SCRITTURE e PRATICHE

Sabina Rosa, Carlo Simonini, Annamaria Barbieri, Daria Vellani

Quella cinica, bugiarda dipendenza: gli interventi educativi nel trattamento del gioco d'azzardo patologico.

That cynical, lying addiction: educational intervention in the treatment of pathological gambling.

ABSTRACT: Il Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) è una malattia mentale riconosciuta dal 2013 nel DSM-5 tra le forme di addiction. Dal 2017 la prevenzione e la cura delle persone affette da DGA è inclusa in Italia nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ovvero tra le prestazioni e i servizi che il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini. Il terzo settore partecipa e collabora con il SSN all'applicazione dei LEA con differenti tipi di interventi. L' articolo intende illustrare attraverso un caso clinico esemplificativo, alcuni dei percorsi di cura disponibili sul territorio e offrire un inquadramento teorico della patologia.

ABSTRACT: Gambling Disorder (GD) is a recognised mental illness since 2013, when it was included in the DSM-5 as a form of addiction. Since 2017, the prevention and treatment of individual suffering from gambling disorder has been included in Italy in the Essential Levels of Care (Livelli Essenziali di Assistenza - LEA), among the benefits and services that the National Health System is required to guarantee to all citizens. The third sector participates and collaborates with the SSN in the application of the LEA with different types of interventions. The article aims to demonstrate the range of treatment options available in the territory by means of a clinical case study, and to provide a theoretical framework for understanding the pathology in question.

SOMMARIO: Introduzione - 1. Background teorico - 2. Una storia per comprendere la patologia - 3. La presa in carico e i trattamenti - Conclusioni - Bibliografia

Introduzione

Il gioco, il gioco d'azzardo e il disturbo da gioco d' azzardo (DGA) rappresentano la cornice concettuale di questo articolo. Si utilizzerà la classificazione

dei giochi proposta da Roger Caillois per descrivere il gioco e il gioco d'azzardo; le fasi di Robert Custer e le tipologie suggerite da Alexander Blaszczinsky e Lia Nower per definire il giocare d'azzardo, la prospettiva cognitivo comportamentale per comprendere il consumo di gioco e quella sistemico relazionale per gli interventi del prendersi cura.

La definizione di gioco d'azzardo si ricava dall' articolo 721 del codice penale:

> «Sono giochi d' azzardo quelli in cui ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita sono interamente o quasi interamente aleatorie.» (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 1930)

In Italia, il fenomeno del gioco d'azzardo sta crescendo, e questa tendenza sembra essere inversamente correlata alla situazione economica attuale. Quando le persone perdono fiducia nelle proprie capacità di risolvere problemi finanziari ed emotivi, spesso si sentono attratte dall'idea di tentare la fortuna, sperando che possa "cambiare loro la vita" o almeno alleviare la situazione difficile in cui si trovano. Il gioco d'azzardo si caratterizza per il desiderio di vincere denaro scommettendo sulla casualità e sulla fortuna. Nel breve termine, i giocatori possono sviluppare la convinzione di poter prevedere il risultato, anche se si tratta di una distorsione cognitiva. La ricerca della vittoria può diventare una sorta di ossessione per coloro che scommettono somme sempre più consistenti, portandoli a perdere più di quanto avessero pianificato. Questo porta alla seconda fase della dipendenza da gioco d'azzardo, in cui si gioca per recuperare le perdite e rimettere le cose a posto. L'Italia si distingue come uno dei Paesi al mondo con la più alta incidenza di gioco d'azzardo pro capite, classificandosi al primo posto in Europa e al terzo nel mondo per la quantità di gioco praticato (Ufficio Organizzazione Qualità Ricerche del Comune di Modena, 2016).

Le statistiche indicano che in Italia giocano d' azzardo almeno una volta l'anno 18,5 milioni di persone e di questi 1,5 milioni hanno un profilo problematico (CGIL Federconsumatori di Modena, 2023). Il gioco d'azzardo on line ha equiparato quello fisico nel 2019 e lo ha superato nel 2020 con una spesa nel 2022 di 73 miliardi di euro pari a 1729 euro procapite. In Italia nel 2022 sono stati spesi 136 mld di euro in gioco d'azzardo legale fisico o on line con un incremento del 21% rispetto al 2021. Si pensi che al contrario la spesa per prodotti alimentari è stata di 160 mld, e lo stanziamento per il sistema del Sistema Sanitario nazionale è stato di 128 md (CGIL Federconsumatori di Modena, 2023).

Sono sempre di più le persone che giocano sia da remoto che in sale da gioco fisiche, i cosiddetti "supergiocatori".

1. Background teorico

Il gioco è una parte fondamentale della storia umana, risalendo a migliaia di anni fa. Le sue origini sono intrinseche alla natura stessa dell'uomo. Infatti diversi autori lo hanno studiato. Secondo Konrad Lorenz (1978) etnologo, il gioco è un comportamento ludico ovvero una delle manifestazioni filogeneticamente ed ontologicamente più significative nella storia evolutiva degli animali e dell'uomo. Donald Winnicott (1971), pediatra e psicoanalista, affermava che nel giocare l'individuo è in grado di essere creativo, di fare uso dell'intera personalità e scoprire il Sé. Jean Piaget (2001), psicologo e pedagogista, definì il gioco come lo strumento primario per lo sviluppo cognitivo del bambino e come la più spontanea abitudine del pensiero infantile. Johan Huizinga (1982) sosteneva che l'uomo prima che faber sarebbe stato ludens e che l'intera civiltà umana si sia sviluppata nel gioco e come gioco.

Roger Caillois (1958), scrittore e sociologo francese, parte dall'idea che, nonostante il gioco si manifesti in molteplici forme, tutte condividono una serie di caratteristiche essenziali. In primo luogo, c'è la libertà: il gioco non può esistere se la persona non sceglie volontariamente di parteciparvi. La distinzione si trova nel fatto che il gioco è un'attività ben definita nel tempo e nello spazio. L'elemento di incertezza è un aspetto distintivo non solo dell'esito finale, ma anche dello svolgimento stesso del gioco. Egli distingue i giochi in quattro differenti tipologie: giochi di agon (di competizione), di Ilinx (di vertigine), di Mimicry (di maschera o imitazione) e di Alea (di fortuna).

Mauro Croce (2018), psicologo, psicoterapeuta e criminologo, riprendendo Caillois, afferma che nei giochi di competizione, il giocatore deve fare affidamento esclusivamente sulla propria capacità, forza, preparazione e destrezza, mentre nei giochi di fortuna è portato a cercare segni o indizi che possano influenzare il risultato a suo favore. Questa distinzione tra giochi basati sulla competizione e giochi basati sulla casualità è fondamentale per comprendere la psicologia del giocatore d'azzardo, la cui mentalità è spesso dominata da pensieri magici. Se gli animali possono partecipare a giochi competitivi, di mimetizzazione e di sfida, l'atto di attendere passivamente un pronunciamento del destino e rischiare deliberatamente una somma nella speranza di moltiplicarla (anche a rischio di perderla) richiede una capacità di previsione, immaginazione e speculazione propria dell'essere umano.

Certamente, Caillois riconosce pienamente che queste due componenti, l'argon e l'alea, possono essere fuse insieme in una miscela equilibrata di abilità e fortuna, come nel caso del Poker. Anzi, sottolinea successivamente nel saggio che questa combinazione tra casualità e competizione è una delle più sagge e riuscite, rispetto alle altre possibilità.

È quindi importante definire il gioco d'azzardo per comprenderne la sua complessità. Avvalendosi della definizione del Vocabolario della lingua italiana Zingarelli, il gioco d'azzardo è quello posto in essere al fine di lucro, in cui la vincita o la perdita è interamente aleatoria. Gli elementi peculiari del gioco d'azzardo sono:

- i giocatori scommettono denaro o altri oggetti di valore;
- la scommessa, una volta giocata, non può essere ritirata;
- l'esito del gioco dipende totalmente - o prevalentemente - dal caso.

Il gioco d' azzardo (fisico e on line e ammesso che questa distinzione abbia ancora un significato e non sia più attuale pensare in termini di onlife come propone il filosofo Luciano Floridi (2014) rientra perciò tra i giochi di Alea (con possibili commistioni di Agon, Mimicry, Ilinx intesa come sovra stimolazione fisiologica).

Il gioco d' azzardo è stato trasformato dalle nuove tecnologie in forme sempre più simili all' attività video ludica per avvicinare la popolazione più giovane. L'utilizzo della rete e il conseguente azzeramento di tempo e spazio (si può giocare ovunque e sempre) è stato un primo fondamentale movimento in questa direzione. Lo sconfinamento del gioco di azzardo verso l'agon e del video gioco verso l'alea, sono modalità di avvicinamento e fusione per attrarre maggiore pubblico. Il legame tra le due forme di gioco può essere differente (Lancini, 2019):

1) le slot machine o i casinò virtuali (semplici trasposizioni nel virtuale del gioco reale;
2) il gioco d'azzardo è rappresentato nel videogioco come possibilità e non come centro del gioco e si gioca con denaro virtuale (es. GTA);
3) videogiochi in cui non si fa riferimento esplicito al gioco d'azzardo ma nei quali si utilizzano meccaniche/stili di gioco identiche al gioco d'azzardo: il grinding consiste nell' indurre il giocatore a ripetere la stessa azione nella speranza di ottenere un premio virtuale che viene elargito dal sistema in modo casuale;
4) loot box: gioco d' azzardo classico come meccanica: scatole virtuali che si possono acquistare con denaro reale e che forniscono al giocatore premi in modo casuale – come le slot machine

È importante differenziare l'utilizzo di videogiochi dal gioco d'azzardo (Lemmens, Valkenburg, & Peter, 2011). Sia nei videogiochi (console) che nel gioco d'azzardo (videoslots) è presente un'interfaccia interattiva, che permette al giocatore di gestire le informazioni che riceve dallo schermo sia dal punto di vista temporale che spaziale. Ci sono però alcuni elementi che evidenziano le differenze. Il gioco d'azzardo prevede sempre l'elemento denaro come essenziale per la riuscita del gioco e nel caso della patologia il giocatore arriva ad avere una rappresentazione distorta delle realtà sui successi e fallimenti ma che sono il motore motivazionale per continuare a giocare. Nel videogioco invece la spinta motivazionale nasce dal desiderio di superare i livelli

del gioco, raggiungere punteggi sempre più elevati e superare delle sfide, cioè dall'immedesimazione tra il giocatore e il suo personaggio con le sue abilità e qualità. Nel videogioco può essere presente l'elemento denaro inteso però come elemento accessorio (Marcur & Pontes, 2021). Il giocatore può decidere di spendere del denaro per ottenere delle skills o degli accessori per abbellire il proprio avatar (pay to progress) oppure utilizzare denaro reale per poter procedere nel videogioco (pay to win) (Gibson, Griffiths, Calado, & Harris, 2022).

Un altro elemento su cui riflettere è il significato del piacere del gioco. I giocatori d'azzardo come i giocatori di videogiochi ricercano uno spazio immersivo, il piacere e il flusso diretto tra intenzione e azione. È possibile dissimulare la realtà e costruirne una nuova come una vera e propria fuga dalla vita reale soprattutto se considerata frustrante (Croce & Rascazzo, 2013). Tuttavia, il giocatore d'azzardo è coinvolto nel piacere del rischio, nell'imprevedibilità del risultato di ogni partita, nella scommessa di poter cambiare in meglio la propria situazione. Il videogioco invece propone uno spazio di divertimento attraverso un'attività protetta all'interno di un ambiente virtuale che permette di sperimentare qualsiasi tipo di emozione infinite volte (Triberti & Argenton, 2019).

Sono gli elementi che caratterizzano la patologia a creare delle affinità tra la dipendenza da videogiochi (Gaming disorder) e il giocare d'azzardo patologico (Gambling disorder).

È ancora Caillos a descrivere il modo in cui il gioco può degenerare. La malattia non è dunque nel gioco, ma nella "degenerazione" del comportamento di gioco, nella perdita di controllo del limite che il giocatore definisce e poi non è in grado di rispettare. Il problema non è il gioco d'azzardo o il videogioco di per sé ("drugs" intesa come oggetto di dipendenza), ma il rapporto che la persona sviluppa nei confronti del gioco (il set, inteso come l'insieme delle variabili soggettive che concorrono a determinare un uso sintomatologico del comportamento), modulato dalla pressione dell'offerta commerciale (il setting inteso come contesto, condizione ambientale in cui si sviluppa il comportamento).

Un giocatore d'azzardo non problematico gioca per piacere, accetta di perdere il denaro puntato, non torna a giocare per rifarsi e gioca secondo le sue possibilità di tempo e denaro. Il giocatore patologico invece ha perso il controllo sulle sue attività di gioco, mente, sperimenta problemi nell'ambito lavorativo, familiare e sociale a causa del gioco, arrivando persino talvolta a rubare o commettere altri illeciti, nel tentativo costante di cercare di recuperare le perdite.

Il decorso della patologia è solitamente ingannevole. La persona può rimanere giocatore d'azzardo sociale per diversi anni per poi sfociare nella malattia in modo brusco a causa di periodi particolarmente stressanti o per una maggiore esposizione al

gioco. Il disturbo è cronico, con un lungo decorso per cui si possono alternare periodi di non gioco o gioco sociale a ricadute. Situazioni di vita critiche, difficili, momenti di crisi possono infatti aumentare l'impulso e l'attività di gioco d'azzardo. La dipendenza da gioco d'azzardo è definita infatti come una malattia neuropsicobiologica conseguente ad un comportamento volontario (a giocare d'azzardo) in una persona già vulnerabile e predisposta a sviluppare una dipendenza che, verosimilmente, presenta un'alterazione nel sistema neurobiologico della gratificazione (sistema dopaminergico) e del controllo degli impulsi (alterazione del funzionamento della corteccia prefrontale) e delle funzioni cognitive correlate (Anselmi, Montaldo, & Pomilla, 2019).

Dal 1980 il DSM (Manuale Diagnostico Statistico dei disturbi Mentali) riconosce che il giocare d' azzardo può diventare un vero e proprio disturbo mentale. Nella sua ultima versione del 2013 viene descritto come Gambling Disorder e incluso nella sezione delle addiction. Secondo il DSM-5, la caratteristica essenziale del disturbo da gioco d'azzardo è un comportamento disadattivo legato al gioco d'azzardo, persistente o ricorrente, che sconvolge attività familiari, personali e/o professionali (Criterio A). Il disturbo da gioco d'azzardo è definito da un cluster di quattro o più sintomi che si verificano in un periodo di 12 mesi. Secondo il criterio B il comportamento legato al gioco d'azzardo non rimanda ad un episodio maniacale. Rispetto alla gravità, in generale, mettere in pericolo le proprie relazioni o il proprio lavoro e confidare sugli altri per ottenere denaro per le perdite sono i criteri che compaiono più tardivamente e che indicano un disturbo da gioco d'azzardo più grave. Il mentire viene indicato solo nel DGA come criterio per fare diagnosi quindi è un elemento caratterizzante della diagnosi.

Scrive Cenedese (2005) in un suo articolo:

> «La teoria comportamentale offre una chiave di lettura irrinunciabile per comprendere i meccanismi automatici presenti nel comportamento di gioco.» (Canedese, 2005, p. 85-98)

Infatti, gli autori di matrice cognitivo-comportamentale definiscono il gioco d'azzardo come un comportamento maladattivo appreso mediante i meccanismi di condizionamento classico e operante (le due forme principali di apprendimento associativo).

Se il contributo della teoria comportamentale ha permesso di delineare e tracciare i meccanismi responsabili dell'innesco e dell'apprendimento di un comportamento disfunzionale, la teoria cognitiva ha integrato le conoscenze sulla patologia dell'addiction, sottolineando quanto alcune distorsioni cognitive (l'orientamento psicodinamico parlerebbe di pensiero magico) legate al gioco d'azzardo enfatizzano e fissino il problema.

Namrata Raylu e Tian Po Oei (2010) hanno raccolto in cinque grandi aree le principali distorsioni presenti nei racconti dei giocatori:

- l'illusione di controllare la sorte;
- il controllo predittivo degli esiti del gioco;
- le distorsioni interpretative;
- le aspettative relative agli effetti del gioco;
- la convinzione di non poter controllare gli impulsi.

L'illusione di poter controllare la sorte attraverso le abilità, la competenza o le conoscenze personali si manifesta attraverso un controllo attivo, con la credenza che pensieri, parole o comportamenti possano influenzare il risultato del gioco (superstizioni), o passivo, con l'illusione di poter controllare la fortuna, interpretando ciò che accade in altre aree della vita come segnali di futuro successo o insuccesso nel gioco. Riguarda anche la valorizzazione delle proprie abilità e competenze di gioco, a fronte della sottovalutazione di quelle altrui.

Il controllo predittivo degli esiti del gioco include le credenze sul possedere l'abilità di fare previsioni accurate, basate su stimoli salienti o sulle vincite e perdite passate, e gli errori nella comprensione della probabilità.

Le distorsioni interpretative consistono nel reinterpretare gli esiti del gioco in modo da incoraggiare la prosecuzione del gioco stesso nonostante le perdite: si attribuiscono i successi alle proprie capacità e gli insuccessi all'influenza degli altri o alla sfortuna, si ricordano le vincite più facilmente delle perdite (memoria selettiva), ci si aspetta una vincita dopo una sequenza di perdite (la cosiddetta "fallacia di Montecarlo") (Ladoceur, 2004).

L'incapacità percepita di fermare il proprio comportamento di gioco riguarda la credenza di non poter controllare i propri impulsi; chi sperimenta questa convinzione, con minore probabilità proverà a farlo, confermando al contempo anche il pensiero di non poter ricevere aiuto per superare il proprio problema di gioco.

Le aspettative verso il gioco e gli effetti del giocare riguardano le funzioni svolte dal gioco e ne motivano la prosecuzione; tra gli effetti auspicati è possibile includere alcuni dei seguenti:

- dimostrare il proprio valore attraverso il gioco;
- trasgredire;
- partecipare per motivi sociali;
- sfidare la sorte, modulare le emozioni, ad esempio attenuare le emozioni dolorose e negative;
- partecipare ad un'esperienza eccitante e divertente o che riduca la noia.

Robert Custer (1984), uno dei principali studiosi della dipendenza da gioco d'azzardo, che ha fondato il primo centro di trattamento per giocatori nel 1972, ha messo al centro l''idea che il gioco d'azzardo patologico fosse un problema complesso ma trattabile. I suoi studi hanno permesso di comprendere che dopo aver superato gli stadi comuni, tutti i giocatori sviluppano la dipendenza, e nel 1984 ha identificato sei fasi che descrivono questa progressione. Tale avanzamento graduale rimane quanto mai moderno.

1. Fase vincente

In questa fase iniziale, il gioco è sporadico e offre divertimento e spesso crea collegamenti tra amici e parenti. La posta in palio aumenta il piacere, e una vincita significativa può alimentare l'entusiasmo per il gioco e creare le basi per un desiderio di riprovarci. Ciò potrebbe portare il giocatore a trovare ragioni e motivazioni personali per riprovare le emozioni che derivano dalla continua sfida di vincere o perdere. Il gioco è visto come un modo per distrarsi dai problemi quotidiani e avere il controllo.

2. Fase perdente

I limiti di spesa imposti al giocatore vengono sempre più spesso superati, portando a momenti di perdita. Il gioco ha caratteristiche più solitarie e inizia ad occupare gran parte del pensiero della persona che copre la sua attività d'azzardo con menzogne contro amici, colleghi e famiglia. In questo punto, l'obiettivo del gioco non è più divertirsi, ma rifarsi delle perdite, quindi l'individuo inizia a accumulare debiti. Ciò può essere ottenuto investendo maggiori somme di denaro e scommettendo su eventi che presentano un elevato rischio perché sono attratti da vincite più grandi. L'obiettivo del giocatore con questo meccanismo di rincorsa alle perdite è quello di ottenere una grande vincita che sistemi tutto, dopo la quale può pensa di potersi fermare. Irritabilità, agitazione, problematiche familiari e un graduale ritiro sociale sono le caratteristiche che emergono in questa fase.

3. Fase della disperazione

Il controllo del gioco è stato perso completamente: la persona è spaventata. Anche le azioni illegali, come furti o prostituzione, sono giustificate dalla ricerca della più grande vincita per risolvere le cose. La situazione familiare è allo sbando e l'enorme impalcatura di falsità che ha coperto il gioco si sta sgretolando. Il tempo dedicato al gioco e alla sua contemplazione è totalizzante. La perdita della speranza, che porta a un vero e proprio crollo emotivo, a problemi legali come carcerazioni, dipendenze da sostanze o alcol, divorzi e pensieri o tentativi suicidari, è il picco più basso di tale fase.

4. Fase critica

Il giocatore, ma spesso un familiare al suo posto, chiede aiuto dopo aver toccato il fondo (o è costretto a farlo in caso di problemi legali). Le condizioni che consentono l'inizio di questa fase sono un vero desiderio di cambiamento, una volontà di smettere di giocare e una nuova speranza, anche se minima. Con l'aiuto di un professionista, il giocatore inizia a prendere decisioni, ricomincia a lavorare e crea un piano per risolvere i problemi e risarcimento.

5. Fase della ricostruzione

È la fase intermedia della terapia con il giocatore e si caratterizza per un miglioramento delle relazioni familiari, un ritorno al rispetto di sé stessi, la progettazione di nuovi obiettivi, una diminuzione dell'ansia e una maggiore tranquillità.

6. Fase della crescita

Con la terapia, il giocatore inizia a diminuire la preoccupazione legata al gioco e si avvicina a un percorso di introspezione e di comprensione verso gli altri. Questo permette di lavorare anche sulle relazioni significative del giocatore che sono state interrotte a causa del gioco.

Alle fasi di Custer, Rosenthal (1987)

> «ha aggiunto una diversa possibilità definita come fase "senza speranza o resa" relativa ai percorsi di coloro che non riescono a raggiungere e proseguire verso fasi che permettono un superamento della condotta di gioco patologico, non si illudono più alla fantasia della grande vincita e che giocano con trascuratezza con l'unico obiettivo e bisogno di "sentirsi in azione".» (Croce, 2018, p. 185)

Blaszczynski e Nower (2002) individuano tre percorsi patogenetici in cui elementi ambientali, neurobiologici, genetici, tratti temperamentali, gli eventi della vita, gli apprendimenti, la presenza di sofferenza psicopatologica primaria, risultano tutti integrati tra loro. Tale classificazione prevede tre tipologie di pazienti:

1) Tipo I - Giocatori condizionati nel comportamento;
2) Tipo II - Giocatori emotivamente vulnerabili;
3) Tipo III - Giocatori impulsivi antisociali la cui caratteristica comune è che l'avvio dell'intensificazione del gioco avviene attraverso l'interazione di determinate condizioni ambientali con lo sviluppo di distorsioni cognitive e con l'instaurarsi di un condizionamento classico e operante.

Il Tipo I "I giocatori condizionati nel comportamento" sono caratterizzati da:

- l'assenza di una psicopatologia primaria rilevante; le eventuali condizioni ansiose e/o depressive sono conseguenze del gioco e non cause;

- l'assenza di comportamenti impulsivi, tra cui abuso di sostanze;
- l'assenza di una vulnerabilità genetica;
- la minore gravità permette di ipotizzare una migliore prognosi. Per le caratteristiche di questo gruppo si ipotizza come obiettivo possibile il tornare ad una modalità di gioco non problematico.

Questi soggetti, nonostante l'assenza di una vulnerabilità rilevante nell'area psicopatologica, possono sviluppare un livello di dipendenza significativo e ciò dimostra che i fattori di rischio ambientali, (come la maggiore diffusione, l'accessibilità e la semplicità dei giochi) associati al condizionamento e ai pensieri distorti, possono spingere un soggetto dalla sperimentazione del gioco sociale a un pattern problematico o patologico.

Il Tipo II "I giocatori emotivamente vulnerabili" sono caratterizzati da:

- la presenza di una condizione psicopatologica, precedente all'esordio del gioco, che non è stata diagnosticata in precedenza;
- esperienze negative nel corso dello sviluppo;
- bassa autostima e precarie abilità cognitive;
- gioco come modulatore degli stati affettivi che la persona non riesce a gestire in altro modo es. l'aumento dell'ansia, a seguito di un problema lavorativo, non viene associato ad una categoria emotiva ma viene agito nel gioco;
- il tutto rimanda ad una gravità significativa da cui si ritiene che l'obiettivo sia la remissione.

Il Tipo III "I giocatori impulsivi antisociali" sono caratterizzati da:

- predisposizione biologica all'impulsività che si manifesta in contesti differenti della vita (ADHD, impulsività, comportamento antisociale, uso di sostanze);
- bassi livelli di funzionamento generale;
- comportamenti antisociali; il tutto rimanda ad una gravità elevata, ad una prognosi severa caratterizzata da una difficoltà a mantenere la remissione e quindi un alto rischio di ricadute.

Si possono annoverare molteplici tratti di personalità che espongono al rischio di sviluppare un disturbo legato al gioco d'azzardo. Questi tratti sono generalmente (Steel & Blaszczynski, 1998):

- impulsività, intesa come predisposizione ad agire senza riflettere sulle conseguenze;
- la ricerca di sensazioni (sensationseeking), di esperienze e vissuti forti e stimolanti;
- la ricerca di novità (noveltyseeking),

- la propensione ad assumere comportamenti a rischio (risk taking behavior) rendono più probabile l'iniziazione e il mantenimento del gioco: i soggetti con queste caratteristiche di personalità sono più propense ad accettare il rischio della perdita a fronte di un beneficio con scarse probabilità di verificarsi, preferendo un guadagno più piccolo e riscontrabile nell'immediato, senza ragionare quindi sulle conseguenze, ma scegliendo un'esperienza nuova, eccitante e a gratificazione immediata; le sensazioni provate fungono da rinforzo rispetto alla propensione a giocare;
- stile di fronteggiamento degli eventi (coping) maladattivo e poco efficace, basato sull'evitamento o sulla modificazione delle emozioni negative, rende più probabile sperimentare problemi con il gioco;
- l'alessitimia, l'incapacità di identificare, riconoscere e comunicare le proprie emozioni: il gioco può assumere la funzione di strumento per modulare gli aspetti emotivi o per sperimentare emozioni di forte intensità.

2. Una storia per comprendere la patologia

È un mercoledì pomeriggio, quando Teresa chiama il numero dedicato al Gioco d'azzardo chiedendo un incontro urgente.

La voce sommessa, arresa, i racconti sommari, ma puntuali e segno chiaro di una storia che si ripete ormai da troppo tempo, la fretta di risolvere e di avere soluzioni di chi ormai non ce la fa più.

Teresa sembra sollevata dall' invito a conoscerci di persona e accoglie la proposta di incontrarci dopo alcuni giorni dalla telefonata.

Gli operatori incontrano la signora di persona, la invitano ad incontrarli presso lo sportello di ascolto dedicato a questo tipo di dipendenza, per un primo colloquio di consulenza.

La signora arriva puntuale, sola, si sente davvero sola e amareggiata. Il marito per ora non pare disponibile ad essere coinvolto.

Dopo un breve saluto e una presentazione sommaria Teresa inizia a raccontare, è un fiume in piena.

Ha 45 anni, lavora come insegnante alla scuola dell'infanzia, pensava che Antonio, il marito, avesse smesso definitivamente di giocare d'azzardo, ma si è resa conto di recente che durante tutti questi anni di pandemia, in cui erano insieme in casa,

in cui le sue difese si sono abbassate, le sale scommesse erano chiuse, le tentazioni minori, il controllo degli spostamenti inutile, le spese famigliari ridotte al minimo, lui ha iniziato a giocare d'azzardo on line.

Antonio non ammette la ricaduta, minimizza, non si rende disponibile ad un incontro.

Riporta che negli anni passati tanti sono stati i tentativi di interrompere ed i percorsi messi in campo, il senso di frustrazione e di fallimento al momento lo portano a rifiutare l'ennesimo aiuto.

Teresa è spaventata, di nuovo la sensazione di incertezza verso il futuro e la profonda angoscia quotidiana che pensava di avere superato. Tutto sembra andare bene. Solo qualche giorno fa ha scoperto casualmente che Antonio ha ipotecato altri anni della loro vita. "Sono stanca, non ce la faccio più!" sono parole che escono ripetutamente dalla sua bocca, ha paura, non vuole rivivere ancora questa sofferenza e l'angoscia che si porta con sé da troppo tempo.

La sua vita è trascorsa soprattutto cercando di convincere la famiglia che le cose sarebbero cambiate. Sembrava che fosse realmente così.

E sembrava lo fossero davvero. Ha cercato di affrontare le difficoltà da sola, caricandosi di impegni e responsabilità tralasciando la propria felicità, veicolando tutte le sue energie ad arginare l'incubo del gioco nella speranza di riuscire a "salvare" Antonio e la loro famiglia.

In ragione della sofferenza della signora, gli operatori la invitano a ulteriori colloqui nei quali condividono l'eventualità di un suo inserimento in un contesto di gruppo di auto aiuto, con facilitatore, rivolto a famigliari o congiunti di giocatori. Le suggeriamo di segnalare al marito la sua partecipazione agli incontri.

Durante i colloqui, all'interno dei gruppi, sostenuta dalla grande forza della condivisione creatasi tra le partecipanti racconta la sua e la loro storia di vita, la grande fatica e la grande responsabilità nel crescere i figli e nel sovraccaricarsi "da sola" delle responsabilità famigliari, le sue sofferenze personali, che però hanno a fatica trovato spazio perché sempre intrecciate o più spesso sovrastate da quelle del marito. Dice di dovere ringraziare i figli se ancora una volta ha accolto la possibilità di cercare uno spazio di ascolto e di sostegno che le permettesse di non essere fagocitata nelle esigenze del marito, della famiglia. Uno spazio finalmente solo suo, nel quale sperimentare la sensazione di essere accolta e non solo quella dell'accogliere, a lei così abituale.

Progressivamente, nel momento in cui la sofferenza della moglie risulta evidente anche al marito, Antonio si attiva. Dopo alcuni mesi dal primo contatto telefonico, è lui stesso a chiedere un colloquio.

Antonio, ha 50 anni.

Dice che il gioco d'azzardo, ha sempre fatto parte della sua vita. Ricorda le lunghe ore pomeridiane giocando a carte e ricorda nitidamente i rumori delle monete sul tavolo, ricorda la nonna che ogni giorno tornava dalla partita con le amiche contenta se vinceva qualche cento lire". Già a 12 anni, con gli amici, cercava il modo di "racimolare" soldi da spendere. Inizia a fumare, a bere quando esce, qualche canna alla ricerca di una libertà fuori dal controllo genitoriale. L' inizio delle sue prime dipendenze"

Lavora con suo padre come artigiano ma ben presto subentrano problemi economici. Il padre muore pochi anni dopo e Antonio si trova a doversi occupare dell'azienda, solo, impreparato, non avendo nessuna competenza. Inizia col video poker ogni tanto e si accorge che quando gioca, sempre a poker, a casa di qualche amico, le puntate cominciano a diventare importanti. Le difficoltà nella gestione aziendale sono molte e nonostante queste, la gestione è sfrontata e i tentativi di rilancio e di ampliamento forse un salto senza paracadute. Il matrimonio, i figli, la fatica a portare avanti i conti, lo hanno spinto a mentire, a nascondere i problemi, a mantenere un certo tenore di vita senza poterselo permettere.

Il gioco aumenta con i problemi e continua così per quasi dieci anni, fino a quando si trova costretto a chiudere la ditta sommerso da debiti e sfinito nel morale e nel fisico devastato. Lunghi periodi di depressione, frequenti attacchi di panico, il pensiero di farla finita.

La madre si ammala, una malattia degenerativa che richiede accudimento. Si occupa di lei. Ogni sera, finito il lavoro, dopo aver cenato velocemente con la famiglia, andava per aiutarla a coricarsi. Una donna difficile, una relazione difficile, ma gli è stato impossibile disinteressarsi di questa situazione.

Gli anni passano alternando periodi di calma e periodi di nuove ricadute. Segue percorsi di supporto e di aiuto ma in realtà sente di non averne bisogno, crede di potercela fare da solo a smettere di giocare d'azzardo. Riconosce di averli abbandonati troppo presto. Poi nuove ricadute.

Durante il lookdown, quando pensava di avere risolto il "problema" [la malattia] per l'ennesima volta, ha iniziato a navigare, in casa con i figli, la moglie…tutti insieme, per tanto tempo.

Antonio racconta di avere iniziato casualmente, nei momenti in cui aveva bisogno di isolarsi, di ritagliarsi i suoi spazi.

Ha iniziato navigando su Internet, sui social. Arrivavano i BAN con proposte di gioco apparentemente innocue, poi, per proseguire nei giochi, la richiesta di investire delle piccole somme di denaro, promettendo una vincita, e così, anche nella

"protezione" della sua casa, della sua famiglia, ha ricominciato a giocare senza nemmeno rendersene conto.

Antonio è amareggiato. Si rende conto di come il giocare d'azzardo sia stato una costante nella sua vita. Una malattia, dice, che consuma e distrugge, affetti, amore, sogni, felicità.

Una dipendenza capace di renderlo insensibile, freddo, cinico, bugiardo e ladro. Sa però altrettanto bene che lui non è questo. Che non è solo questo. Che quella è una sua parte. Quella malata.

Antonio è consapevole di non potercela più fare solo, partecipa da 2 anni al gruppo di auto aiuto dedicato ai giocatori, li trova sostegno, supporto, soddisfazione per la scelta di non giocare che tutti i giorni rinnova.

Oggi riconosce che è possibile vincere la dipendenza o che almeno può essere tenuta sotto controllo.

Sa che può "vincere" grazie alla fitta rete di sostegni a cui si sono affidati, lui e la moglie, di nuovo complici, di nuovo insieme, di nuovo reciprocamente onesti ed in condivisione reciproca, ma soprattutto a sé stesso perché ha ammesso finalmente di avere una dipendenza.

3. La presa in carico e i trattamenti

I familiari o il giocatore d'azzardo patologico hanno una rete di servizi ai quali possono rivolgersi.

Nella provincia di Modena sono attivi spazi di ascolto gratuiti e a libero accesso, dedicati a chiunque sia coinvolto in problematiche connesse al giocare d'azzardo che possono essere di natura economica, psicologica, relazionale o sanitaria; il CEIS fa parte di questa rete di servizi e gestisce sul territorio della provincia di Modena 5 sportelli di ascolto, con un numero di telefono dedicato. Gli sportelli hanno la specifica funzione di accogliere i bisogni emergenti, fornire informazioni utili relative alle proposte territoriali di supporto per giocatori d'azzardo problematici e famigliari e informazioni in merito ai Servizi territoriali che si occupano di sovra indebitamento, informazioni sull'accesso ai Servizi per le dipendenze patologiche delle Aziende AUSL (SerDP) e sulle relative attività di cura. In una logica di accoglienza globale, diffusa e prossima, che si desidera fornire alle famiglie siamo convinti che siano i servizi e gli operatori a doversi modulare in base alle richieste e ai bisogni dei cittadini, e non il contrario. Lo spazio di sportello accoglie, almeno per un primo colloquio, tutte le richieste, i dubbi, i quesiti e i bisogni delle persone con la finalità di mettere al centro la persona/il

cittadino offrendo accoglienza, ascolto, orientamento e accompagnamento verso il servizio più adatto a chiunque si rivolga allo sportello. Gli sportelli sono sempre disponibile anche in modalità a distanza, attraverso consulenze telefoniche o video chiamate.

Oltre agli sportelli di ascolto territoriali, all'interno dei SerDP sono presenti specifiche equipe composte da medici, psicologi, assistenti sociali, educatori che si occupano di diagnosi e cura del gioco d'azzardo patologico.

I professionisti incaricati sono tenuti in ogni caso alla riservatezza. La presa in carico della persona con dipendenza da gioco d'azzardo è prevalentemente di tipo psicoeducativo, con trattamenti individuali e/o di gruppo.

Molto spesso il primo contatto con i servizi avviene da parte dei famigliari dei giocatori d'azzardo problematici, in quanto sovente risulta essere il malessere di un altro membro della famiglia (in chiave sistemica) a consentire al giocatore d'azzardo problematico di sperimentarsi in un ruolo diverso da quello di paziente designato.

Il trattamento per i giocatori d'azzardo problematici si configura attraverso tre dinamiche principali: colloqui individuali, percorsi di gruppo dedicati ai giocatori d'azzardo e percorsi di gruppo dedicati ai famigliari, incontri e colloqui congiunti tra giocatori d'azzardo, famigliari di riferimento e operatori coinvolti.

L'obiettivo dei gruppi è di tipo psico-educativo e di supporto relazionale per i giocatori. Il gruppo è uno strumento fondamentale del trattamento, è aperto, accoglie sempre.

Il percorso di gruppo aiuta ad affrontare le proprie difficoltà insieme e non in solitudine, rafforza il proprio livello di autostima, autonomia e responsabilità personale.

Il gruppo produce inoltre sostegno emotivo, rispecchiamento e reciproca condivisione e favorisce il superamento dei meccanismi di negazione e resistenza al cambiamento.

Far parte di un gruppo di auto-aiuto incrementa la conoscenza del problema e la consapevolezza di esso. Accettare, saper leggere, comprendere le dinamiche legate al gioco d'azzardo patologico, facilita la lettura dei comportamenti e degli stati emotivi del giocatore e sostiene il percorso di cura.

> «Quando qualcuno ti ascolta davvero senza giudicarti, senza cercare di prendersi la responsabilità per te, senza cercare di plasmarti, ti senti tremendamente bene. Quando sei stato ascoltato ed udito, sei in grado di percepire il tuo mondo in modo nuovo ed andare avanti. È sorprendente il modo in cui problemi che sembravano insolubili diventano risolvibili quando qualcuno ti ascolta.» (Rogers, 1978)

Il gioco d'azzardo solitamente ha conseguenze relazionali molto negative sull'intero nucleo famigliare, sono presenti elevati livelli di frustrazione e di angoscia legati spesso ai problemi finanziari conseguenti alla perdita di ingenti somme di denaro ed alle dinamiche relazionali che esso genera. Il senso di vergogna provato dai membri del nucleo famigliare di un giocatore d'azzardo problematico porta isolamento e fatica nella condivisione dei vissuti. Il gruppo diviene sia per i giocatori d'azzardo che per i loro famigliari, un'importante risorsa di scambio e di sostegno, per favorire una maggiore consapevolezza delle dinamiche comportamentali che il gioco d'azzardo attiva, ma anche per poter acquisire attraverso la condivisione di vissuti e delle esperienze altrui, sostegno, supporto e indicazioni rispetto ai comportamenti utili e protettivi da tenere.

Proprio per questi motivi, fondamentale è coinvolgere all'interno dei percorsi di cura i familiari in modo attivo, proponendo anche a loro la partecipazione a gruppi di auto aiuto, con conduttore, specifici. Il desiderio di aiutare il giocatore d'azzardo, i forti sensi di colpa e di impotenza, la preoccupazione e l'ansia, elevati livelli di angoscia per la salute dell'interno nucleo, sono condizioni peculiari e specifiche di questa dipendenza, sono emozioni e vissuti da accogliere e trattare.

La sensazione di instabilità economica ed affettiva, l'incertezza sul futuro, creano in tutti i membri delle famiglie un elevato livello di sofferenza. Le emozioni spiacevoli di tradimento, rabbia, paura aumentano in famiglia la conflittualità e l'aggressività, non è quindi pensabile predisporre un percorso di cura senza fornire all'interno nucleo supporto e sostegno.

I sintomi che presentano i famigliari sono quelli tipici delle situazioni traumatiche e post traumatiche, aggravate dall'esperienza vissuta di cicliche illusioni e disillusioni di guarigione.

Prima di tutto è importante chiarire la cornice, introdurre il concetto di malattia cronica recidivante e insieme affrontare il tema della prevenzione alle ricadute e delle distorsioni cognitive che caratterizzano questa dipendenza.

Un famigliare (coniuge, figli, genitori) diviene necessariamente tutore del patrimonio personale del giocatore, per questo deve essere sostenuto nel dare regole e nel monitoraggio delle spese, azioni che sono necessariamente parte del contratto terapeutico.

Questa tutela deve essere accettata e condivisa.

Conclusioni

L'uomo gioca da sempre e gioca d'azzardo da molto tempo.

Di recente il mercato del gioco d' azzardo ha visto un incremento enorme fino a diventare un fenomeno di massa, fonte di guadagni per i produttori e i distributori di gioco tali da rendere accettabili gli effetti collaterali che genera ovvero la deriva patologica in una percentuale minima della popolazione.

Il giocare d'azzardo può essere compreso come espressione di una civiltà centrata sul consumo ("tutto, sempre, subito") e sul denaro mai sufficienti a placare il desiderio e divenuti illusori sinonimi di felicità e ricchezza.

Quando il giocare d'azzardo diventa un disturbo da gioco d'azzardo (DGA), ovvero quando si aggrava fino a diventare una dipendenza, quando tocca quel livello di intensità, anche se poi recede, diventa una malattia cronica a carattere recidivante come suggerito dall' OMS, una malattia della quale ci si può prendere cura ma dalla quale non ci si può emancipare definitivamente poiché i circuiti che essa ha attivato sono diventati talmente potenti e profondi da non poter più essere dimenticati o guariti quanto piuttosto fronteggiati. Questo significa che si possono apprendere strategie per evitare il comportamento di gioco ma che si dovrà sempre vigilare sulla tentazione di ripercorrere quella strada e di utilizzare di nuovo la stessa risposta. Come accade per tutte le forme di dipendenza.

In questa forma di comportamento problematico il mentire diventa una delle dimensioni della malattia al punto da essere indicato nel DSM V come uno dei criteri che consentono di fare diagnosi. Smettere di mentire per un giocatore è forse più difficile che smettere di giocare, sostiene Maurizio Avanzi, infettivologo e dirigente del SerDP di Piacenza.

La ripresa del giocare d'azzardo o a giochi on line per chi abbia avuto un problema in questa area è tema a nostro avviso aperto, non risolto e inevitabilmente da personalizzare come quello della gestione autonoma del denaro, indipendentemente dalla tipologia di giocatore.

Grazie alla rete presente sul territorio, alle azioni di prevenzione e agli interventi psicoeducativi di trattamento è possibile per il giocatore d'azzardo e per i familiari, apprendere quelle strategie utili a garantire uno stato di benessere che permetta di fronteggiare l'insorgenza di una situazione di crisi, i segnali ad essa correlati e che acconsenta l'attuazione di strategie per poterla superare.

Il futuro del gioco d'azzardo patologico è una questione complessa che richiede un approccio multidisciplinare, in continua evoluzione. Con l'avanzare della tecnologia e l'accessibilità sempre maggiore ai giochi d'azzardo online, è possibile che

il problema possa aumentare ed incrementare la complessità di disvelamento e di trattamento. Sarà sempre più importante investire sulla sensibilizzazione nella ricerca e nel supporto per coloro che affrontano questo disturbo aprendo nuove frontiere di cura attente alle esigenze di fasce di età sempre più giovani che si potranno trovare ad affrontare queste problematiche.

Bibliografia

Anselmi, N., Montaldo, S., & Pomilla, A. (2019). Disturbo da gioco d'azzardo e imputabilità: dalla revisione nosografica a un assessment forense ampliato. *Rivista di prichiatria, 54*(5), 196-205. doi:10.1708/3249.32183

Blaszczynski A., N. L. (2002). A Pathways Model of Problem and Pathological Gambling. *Addiction, 97*, 487-499.

Callois, R. (1958). *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine.* Milano: Bompani.

Cenedese, C. (2005). Il trattamento cognitivo-comportamentale del gioco d'azzardo patologico. *NOUMEN – Rivista di ricerca psicosociale, 33*, 85-98.

CGIL Federconsumatori di Modena. (2023, 09). *Il libro nero dell'Azzardo - La crescita impetuosa dell'azzardo online in Italia.* Tratto da Federconsumetori di Modena: https://www.federconsumatori.it/wp-content/uploads/2023/09/report_azzardo_nazionale.pdf

Croce, M. (2018). Psicologia del giocatore. In F. Lugoboni, & L. Zamboni, *In sostanza. Manuale sulle dipendenze patologiche Vo.2* (p. 177-187). Verona: CLAD Onlus.

Croce, M., & Rascazzo, F. (2013). *Gioco d'azzardo, giovani e famiglie.* Firenze: Giunti Editore.

Custer, R. (1984). Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry, 45*(12), 35-48.

Floridi, L. (2014). *La quarta rivoluzione. Come l'infosfera sta trasformando il mondo.* Milano: Cortina.

Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana. (1930, 10 26). 721 - Elementi essenziali del giuoco d'azzardo. Case da giuoco. *Codice Penale*, p. comma 2.

Gibson, E., Griffiths, M. D., Calado, F., & Harris, A. (2022, 06). The relationship between videogame micro-transactions and problem gaming and gambling: A systematic review. *Computers in Human Behavior, 131*, p. 1-16.

Huizinga, J. (1982). *Homo Ludens.* Torino: Einaudi.

Ladoceur, R. (2004). Perceptions among pathological gamblers and non pathological gamblers. *Addictive Behaviour, 29*, 555-565.

Lancini, M. (2019). *Il ritiro sociale negli adolescenti. La solitudine di una generazione iperconnessa.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Lemmens, J., Valkenburg, P., & Peter, J. (2011). Psychosocial causes and consequences of pathological gaming. *Computers in Human Behavior, 27*(1), p. 144-152.

Lorenz, K. (1978). *L'etologia.* Torino: Boringhieri.

Marcur, P., & Pontes, H. (2021). Internet Gaming Disorder in adolescence: investigating profiles and associated risk factors. *BMC Public Health, 21*(1547), p. 1-9. doi:https://doi.org/10.1186/s12889-021-11394-4

Namrata, R., & Tian, P. O. (2010). *A Cognitive Behavioural Therapy Programme for Problem Gambling: Therapist Manual (English Edition) 1° Edizione.* UK: Routledge.

Piaget, J. (2001). *La psicologia del bambino.* Bologna: Einaudi.

Rogers, C. R. (1978). *I gruppi di incontro.* Roma: Astrolabio.

Rosenthal, R. J. (1987). The psychodynamics of pathological gambling: a review of the literature. In T. Galski, *The handbook of pathological gambling* (p. 45-67). Springfield: Thomas.

Steel, Z., & Blaszczynski, A. (1998). Impulsivity, personality disorders, and pathological gambling severity. *Addiction, 93*(6), 895-905.

Triberti, S., & Argenton, L. (2019). *Psicologia dei videogiochi.* Santarcangelo di Romagna: Maggioli Editore.

Ufficio Organizzazione Qualità Ricerche del Comune di Modena. (2016). *ProbABILmente: le illusioni e i giochi di fortuna. I risultati dell'Intervento realizzato negli Istituti secondari di primo e secondo grado di Modena e Provincia.* Modena: Comune di Modena.

Winnicott, D. (1971). *Gioco e realtà.* Roma: Armando Edizioni.