-45

Il Gambling in Italia

Se si considerano le sole macchinette, **siamo il paese che gioca di più al mondo**. E un gratta e vinci ogni cinque stampati nel pianeta viene acquistato in Italia. **Nessun Paese al mondo gioca quanto l'Italia**.

- Secondo il Global Gaming and Betting Consultancy, nel 2014 gli italiani hanno perso al gioco 17,8 miliardi di euro. Una cifra che, in valore assoluto, fa di noi il quarto paese più "spennato" al mondo e che dal 2001 è triplicata. Grandi protagonisti della nostra ludopatia sono le slot machine e i gratta e vinci.

Nel 2015 lo Stato ha incassato dal gioco 8,7 miliardi di euro, cioè circa il 50% dei 17,5 miliardi di spesa totale sostenuta dagli italiani. Ma la raccolta complessiva è in realtà di 88,25 miliardi di euro: la spesa nel settore del gioco (da 17,5 mld) va determinata sottraendo dal dato totale della raccolta la somma restituita in vincita (che si aggira intorno all'80%).

- Nel 2014 il Sistema gioco Italia, la federazione di filiera dell'industria del gioco e dell'intrattenimento che aderisce a Confindustria, in Italia ci sono 790mila dipendenti dal gioco d'azzardo e sarebbero circa 1 milione e 750mila i giocatori a rischio patologia.
- Secondo il Codacons invece presenta forma più o meno gravi di ludopatia circa il 50% dei disoccupati italiani. Per il Codacons degli 88,25 milioni di euro di raccolta 25,96 derivano dal gioco alle slot machine, 22,2 dalle videolottery. Più indietro nella lista giochi più tradizionali come lotto (7,08 miliardi) e lotterie (9,06).

Il Gambling in Italia

Nel 2016 gli italiani hanno “giocato” ben 95 miliardi di euro: 260 milioni al giorno, 3.012 euro al secondo. Record anche per le entrate erariali che dovrebbero toccare i 10 miliardi rispetto agli 8,4 del 2015

- Secondo i dati del Rapporto Eurispes 2009, in Italia il gioco d’azzardo coinvolge fino al 70-80% della popolazione adulta (circa 30 milioni di persone).
- Secondo il ministro Lorenzin “nel 2015 in Italia i pazienti affetti da disturbo da gioco d’azzardo in trattamento sono 12.376”.
- Stimando che in Italia ci sono quasi 60 milioni di abitanti, che la percentuale di gioco patologico è stimata tra il 0.5 e il 2.2% della popolazione, e fino al 3.8% della popolazione è rappresentata da giocatori problematici, e che i Servizi pubblici sono in grado di intercettare meno del 2% dei giocatori patologici, la stima appare congruente, **mostrando la differenza tra i dati epidemiologici e la capacità reale dei Servizi di intervenire**

Il Gambling nei giovani

«Maggiore nelle regioni del Sud e nelle Isole, praticato più dagli studenti degli istituti tecnici e professionali che dai liceali. In ogni caso pericolosamente diffuso tra i giovani tra i 14 e i 19 anni: nel corso dell'ultimo anno scolastico ben il 54% dei giovani italiani ha tentato la fortuna almeno una volta con il gioco d'azzardo. In pratica 1,3 milioni di ragazzi, con una spesa settimanale inferiore ai 3 euro nel 74% dei casi. …. Il fenomeno sta assumendo grandi proporzioni anche tra i ragazzi, che si avvicinano al gioco d'azzardo soprattutto per curiosità (30%) o per caso (23%).»

«Dalla ricerca emerge una fascia di giovani giocatori per i quali il rapporto con il gioco d'azzardo assume contorni più critici, con implicazioni negative sulla vita quotidiana e sulle relazioni familiari: il 29% ha nascosto o ridimensionato le proprie abitudini di gioco ai genitori, il 4% ha derogato impegni scolastici per giocare, mentre il gioco ha causato discussioni con familiari e amici o problemi a scuola al 7% dei giocatori.»

http://www.ilsole24ore.com/art/notizie/2015-04-21/in-italia-900mila-affetti-malattia-gioco-d-azzardo-193951.shtml?uuid=ABw3xBTD

Il problema sociale e sanitario

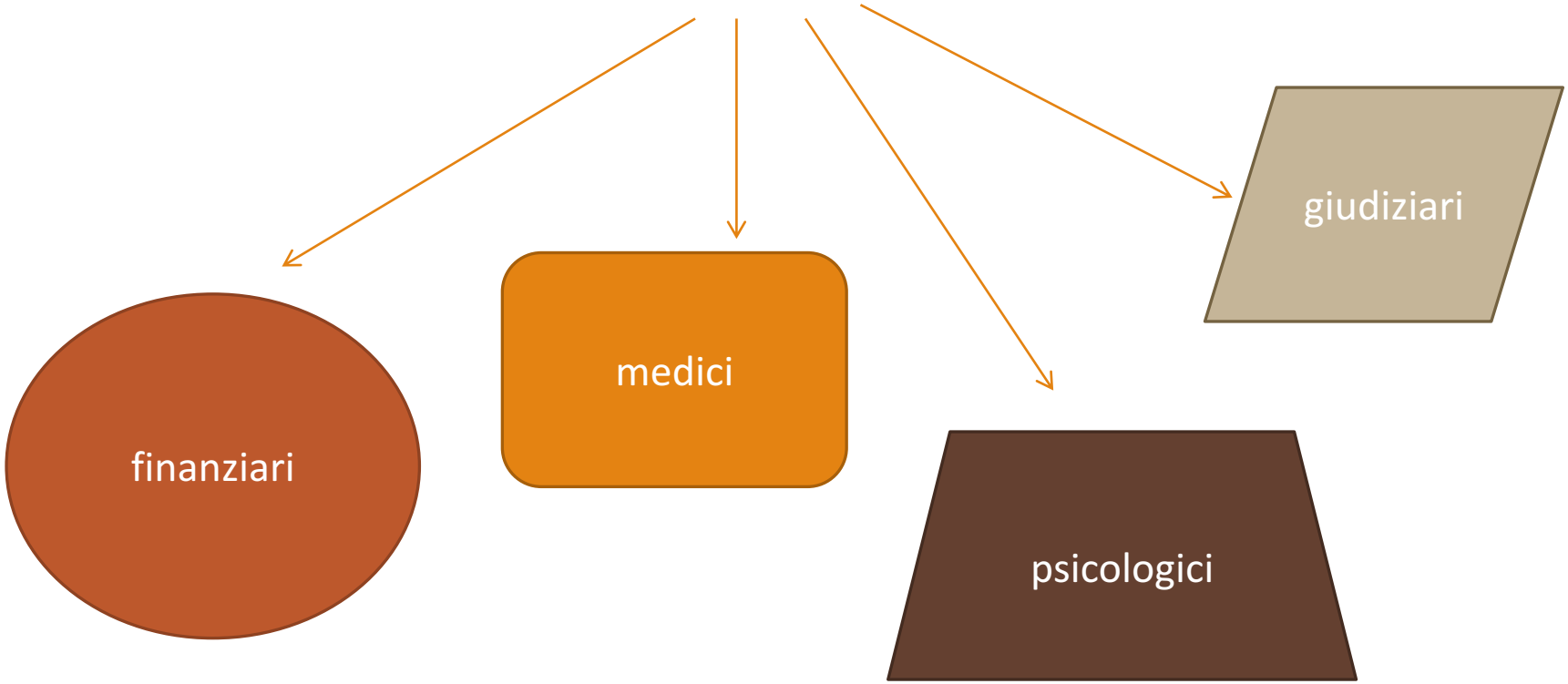
Il gioco d'azzardo patologico presenta diverse comorbidità:

- **Dipendenza da sostanze**;
- Disturbi di **natura psichica** (ansia, depressione, disturbi bipolari, tendenza all'impulsività);
- **Disturbi fisici** (conseguenza dello stato di stress cronico ed eventualmente dell'abuso di alcool (gastrite cronica, ulcera gastroduodenale, ipertensione arteriosa, cardiopatia, disturbi epatici, eccetera).

Si tratta in altre parole di un fenomeno complesso in grado di coinvolgere l'individuo e l'ambiente intorno a lui in modo del tutto simile alle dipendenze da sostanze.

- Si associa quindi a **problematiche di diversa natura**: familiare e relazionale, isolamento sociale, problemi lavorativi, economici e legali.

Interessati diversi ambiti



LEA 2016, art. 18

Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche

1. Nell'ambito dell'assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato che include le prestazioni mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

- a) accoglienza;
- b) valutazione diagnostica multidisciplinare;
- c) valutazione dello stato di dipendenza;
- d) certificazione dello stato di dipendenza patologica;
- e) definizione, attuazione e verifica del programma terapeutico e riabilitativo personalizzato, in accordo con la persona e, per i minori, in collaborazione con la famiglia;
- f) somministrazione di terapie farmacologiche specifiche, sostitutive, sintomatiche e antagoniste, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico;
- g) gestione delle problematiche mediche specialistiche;
- h) interventi relativi alla prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle patologie correlate all'uso di sostanze;
- i) colloqui psicologico-clinici;

(continua)

LEA 2016, art. 18

- j) colloqui di orientamento e sostegno alla famiglia;
- k) interventi di riduzione del danno;
- l) psicoterapia (individuale, di coppia, familiare, di gruppo);
- m) interventi socio-riabilitativi, psico-educativi e socio-educativi finalizzati al recupero dell'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- n) promozione di gruppi di sostegno per soggetti affetti da dipendenza patologica;
- o) promozione di gruppi di sostegno per i familiari di soggetti affetti da dipendenza patologica;
- p) consulenza specialistica e collaborazione con i reparti ospedalieri e gli altri servizi distrettuali territoriali, semiresidenziali e residenziali;
- q) collaborazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- r) interventi terapeutici e riabilitativi nei confronti di soggetti detenuti o con misure alternative alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria;
- s) collaborazione ed integrazione con i servizi di salute mentale con riferimento ai pazienti con comorbidità

2. L'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.

Sintomatologia e Diagnosi

Il Gioco come disturbo psicopatologico

Nel 1980 il gioco d'azzardo patologico (**GAP**) è stato inserito nel DSM-III

Il GAP è stato così riconosciuto come patologia psichiatrica rimanendo classificato all'interno dei **disturbi del controllo degli impulsi**, anche nel DSM III-R (1987), nel DSM IV (1994) e nel DSM-IV-TR (2001).

- Il DSM-IV ha definito il GAP come un "comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco che compromette le attività personali, familiari o lavorative".
- La task force coordinata da **Nancy Petry** che ha preparato il DSM V ha riclassificato il GAP insieme agli altri disturbi additivi da sostanze psicoattive nella neo-istituita categoria "**Addictions and related disorders**" che sostituisce, proprio per includere il GAP, la precedente "Substance use disorders".

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

Cambia la categoria nosografica

- da "Disturbo del controllo degli impulsi NAS" (DSM-IV)
  - 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-V)
  - 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).

Criteri Diagnostici

Comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato dall'individuo che presenta 4 (o più) delle seguenti condizioni entro un periodo di 12 mesi:

- ha bisogno, per giocare d'azzardo, di **quantità crescenti di denaro** per ottenere l'eccitazione desiderata.
- È **irrequieto/a o irritabile** se tenta di ridurre o di smettere di giocare d'azzardo
- Ha fatto **ripetuti sforzi infruttuosi** per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo
- È spesso **preoccupato/a** dal gioco d'azzardo (es. ha pensieri persistenti che gli/le fanno rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d'azzardo)
- Spesso **gioca d'azzardo quando si sente a disagio** (per es. indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a)
- Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, **spesso torna un'altra volta per ritentare** ("Rincorrere" le proprie perdite)
- **Mente per occultare l'entità** del coinvolgimento nel gioco d'azzardo
- Ha **messo in pericolo o perduto una relazione significativa**, il lavoro, opportunità di studi e di carriera a causa del gioco d'azzardo
- Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a **risollevare situazioni finanziarie disperate** causate dal gioco d'azzardo

Criteri Diagnostici

Specificare se:

- EPISODICO: soddisfa i criteri diagnostici più di una volta con sintomi di cedimento tra i periodi di disturbo da gioco d'azzardo almeno per diversi mesi
- PERSISTENTE: fa esperienza di sintomi continui, tali da soddisfare i criteri diagnostici per molteplici anni

Specificare se:

- IN REMISSIONE PRECOCE: dopo che i criteri per il disturbo da gioco d'azzardo sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da gioco d'azzardo è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi
- IN REMISSIONE PROTRATTA: dopo che i criteri per il disturbo da gioco d'azzardo sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da gioco d'azzardo è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più lungo

Specificare l gravità attuale:

- LIEVE: soddisfatti 4-5 criteri
- MODERATA: soddisfatti 6-7 criteri
- GRAVE: soddisfatti 8-9 criteri

Criteri Diagnostici

La presenza di più criteri diagnostici permette di identificare tre tipologie di giocatori d'azzardo, dal non patologico, al problematico, al patologico:

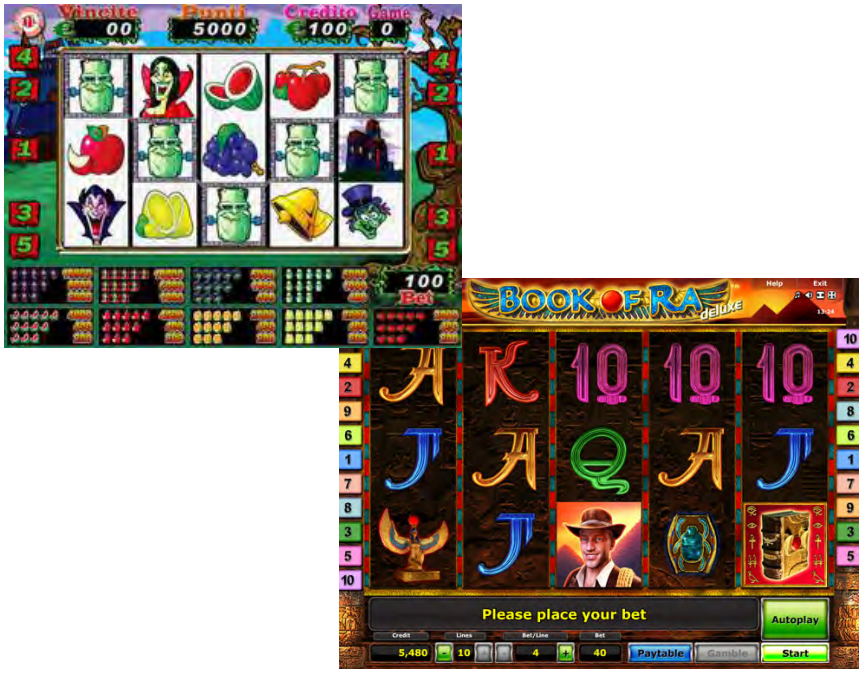
LIVELLI	CATEGORIA	DESCRIZIONE
1	Gioco d'azzardo ricreativo o non giocatori	Se giocatori, lo fanno per motivi sociali e raramente superano i limiti che si sono imposti
2	Gioco d'azzardo problematico	Presenza di alcuni sintomi diagnostici di ansia legati al gioco d'azzardo; manifestazione sotto soglia
3	Gioco d'azzardo patologico	Presenza di almeno 4 criteri diagnostici

Modelli Psicopatologici

Differenti modelli teorici (sia sociologici che psicologici) hanno provato a comprende e classificare il comportamento del gioco d'azzardo.

- Roger Caillois
- Edmund Bergler

- Aviel Goodman
- Robert L. Custer
- Alex Blaszczynski e Lia Nower



Caillois: “Homo Ludens”

«Il gioco è più antico della cultura, perché il concetto di cultura, per quanto possa essere definito insufficientemente, presuppone in ogni modo convivenza umana, e gli animali non hanno aspettato che gli uomini insegnassero loro a giocare»

Johan Huizinga, Homo ludens, 1938

Nel 1958 Roger Caillois, sociologo, pubblica un saggio sul gioco, tradotto in Italia solo nel 1981 col titolo “I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine”. Caillois definisce il gioco come un’attività:

- **LIBERA**: A cui il giocatore non può essere obbligato senza che il gioco perda subito la sua natura di divertimento attraente e gioioso;
- **SEPARATA**: Circoscritta entro precisi limiti di tempo e di spazio fissati in anticipo;
- **INCERTA**: Il cui svolgimento non può essere determinato, né il risultato acquisito preliminarmente;
- **IMPRODUTTIVA**: Che non crea né beni, né ricchezza, né alcun altro elemento nuovo, salvo uno spostamento di proprietà all’interno della cerchia dei giocatori, tale da riportare ad una situazione identica a quella dell’inizio della partita;
- **REGOLATA**: Sottoposta a convenzioni che sospendono le leggi ordinarie e instaurano momentaneamente una legislazione nuova che è la sola a contare;
- **FITTIZIA**: Accompagnata dalla consapevolezza specifica di una diversa realtà o di una totale irrealtà nei confronti della vita normale.

Caillois (1958): Homo Ludens

Huizinga in Homo Ludens descrive il gioco come un'attività insita nelle manifestazioni essenziali di ogni cultura (arti, guerra, filosofia, istituzioni giuridiche….) ma, senza proporre una classificazione dei giochi, come se corrispondessero tutti a delle caratteristiche circoscritte alla medesima pulsione istintuale.

Caillois rimedia a questa inadempienza giungendo ad una prima grande classificazione dei giochi in 4 categorie fondamentali, corrispondenti ognuna ad un preciso e proprio bisogno psicologico:

- **AGON**: Riguarda tutti quei giochi che si ispirano alla **competizione**, in cui 2 o più concorrenti **mettono in gioco le proprie abilità** fisiche, mentali, con lo scopo di prevalere sull'altro/i. E' la competizione sportiva (tennis, calcio, boxe, scacchi…). Una categoria il cui assunto di base è l'uguaglianza di partenza. Il concorrente gareggia per poter vedere riconosciuta la propria abilità, la propria superiorità, in un determinato e specifico campo.
- **ALEA**: parola latina che indica "**il caso**". Diversamente dall'AGON, in questi giochi **l'esito dipende da volontà completamente esterne** alla volontà del giocatore: è il caso, nel bene o nel male, che decide (casinò, roulette, lotterie, giochi d'azzardo….). Non implica, diversamente dall'AGON, allenamento e partecipazione attiva durante la gara.
- **MIMICRY**: Termine inglese che indica la mimica, terza categoria, che presuppone l'accettazione di fondo di una realtà temporanea e fittizia. **Illusione a cui deve prestarsi non solo colui che la crea, ma anche il pubblico, come se fosse vera**. Esempi tipici sono i giochi dei bambini (la bambina che gioca a fare la mamma o il bambino che gioca a fare il cow-boy…). Ma anche il carnevale e i balli mascherati. Tutti giochi che implicano un'illusione di fondo che in una determinata realtà spazio/temporale ci portano a ritenere vero quel travestimento o finzione.
- **ILINX**: Il suo significato originario è "gorgo" ma più precisamente "vertigine". Consiste in ogni gioco in cui il piacere è rappresentato da una ricerca di intensità, di "panico". Come ai giochi del Luna Park o agli esercizi dei dervisci danzanti. Esempi che trovano un loro comune denominatore nel gioco della trottola dei bambini.

Caillois: “Homo Ludens”

Suddivisione dei giochi	AGON (*competizione*)	ALEA (*fortuna*)	MIMICRY (*simulacro*)	ILINIX (*vertigine*)
PAIDIA	Corse Combattimenti Ecc.	Filastrocche per fare la conta	Imitazioni infantili Giochi illusionistici	Roteare infantile Giostra
Chiasso	Atletica	Testa o croce	Bambola	Altalena
Agitazione			Costumi vari	Valzer
Fou-rire			Maschera Travestimento	
Aquilone	Boxe Biliardo	Scommesse Roulette		Volador Luna-park
Solitari	Scherma Dama	Lotterie semplici, composte o a ripetizione	Teatro Arti dello spettacolo in generale	Sci Alpinismo
Cruciverba	Calcio Scacchi			Acrobazia
LUDUS	Competizioni sportive in genere			

Caillois: “Homo Ludens”

Quattro categorie diverse l’una dall’altra, eppure con molti nessi in comune, rispondono a due potenze primarie diametralmente opposte:

- La **Paidia** (play)
- Il **Ludus** (game)

La Paidia è intesa come “turbolenza”, “assenza di regole”. Il Ludus come “calcolo”, “padronanza di sè” e regole che devono essere superate con l’abilità.

Caillois riconosce una **vocazione sociale dei giochi**. Infatti, tutti i giochi, anche quelli infantili, diventano sempre attività competitive e di vocazione sociale.

- Le varie categorie di gioco, AGON, ALEA, MIMICRY, ILINX, presuppongono la compagnia, non la solitudine, anche si si tratta di fenomeni circoscritti e limitati ad un numero definito di componenti.
- Ogni categoria presenta quindi degli aspetti “socializzati” che hanno acquisito cittadinanza nella vita collettiva

Berger (1957) e il masochismo

Edmund Bergler, psicanalista, introduce il concetto teorico di “masochismo psichico”. Descrive come in numerosi soggetti, la cui motivazione cosciente al gioco appare solo il guadagno o il piacere dell'imprevisto, si riscontri appunto, con sistematicità, una **coazione a perdere**, che sottende(rebbe) un intimo desiderio di autopunizione.

Le caratteristiche del giocatore patologico per Bergler (1957) sarebbero le seguenti:

- Egli deve giocare frequentemente: “il fattore quantitativo è indispensabile per differenziare. Allo stesso modo noi non classifichiamo come alcolista la persona che prende un cocktail prima di cena...”
- Il gioco prevale su tutti gli altri interessi: “Le sue fantasie e i propri sogni a occhi aperti si concentrano attorno a questa idea; [il gioco] e la concentrazione patologica su di esso, mettono in ombra ogni altra cosa: interessi, affetti, hobby”
- È pieno di ottimismo e non impara dagli errori: “Il giocatore è apparentemente un eterno ottimista [...] La sua convinzione in una finale vittoria non è scalfita dalle perdite finanziarie, anche se ingenti [...] Ogni giocatore dà l’impressione di un uomo che abbia sottoscritto un contratto con il Fato, stipulando il quale egli avrà infine la ricompensa, in funzione della propria perseveranza”
- Non si ferma in caso di vincita: “Egli non considera le sue vittorie come il risultato delle probabilità, ma come il pagamento insito nel suo contratto con il Fato, che garantisce che egli sarà permanentemente un vincitore”
- Rischia in eccesso: “Il giocatore compulsivo è sempre motivato da sensi di colpa, consci o inconsci [...] Presto o tardi egli perde la testa, dimentica le sue buone intenzioni e rischia tutto in una sola puntata, solamente per perdere. Alcune motivazioni intime conducono il giocatore a ripetere questa modalità di gioco che non ha spiegazione logica [...] e ciò prova l’importanza delle motivazioni inconsce”
- Prova una sensazione di piacevole tensione (Thrill) durante il gioco; una tensione che nello stesso momento è dolorosa e gratificante (“Pleasurable-painful tension”): “Il desiderio impellente per questa particolare tensione frequentemente sovrasta il desiderio di vincere”

Il «masochismo psichico» di cui il giocatore inconsciamente soffre tende a cristallizzarsi in dinamismi sufficientemente tipici, tali da permettere all'indagine psicoanalitica l'individuazione di forme generali al cui interno le motivazioni e spesso il dramma di ciascuno possono collocarsi con ampio margine di approssimazione e, all'occasione, fornire ai terapeuta una chiave d'interpretazione e di cura.

Goodman (1990): la Addiction

A. Goodman (1990) articola una definizione delle addiction che facilita il raggruppamento in una unica categoria delle dipendenze da sostanze con le dipendenze comportamentali. Le Addiction sono caratterizzate da:

- Impossibilità a resistere all'impulso di agire un particolare comportamento
- Sensazione crescente di tensione, che precede l'impulso ad agire
- Sensazione di piacere durante l'agito
- Sensazione di perdita di controllo durante l'agito
- Presenza di almeno 5 dei seguenti criteri:

  a) **Pensiero frequente** verso l'oggetto della dipendenza e verso la possibilità di esperirlo b) **Intensità e durata** degli episodi più intensi del previsto c) **Tentativi infruttuosi di ridurre**, controllare o abbandonare il comportamento d) Impiego di una **quantità importante di tempo** nel preparare la possibilità di agito; nell'intraprenderlo e nel rimettersi dagli effetti e) **Interferenza del comportamento con i propri doveri** professionali, di studio, familiari o sociali f) **Riduzione delle attività sociali**, professionali e familiari in conseguenza del comportamento g) **Perseveranza a discapito dei problemi** sociali, finanziari, psicologici o fisici h) **Marcata tolleranza**: necessità di aumentare l'intensità o la frequenza per ottenere l'effetto desiderato o diminuzione dell'effetto ottenuto per un comportamento della stessa intensità i) **Agitazione o irritabilità** se è impossibile attivare il comportamento

Custer (1984): la parabola del giocatore

Robert Custer (1984) distingue tra giocatore sociale e giocatore patologico utilizzando tre criteri:

1. l'identità e la autovalutazione non è legata alla vincita o alla perdita
2. Altri aspetti della vita sono più importanti e forniscono maggiori ricompense
3. Raramente hanno sperimentato una "grossa vincita"

Custer: la parabola del giocatore

Descrive il gioco patologico come una **malattia progressiva**, la quale attraverserebbe tre fasi successive:

1. La prima fase è la **fase vincente**, caratterizzata inizialmente da gioco occasionale e da qualche vincita importante. Lo scopo del gioco è soprattutto il divertimento e la distrazione. Spesso si verifica un progressivo aumento dell'attività di gioco e dell'investimento psicologico ed economico su di esso, senza tuttavia che ciò determini particolari conseguenze per il giocatore.
2. Dopo questo periodo di tempo il giocatore entrerebbe nella cosiddetta **fase perdente**, caratterizzata da un gioco sempre più solitario, da periodi di perdita prolungati, dall'eccessivo assorbimento e dalla progressiva perdita di controllo sul comportamento.
   - Si evidenzia una sempre maggiore perdita economica con il formarsi dei **primi debiti** e la richiesta dei primi prestiti. In questa fase, il giocatore tenderebbe a puntare su giochi che gli offrano **minori possibilità di vincita e che promettano vincite più elevate**. È in questa fase che s'innesca il **fenomeno dell'inseguimento delle perdite**.
3. Il passaggio successivo è verso la **fase della disperazione**, durante la quale c'è una **totale perdita della capacità di controllo** del comportamento di gioco e la persona può commettere atti illegali nel tentativo disperato di conquistare quella **big-win che è vista come l'unica possibile via di uscita**.
   - Sono comuni durante questa fase, un aumento dell'irritabilità, alterazioni del tono dell'umore repentine, attacchi di panico, fantasie di fuga o di suicidio; tuttavia il giocatore può ancora ostentare sicurezza, la quale viene riacquistata in particolare durante i momenti di gioco.

Custer identifica solamente quattro vie di uscita: il suicidio, la delinquenza (e l'incriminazione – penale ma anche finanziaria), la fuga o la richiesta d'aiuto.

Custer: la parabola del giocatore

La fase della disperazione può condurre il giocatore ad una **richiesta di aiuto**. Custer descrive il processo di cura del giocatore patologico, come un passaggio attraverso altrettante fasi, che chiama:

4. Fase critica,
5. di ricostruzione
6. di crescita.

Si giungerebbe in tal modo ad una modifica del proprio stile di vita, cioè ad un cambiamento dell'assetto psico-comportamentale dell'individuo, che gli consentirebbe di superare la dipendenza da gioco.

Custer: la parabola del giocatore

“Fasi del gioco d’azzardo patologico”

1. Fase Vincente
2. Fase Perdente
3. Fase della Disperazione

4. Fase Cruciale
5. Fase di Ricostruzione
6. Fase di Crescita

Fase di Ricostruzione

Il processo di risoluzione del problema può passare attraverso tre fasi distinte:

1. Fase del “non posso”
   - Attivare e rinforzare i sistemi di controllo per raggiungere una condizione di astinenza. Il giocatore non ha la possibilità e/o il permesso di giocare.
   - In termini terapeutici si indica questa fase come “riduzione degli stimoli” verso il gioco.
2. Fase del “non devo”
   - Dal controllo esterno alla consapevolezza interna: senza gioco si sta meglio.
   - In termini terapeutici il giocatore si attiva e viene rinforzato ad affrontare i propri impegni, riparare ai torti fatti, pagare i propri debiti.
3. Fase del “non voglio”
   - Il percorso di recupero può dirsi completo quando il divieto morale a non tornare a giocare si affianca ad un recupero dei valori personali, al significato di cosa è veramente importante per la propria vita, al ritrovare il proprio ruolo nella famiglia e nella società, alla valorizzazione di aspetti quali l’altruismo e la disponibilità verso gli altri.

Blaszczynski (2002)

Il lavoro di Blaszczynski e Nower fornisce una articolazione del disturbo da gioco da azzardo patologico in tre modelli psicopatologici:

1. Giocatori condizionati a livello comportamentale
   - fluttuano tra il gioco d'azzardo leggero a quello eccessivo; predominano elementi cognitivi distorti legati alla possibilità di vincere e/o una serie di giudizi sul controllo; evidente l'elemento di condizionamento comportamentale
2. Giocatori vulnerabili emotivamente
   - presentano alta comorbidità con ansia e depressione, una storia di scarsi risultati di abilità di coping e problem-solving, un background familiare negativo. Evidenti i sintomi psicopatologici e alternazioni dello sviluppo emotivo
3. Giocatori impulsivi e antisociali
   - si distinguono per la presenza di tratti di impulsività, disturbi di personalità antisociale, deficit di attenzione; si manifestano in molteplici comportamenti maladattivi gravi; l'impulsività influenza molti aspetti delle funzioni psicosociali legate al gioco.

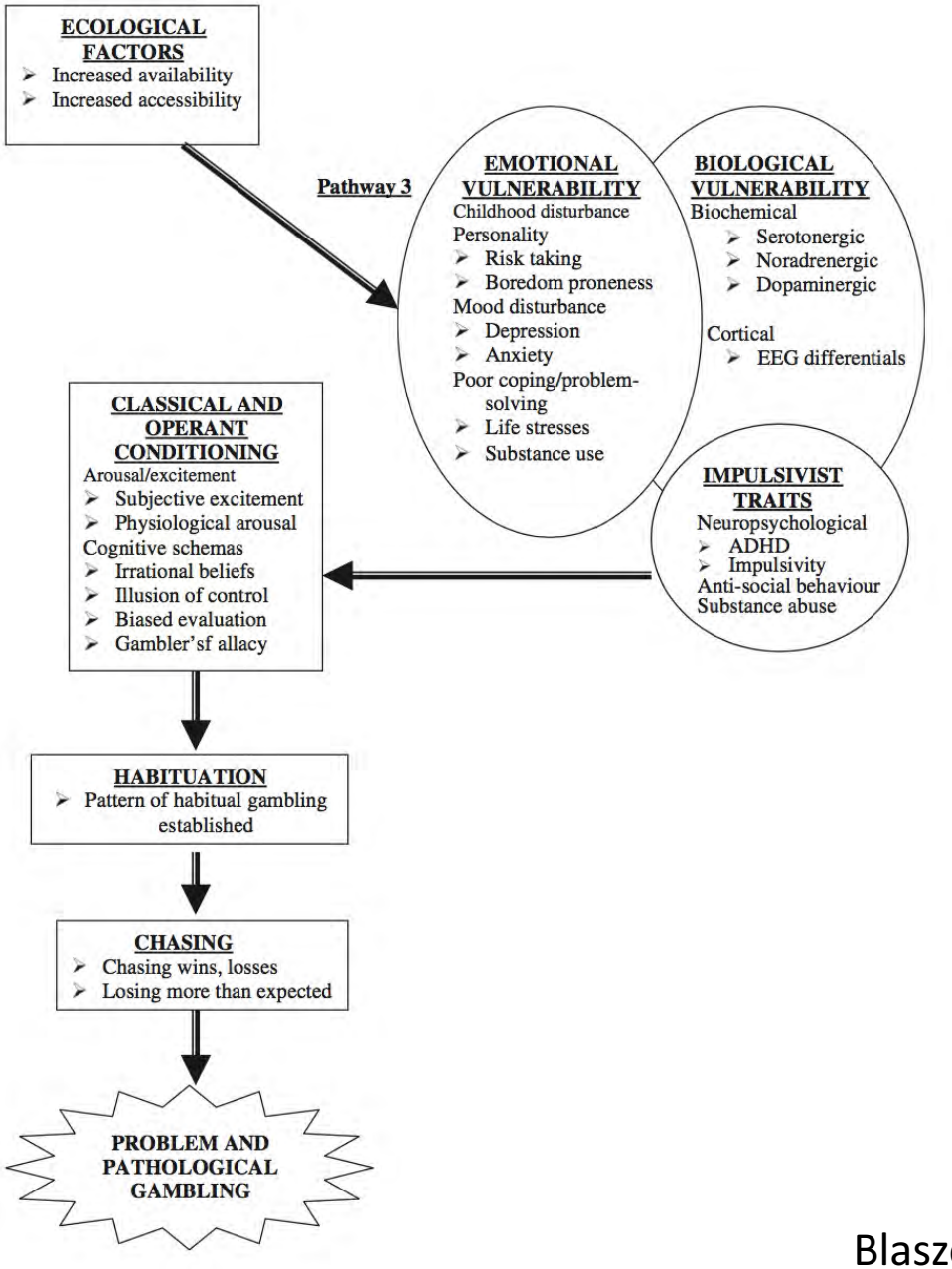


Figure 3 Integrated model of problem gambling, Pathway 3

Blaszczynski e Nower (2002)

Blaszczynski (2002)

Il modello di Blaszcynski è coerente con il modello proposto da Cloninger per classificare l'alcolismo:

- (Tipo 0): condizionamento comportamentale (Reward Dependence)
- Tipo 1: tardivo, ben inseriti socialmente (Self-Directedness, Cooperativeness)
- Tipo 2: precoci, antisociali, geneticamente predisposti (Novelty seeking)

Cloninger 1996	/	Type 1	Type 2
Blaszczynski 2002	Behaviorally-Conditioned	Emotionally Vulnerable	Antisocial-Impulsivist
Dannon 2006	Addictive	Obsessive-Compulsive	Impulsive

Welte (2011) Gambling and Problem Gambling

Wenneberg (2014) The Cloninger Type I/Type II Typology

Numerosi studi hanno cercato di identificare tratti di personalità e fattori significativi nel comportamento legato al GAP, sostanzialmente confermando o allargando il modello di Blaszczynski (Milosevic 2010).

- Lee et al (2007) studia fattori motivazionali (capacità sociali, divertimento per raggiungere emozioni positive [amusement], evitamento di emozioni negative [avoidance], sperimentare eccitazione, fattori monetari)

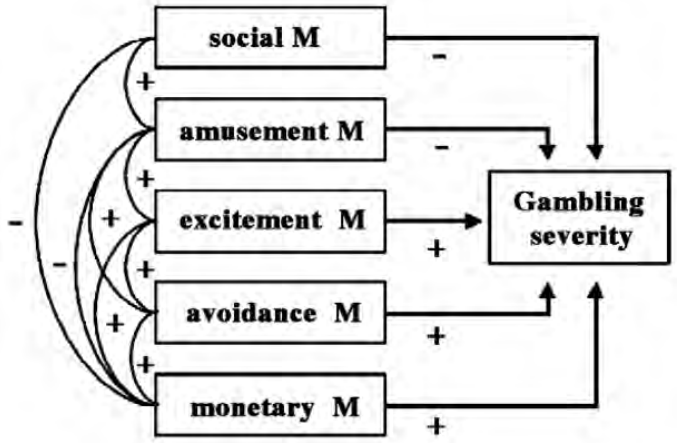


Fig. 2. Parallel model.

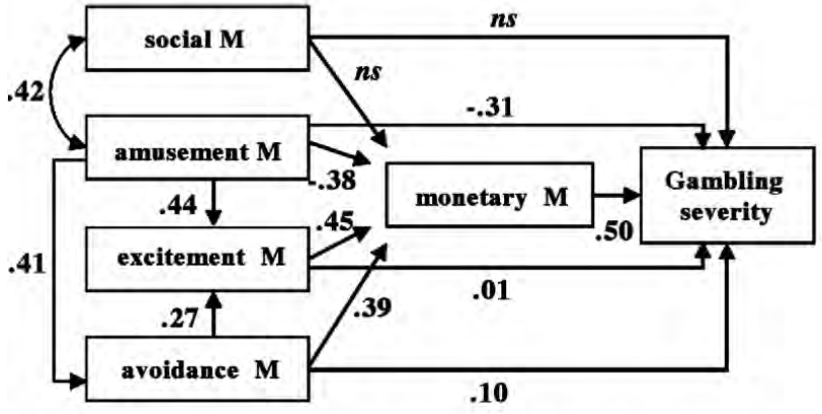


Fig. 3. Modified monetary motive mediation model.

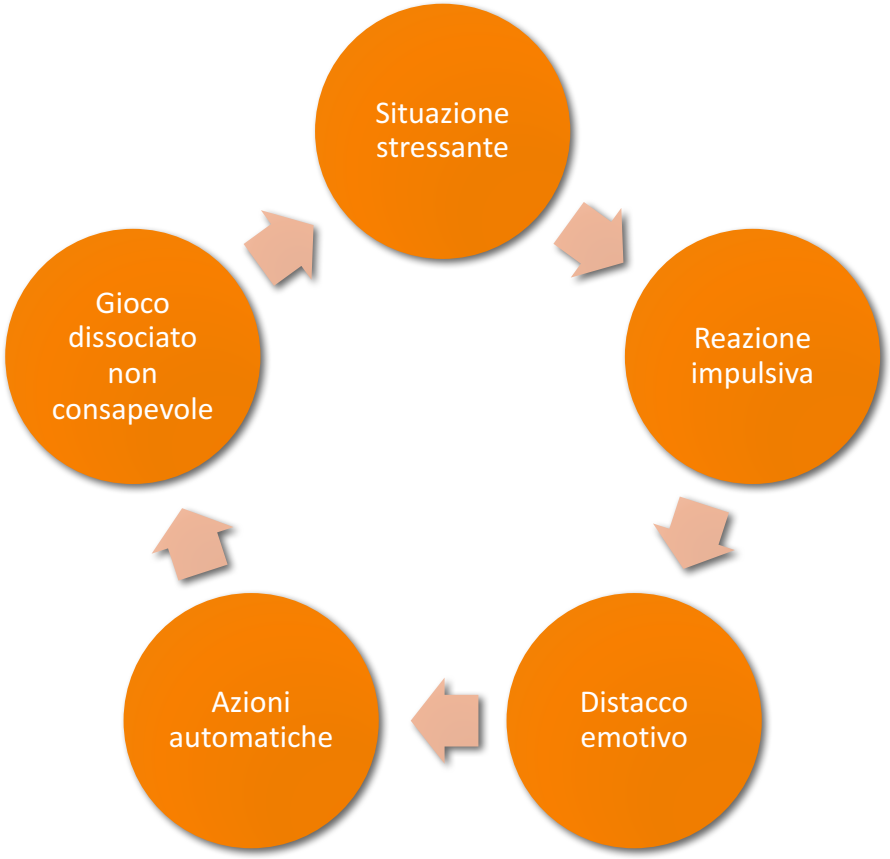
- Maccallum (2007) studia il ruolo della impulsività nel trattamento dei giocatori patologici.
  - **Impulsività funzionale** si ha rispetto ad una strategia dove un rapido processamento delle informazioni è ottimale.
    - Questa abilità è funzionale nel saper prendere decisioni adattive in situazioni ad alta intensità, anche legate al gioco d'azzardo
  - **Impulsività disfunzionale** si ha quando questa strategia non è funzionale, quando un approccio lento e metodico è richiesto rispetto a caratteristiche di propensione alla risposta veloce, inaccurata e non attenta.
    - Questa modalità è connessa a deficit del controllo inibitorio e incapacità a dilazionare la gratificazione.
  - I pazienti con minor impulsività disfunzionale mostrano di beneficiare maggiormente dai programmi terapeutici.

Misurare il Gioco

In letteratura sono presenti numerosissime scale, con funzione di semplice screening, con funzione diagnostica, con funzione di intervento psicoeducativo. In Italiano il miglior riferimento rimane il testo di **Capitanucci e Carlevaro (2004)**.

- Lie/Bet Questionnaire
  1. *Ha mai sentito l'impulso a giocare somme di denaro sempre maggiori?*
  2. *Si è già sentito di dover tenere nascosta l'entità del suo giocare a quelli che le sono più vicino?*
- South Oaks Gambling Screen (SOGS)
- Testi di Beaudoin e Cox
- Questionario sul comportamento d'azzardo KFG (Petry e Baulig)
- Gambling Attitudes and Beliefs Survey (GABS)

Identificare i cicli

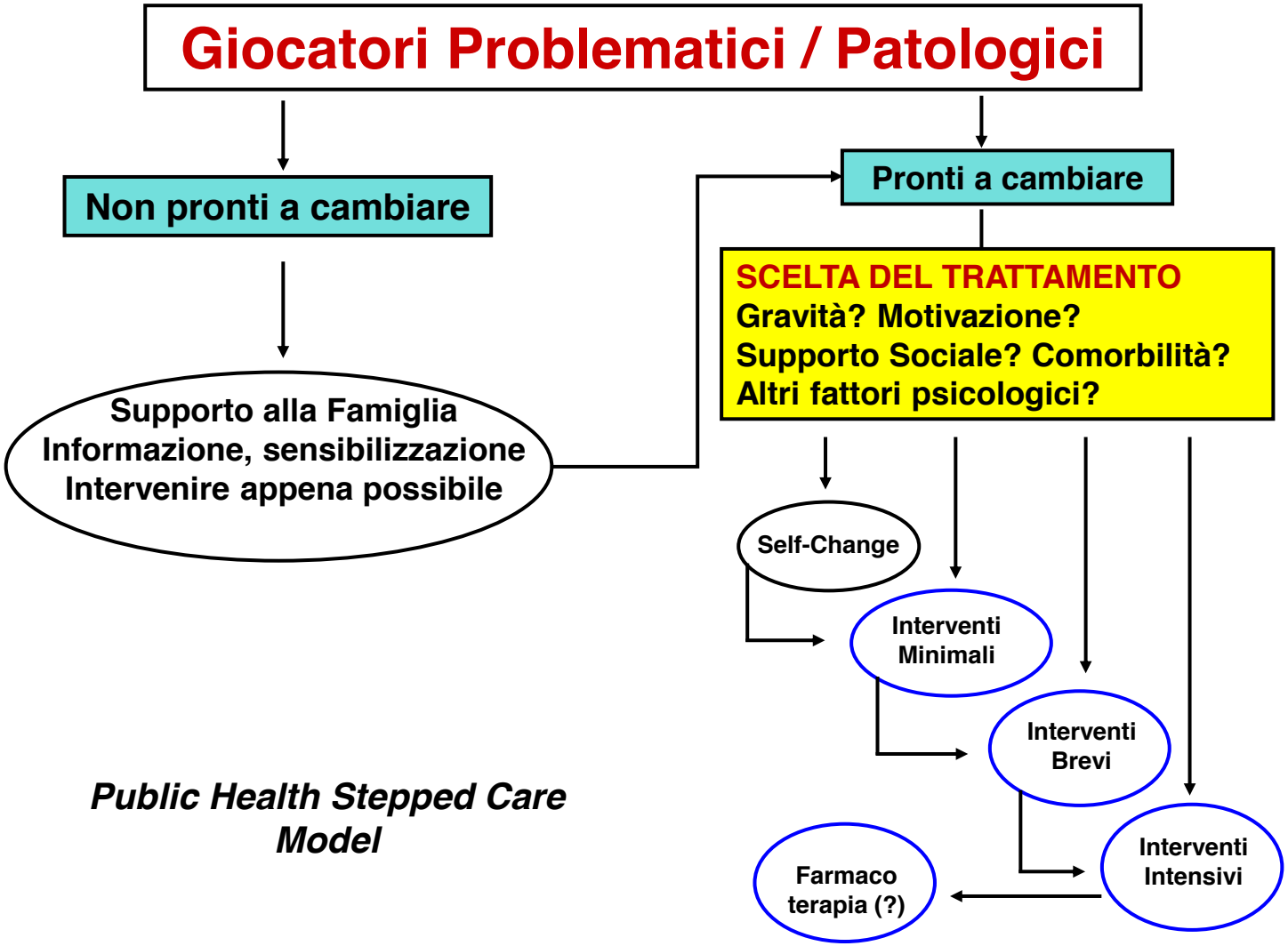


Modelli di Trattamento

Un giocatore che accetta di intraprendere un percorso di cambiamento deve sapere che:

- È possibile uscire dal problema del gioco, ma soluzioni facili non esistono;
- Il denaro perduto resta perduto;
- Mantenere la segretezza tende a far perdurare il problema;
- Il cambiamento richiede sempre una certa quota di fatica;
- Generalmente è necessario un aiuto esterno, soprattutto da parte dei familiari;
- È necessario un tempo variabile da caso a caso.

Smettere di giocare non è una decisione che si prende una volta per tutte, ma va rinnovata giorno dopo giorno.



Public Health Stepped Care Model

Hodgins, 2004 - modificato

Fiorin Bellio 2016

Blaszczynski e Nower

- Tipo I - Giocatori condizionati:
  - **Condizionamento e schemi cognitivi distorti**
  - Assenza di psicopatologia primaria rilevante
  - No temperamento impulsivo
  - No vulnerabilità genetica
  - Maggiore motivazione e compliance
  - Minore gravità, migliore prognosi
  - Efficacia trattamenti brevi
  - Possibile ritorno al gioco controllato (?)

Blaszczynski e Nower

- Tipo II - Giocatori emotivamente vulnerabili:
  - **Condizionamento e schemi cognitivi distorti**
  - Presenza di psicopatologia primaria rilevante e di esperienze traumatiche infantili
  - Bassa autostima, precarie abilità cognitive
  - Gioco come modulatore emotivo
  - Gravità significativa
  - Necessità di trattamenti a lungo termine sia per il gioco che per la psicopatologia di base
  - Impossibile ritorno al gioco controllato: astinenza totale come obiettivo

Blaszczynski e Nower

- Tipo III - Giocatori impulsivi antisociali:
  - **Condizionamento e schemi cognitivi distorti**
  - Predisposizione biologica all'impulsività anche al di fuori del contesto di gioco
  - Bassi livelli di funzionamento generale e/o comportamenti antisociali
  - Gravità elevata, prognosi severa
  - Bassa motivazione e compliance
  - Risposta scarsa anche a trattamenti a lungo termine
  - Difficoltà a mantenere l'astinenza

Approccio CBT

Il modello standard di intervento comportamentale e cognitivo si basa sul modello di intervento ERP finalizzato al comportamento di gioco:

- controllare il **comportamento sintomatico** di gioco compulsivo/impulsivo
- insegnare un controllo efficace e sistematico sull'impulso a giocare (attraverso la modifica consapevole delle **cognizioni disfunzionali** e l'acquisizione di nuove risorse)

Fasi dell'intervento

1. identificazione dei fattori scatenanti e di mantenimento
2. consapevolezza dei pensieri disfunzionali e cognizioni distorte sul gioco
3. psicoeducazione su gioco d'azzardo vs gioco di abilità; dinamiche sociali del mercato del gioco
4. elaborazione di pensieri alternativi e di prevenzione delle ricadute
5. acquisizione e pratica di abilità sociali, aumento autostima, gestione ansia ...

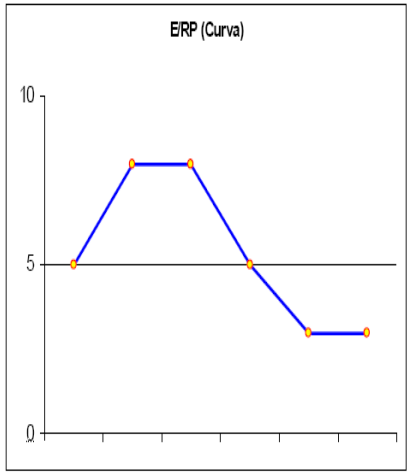
Petry 2014 …

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

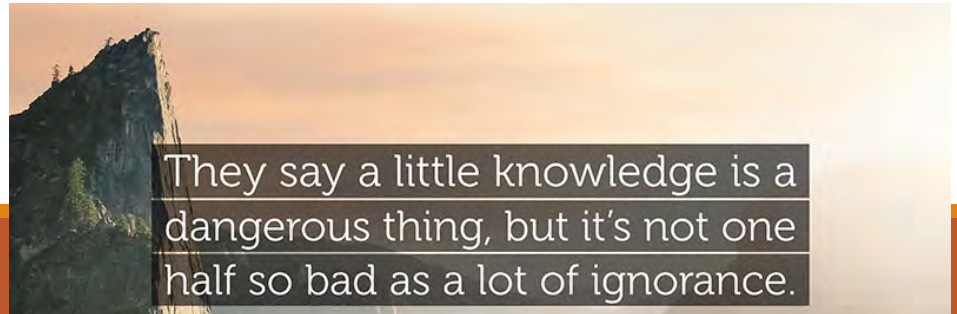
Gli interventi di tipo comportamentali o cognitivo comportamentali hanno **mostrato evidenze di efficacia, pur con molti limiti** (campione, cosa è realmente efficace, comorbilità…). È essenziale arrivare ad una **comprensione più articolata della popolazione clinica**, per identificare i fattori specifici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



Distorsioni cognitive

I giocatori patologici mostrano di intrattenere un rapporto particolare con la categoria della “sorte”: il loro pensiero risulta determinato da euristiche e pregiudizi che influiscono in maniera determinante sulla valutazione della realtà, aumentando la probabilità che il comportamento dannoso venga ripetuto (Kahneman & Tversky, 1974).

- **Gambler’s fallacy**: quando un evento generato dal caso devia dalla media, l’evento opposto viene giudicato più probabile (ad es. “se per 4 volte è uscito il nero, allora è più probabile che esca il rosso”);
- **Overconfidence**: gli individui esprimono una aumentata fiducia nelle proprie capacità che non è giustificata da dati reali (ad es. ritenersi più bravi di altri nell’indovinare i numeri, nel capire i meccanismi sottesi al gioco).
- **Trends in number picking** (Tendenze nei numeri): vengono individuate tendenze e “leggi” relativamente a distribuzioni casuali (errore tipico di chi pensa che i numeri “ritardatari” abbiano più probabilità di essere estratti, oppure che un numero appena estratto non sia probabile nelle estrazioni successive).
- **Illusory correlations** (Correlazioni illusorie): si rileva quando due eventi appartenenti a differenti domini della realtà vengono giudicati interdipendenti se si presentano in concomitanza (ad es. comprare un gratta e vinci fortunato e continuare a recarsi sempre nello stesso bar per acquistarne altri). E’ anche alla base dei comportamenti ritualistici e scaramantici.

Distorsioni cognitive

- **Avaliablity of other wins** (Vincite altrui): un errore logico che distorce in maniera piuttosto diretta la stima delle probabilità si presenta rispetto alle vincite realizzate dagli altri: fornisce la convinzione (credenza) che “vincere” sia un evento che capita regolarmente e che “per vincere basta continuare a giocare”.
- **Inherent memory bias** (Pregiudizi relativi alla memoria): questo pregiudizio interpretativo permette ai giocatori di far riferimento (inconsapevolmente) più spesso alle proprie esperienze positive di gioco piuttosto che a quelle negative (dimenticate), facilitando la decisione di mantenere il proprio comportamento.

http://www.stateofmind.it/2014/03/distorsioni-cognitive-gioco-patologico/

Errori comuni nel pensiero di un giocatore

- “Se getto il dado lentamente otterrò un punteggio basso”.
- “Avevo puntato sul 79; è uscito il 78. Accidenti! per un pelo... stavolta ci sono andato vicino”.
- “ Dopo 5 teste deve uscire una croce”.
- “ Se scelgo quella macchinetta avrò più probabilità di vincere: è calda e deve pagare”.
- “Se scelgo un pacco nuovo di gratta e vinci ho più probabilità di trovare dei premi rispetto a pacchi già aperti”.

Errori comuni nel pensiero di un giocatore

- Se gioca e vince penserà che può vincere di nuovo o ancora di più. Sarà spinto a giocare ancora fino a che avrà perso tutto.
- Se gioca, vince e riesce a smettere di giocare in pari o in vincita, si dirà allora che quello è un buon modo per fare soldi velocemente. Tornerà a giocare, fino a che avrà perso tutto.
- Se gioca e perde, vorrà allora recuperare il denaro perduto. Si ricorderà solo dei colpi di fortuna, e continuerà a giocare, fino a che avrà perso tutto.
- Se gioca e perde, si dirà che la prossima volta sarà quella buona. Tornerà a giocare, e alla fine perderà tutto.
- Che quel giorno vinca o perda, alla fine il giocatore eccessivo é dunque sempre perdente.

Approccio motivazionale

L'approccio psicoterapeutico di tipo motivazionale è finalizzato alla riduzione delle resistenze al cambiamento e al consolidamento della scelta motivazionale.

- Questa metodica nasce da oltre vent'anni per il trattamento delle dipendenze, da sostanze, da fumo e da altre dipendenze.
- Secondo questa prospettiva il lavoro psicoterapeutico incontra il cliente nelle differenti fasi dello sviluppo e delle fasi del rapporto dell'utente con il disturbo da dipendenza.
- Secondo un progetto strutturato il clinico sostiene l'utente nelle **differenti fasi del continuum del cambiamento**, consentendo progetto di trattamento specifici.
- Secondo questo approccio il clinico, anziché perseguire l'obiettivo a lungo termine di una completa risoluzione del problema della dipendenza, inizia a lavorare **sostenendo la motivazione dell'utente al cambiamento** secondo una **prospettiva incrementale** finalizzata al raggiungimento dello stadio successivo di cambiamento.
- Il focus è **sulle resistenze dell'utente** al cambiamento per sostenere il percorso motivazione dello stesso che cerca un trattamento al disturbo. La focalizzazione sulla riduzione delle resistenze si pone di raggiungere un sufficiente stato mentale in cui gli ostacoli interni e esterni siano diluiti o ammorbiditi a livelli sufficienti a guidare il processo di cambiamento.

Miller & Rollnick , 1991; Prochaska et al, 1992; Shaffer & Simoneau, 2001

Approccio motivazionale

Un approccio iniziale interessante per il trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico è fornito dal *Guided self-change for gambling (GSCG*):

1. Effettuare un esame completo e dettagliato del comportamento di gioco d'azzardo del cliente
2. Scegliere di voler cambiare e scegliere il relativo obiettivo di trattamento
3. Apprendere quali sono i fattori scatenanti e le conseguenze del comportamento di gioco d'azzardo del cliente
4. Imparare a controllare i fattori antecedenti al comportamento di gioco e mettere in pratica comportamenti alternativi
5. Imparare a mantenere i cambiamenti raggiunti

Whelan, Steenbergh e Meyers (2007, ed it. 2010)

Sobel e Sobell (1998, 2005)

Tabella I. *Linee pratiche per un intervento motivazionale nel GAP.*

Come impostazione generale, in tutti i casi, tenere in mente che la premessa di un lavoro motivazionalmente fondato con i Giocatori d'Azzardo Patologici si svolge lungo i seguenti processi:

1. stabilire una relazione terapeutica di comprensione e fiducia, improntata a empatia;
2. focalizzare il problema in maniera consensuale, vale a dire aiutare il paziente resistente a riconoscere l'esistenza del problema;
3. evocare il suo punto di vista sul problema stesso;
4. formulare un piano di lavoro con il paziente con obiettivi e tempi condivisi e concordati.

L'atteggiamento di fondo è basato sull'Ascolto Riflessivo.

Può essere utile esplorare direttamente ed esplicitamente Importanza attribuita dal paziente al cambiamento, e Fiducia nel poterlo fare, con due domande tipo:

"Quanto è importante per lei, su una scala da 0 a 10, affrontare il problema del GA per come lei lo vive?"

"Quanta fiducia ha di poter affrontare con successo il problema del GA nella sua vita?"

Sulla risposta a queste due domande chiedere "Perché mi ha risposto X e non invece X-?" (ad esempio: "Perché mi ha risposto 4 e non invece 1?"; e poi, nell'ordine: "Che cosa ci vorrebbe perché mi rispondesse 10 anziché 4?), ed elaborare sulle risposte dando atto dei punti di vista espressi dal paziente.

Guelfi, in Lavanco (2013), pp. 44-45

Formarsi l'idea di quanto il paziente sia non-pronto/incerto/pronto			
Stato	**Segni**	**Intervento di base**	
		Evitare	**Fare**
Soggetto non-pronto	Inviato da altri. Minimizza/nega il problema. Incline a non volerne parlare, a parlare d'altro. Può mostrarsi infastidito dall'intrusione del professionista nel problema. Alle domande di cui sopra su Importanza e Fiducia potremo avere Importanza bassa e Fiducia bassa; oppure anche Importanza bassa e Fiducia illusoriamente alta	Non aggredire il paziente con approcci tecnicistici e autoritari. Non biasimare, disprezzare, minacciare, criticare, drammatizzare. Non commentare corrosivamente le risposte su Importanza e Fiducia. Evitare una focalizzazione troppo precoce. Evitare pensieri onnipotenti	Ascoltare, puntando innanzitutto a creare una relazione di fiducia. Esplorare ragioni e conseguenze del comportamento con atteggiamento comprensivo. Mostrare di voler capire e di aver capito. Esplorare desiderio, ragioni, necessità e abilità percepite rispetto al problema. Dare disponibilità a rivedersi
Soggetto incerto	Esprime ambivalenza. Ammette il problema ma dichiara di non riuscire ad affrontarlo. Racconta tentativi e ricadute. Vorrebbe impegnarsi ma teme di non farcela. Ha paura di come starebbe se smettesse	Non biasimare per l'incoerenza manifesta, non inasprire la contraddizione. Non giudicare. Non schierarsi apertamente per il cambiamento	Esplorare l'ambivalenza (pro e contro). Sostenere i tentativi fatti, valorizzando lo sforzo e l'impegno malgrado il fallimento. Esplorare ragioni e pratiche dei tentativi fatti (e da fare), accogliere le ragioni dei fallimenti
Soggetto pronto	Dichiara apertamente che ha il problema, anche se magari non ha chiari tutti i suoi termini. Di base esprime il desiderio di smettere, ma potrebbe essere un desiderio superficiale e poco solido.	Non dare per scontato che il soggetto sia motivato e pronto. Non esprimere comunque scetticismo sul suo stato motivazionale. Non passare alla progettazione di un intervento in modo non concordato	Esplorare e sostenere ragioni, desiderio, necessità e capacità di superare il problema. Ascoltare le difficoltà prevedibili. Chiedere che cosa potrebbe migliorare la fiducia nel successo. Se si decide di fare un invio specialistico, sempre mantenere la relazione manifestando la disponibilità all'aiuto. Concordare un piano, senza forzature, passando da ragioni, desiderio, necessità e capacità a impegno, attivazione, piccoli passi verso il cambiamento

Guelfi, in Lavanco (2013), pp. 44-45

Approccio motivazionale

1. Running start assessment
   - Promuovere la partecipazione attiva del cliente al trattamento
   - Identificare eventuali comorbidità
   - Considerazione iniziale dei pro e dei contro
   - Misurazione della gravità
   - “il monte della guarigione”
2. Feedback motivazionale
   - Esaminare ogni recente episodio di gioco
   - Dare un feedback sul comportamento di gioco e dei suoi effetti
   - Analizzare gli esercizi di bilanciamento decisionale
   - Scegliere gli obiettivi
3. Fattori scatenanti e conseguenze
4. Opzioni, alternative e piani di trattamento
5. Prevenzione delle ricadute
   - Gestire le situazioni ad alto rischio
   - Considerare i cambiamenti

Azzardo e Nuove Dipendenze
Associazione di Promozione Sociale

ALEA
Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio

Approccio Psico-Educativo

Le Associazioni italiane che raggruppano i SerD hanno formulato un protocollo psicoeducativo strutturato secondo le seguenti tematiche, che possono essere affrontate anche in gruppo:

- 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 psico-sociali
- 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 (con il supporto di figure esterne da definirsi)
- La prevenzione delle ricadute

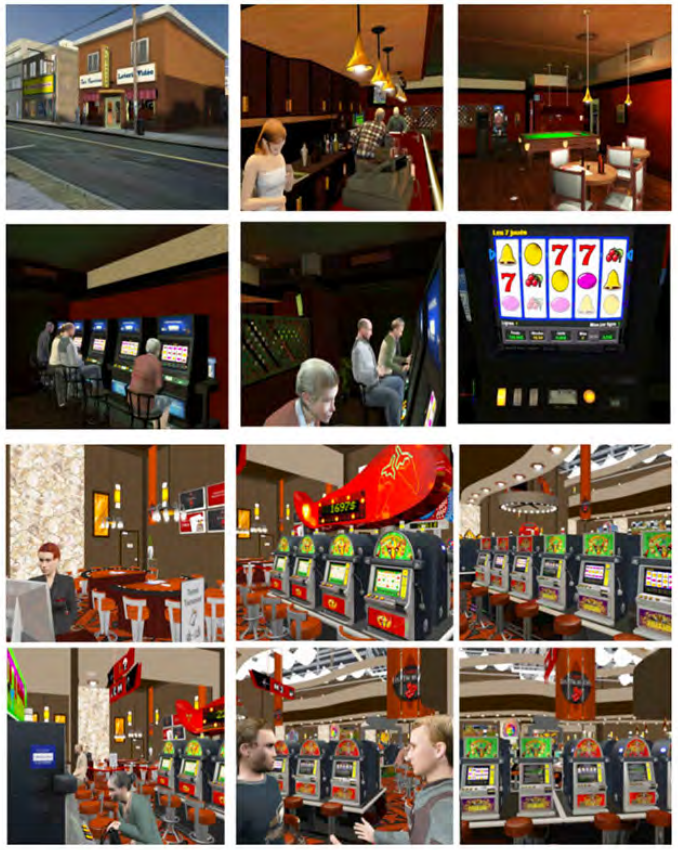
Bellio, Fiorin, Giacomazzi, 2011 / Bellio Croce, 2014

www.andinrete.it/portale/index.php?page=4

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.

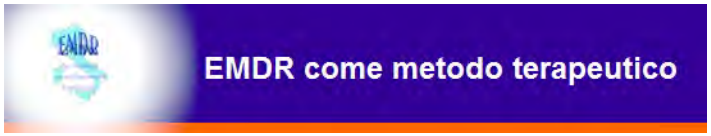


Approccio metacognitivo

Recenti studi mostrano come le capacità metacognitive siano spesso deficitarie nei pazienti con GAP. Un training meta-cognitivo potrebbe essere utile per potenziare le abilità di controllo dei giocatori, anche rispetto a tratti di impulsività (disfunzionale).

- Impaired insight into behavior may be one of the clinical characteristics of pathological gambling.
- We tested whether the capacity to evaluate accurately the quality of one's own decisions during a non-gambling task was impaired in problem gamblers
- These findings suggest that problem gamblers are impaired in their metacognitive abilities on a non-gambling task, which suggests that compulsive gambling is associated with poor insight as a general factor.
- Clinical interventions tailored to improve metacognition in gambling could be a fruitful avenue of research in order to prevent pathological gambling

Brevers 2014



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

Hase 2008

- **EMDR Reprocessing of the Addiction Memory.** EMDR was applied to reprocess the addiction memory (AM) in chronically dependent patients. The AM includes memories of preparatory behavior, drug & behavioural effects (drug use), and loss of control. Results indicate that EMDR might be a useful approach for the treatment of addiction memory and associated symptoms of craving.

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.

Mindfulness per la prevenzione delle ricadute

L'approccio basato sul *Mindfulness Based Relapse Prevention* (MBRP) è un programma di *aftercare* che combina:

- le abilità CC di prevenzione delle ricadute
- la pratica meditativa della mindfulness

È adatto a persone motivate al mantenimento dei risultati raggiunti, propense a migliorare il benessere attraverso cambiamenti nello stile di vita. Il percorso si struttura in 8 tappe:

1. Pilota automatico e ricaduta
2. Consapevolezza degli eventi scatenanti e craving
3. Mindfulness nella vita quotidiana
4. Mindfulness nelle situazioni ad alto rischio
5. Accettazione e azione efficace
6. Vedere i pensieri come pensieri
7. Cura di sé e stile di vita equilibrato
8. Supporto sociale e proseguimento della pratica

Bowen Chawla Marlatt (2011) Mindfulness e comportamenti di dipendenza

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

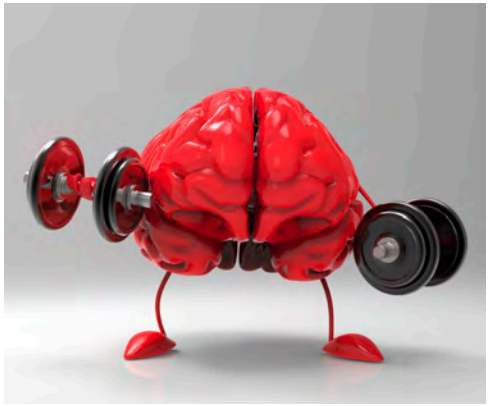
In letteratura **non** vi è un consenso sulla relazione tra **GAP e sintomi depressivi** (*di personalità? solitudine esistenziale in primis ?*). Un approccio clinico evidenzia la necessità di un intervento specifico su **entrambi** i disturbi.

- 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).

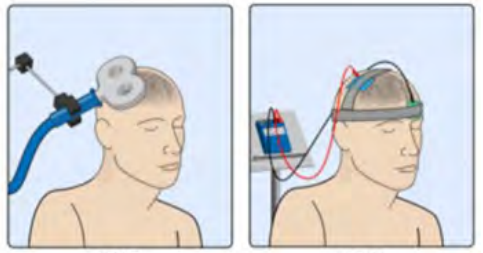


Le tecniche di neuro-stimolazione prese in considerazione sono state la

- **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).

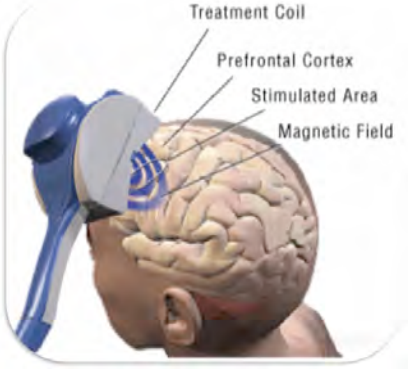
- I ricercatori non hanno riscontrato differenze significative tra le due tecniche che hanno un effetto di riduzione del craving.
- Non sono emerse differenze tra l'effetto sulle diverse sostanze d'abuso, e tra droghe e cibo.

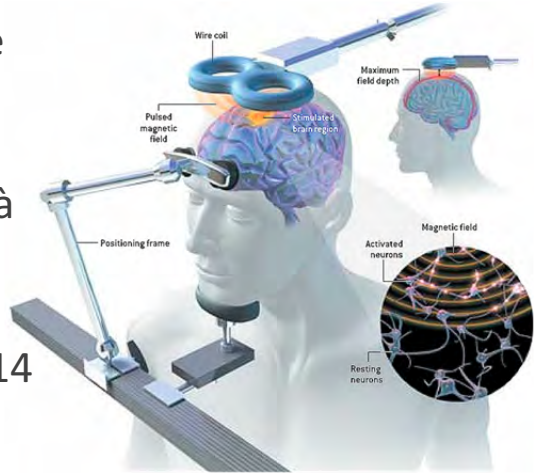


Vi sono prove evidenti che la neuro-stimolazione non invasiva della DLPFC diminuisce i livelli di craving nella dipendenza da sostanze.

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.

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**.

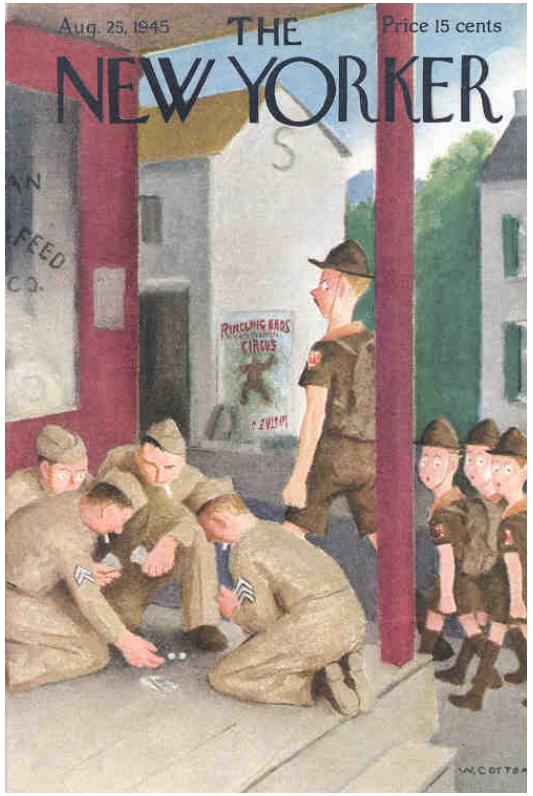
Ibanez 2001

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

Intervento ospedaliero

ESPERIENZA DI RICOVERO

A VILLA SANTA CHIARA - VR

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):

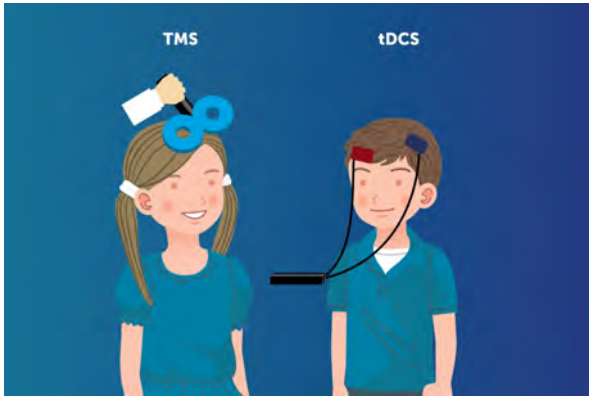
- Definizione dettaglia del comportamento di gioco d'azzardo secondo un modello CBT
- Identificazione dello stadio motivazionale e identificazione delle resistenze al cambiamento
- Presentazione delle fasi tipiche del disturbo e delle conseguenze
- Identificazione dei fattori scatenanti e delle conseguenze 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

CON LA COLLABORAZIONE DEGLI

EDUCATORI PROFESSIONALI
DELLA UOC SER.D. ULSS 20

Bibliografia

Bibliografia

La letteratura sul Gioco d'Azzardo in italiano e internazionale è vastissima. Per iniziare in italiano suggerisco:

- Whelan, Steenbergh Meyers (2010), **Gambling**. Gioco d'azzardo problematico e patologico, Giunti OS.
- Bellio, Croce (2014). **Manuale sul gioco d'azzardo**. Diagnosi, valutazione e trattamenti. FrancoAngeli.
- Lavanco (2013), Il Gioco d'Azzardo Patologico. Orientamenti per la prevenzione e la cura. Pacini.

Fondamentali i seguenti lavori internazionali:

- Blaszczynski, Nower (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*.
- Petry et al. (2014). An overview of and rationale for changes proposed for pathological gambling in DSM-5. *J. Gambl Stud*.

Letteratura

- Fedar Dostoevskij, “Il Giocatore”, 1866.
  - Romanzo autobiografico di parte della sua vita in cui giocava d’azzardo, utile per la lettura di alcune parti e per citazioni
- Collodi, “Le avventure di Pinocchio”
  - il gatto e la volpe lo convincono a sotterrare le monete nel Campo dei miracoli (simil scommessa) per poi rubargliele
- Dante, “Divina Commedia”, VI canto del purgatorio.
  - Dante parla della Zara: La zara (v. 1, dall'arabo zahr, «dado») era un gioco simile alla morra, assai diffuso nell'Oriente bizantino e a cui si giocava in due gettando tre dadi su un tavolo. Ripetendo il numero delle volte indica probabilmente che il perdente ritenta le gettate dei dadi, o forse che ripensa al gioco:

Grazie

Ai pazienti dai quali ho imparato che dietro ogni sintomo, anche il più distruttivo, c'è sempre un tentativo maldestro di gestire emozioni difficili e storie traumatiche …

Ai miei amici dello studio Attiva*la*Mente.it

A tutti i colleghi di Villa Santa Chiara

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