



ALEA



BULLETIN

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

VOLUME 1, NUMERO 3

OTTOBRE 2013

ALEA è una associazione scientifica senza fini di lucro che riunisce i maggiori studiosi italiani sul gioco d'azzardo. La sua missione è studiare e promuovere interventi sul fenomeno del gioco d'azzardo e le sue ricadute personali, familiari e sociali, prima fra tutte lo sviluppo della patologia di dipendenza correlata (Gioco D'azzardo Patologico). Promuove la formazione degli operatori, lo scambio scientifico e la diffusione di una cultura responsabile e prudente in tema di gioco d'azzardo.

SOMMARIO:

Editoriale	1
Daniela Capitanucci	
Dissociazione e GAP, sintomi ... correlati ...?	3
Cesare Guerreschi	
Il Gambling Patologico nel nuovo DSM-5	7
Graziano Bellio	
ELMD-GA: Elenco delle Motivazioni che ti fanno Giocare d'Azzardo	10
Maurizio Avanzi	
Orthos: Programma Residenziale - Il PARTE	12
Riccardo Zerbetto	
Recensione del film: "Going for Broke"	16
Fulvia Prever	
Vignetta	17
Stefano Acerbi	
Recensione film: Slot, le luci intermittenti di Franco	17
Claudio Dal Piaz	
Recensione del libro: "Vivere Senza Slot."	18
Claudio Dalpiaz	

Giocare con le parole, azzardare con la cura - Daniela Capitanucci

Le parole sono importanti.

E' anche attraverso di esse che il mondo acquista senso.

E questo senso può cambiare anche a seconda di termini che usiamo per descriverlo.

Manipolare la semantica dunque può dare luogo alla modificazione della realtà percepita e la storia delle parole usate nel nostro paese negli anni scorsi per descrivere il gioco d'azzardo, e persino il gioco d'azzardo patologico, riservano sorprese interessanti. In tutto il mondo dal 1980 in poi il gioco d'azzardo patologico (GAP) è considerato incontestabilmente un problema di salute e trattato di conseguenza. Niente da nascondere, nessuno da incolpare. Persone che si ammalano, servizi che curano.

Non così da noi.

A partire dalla inesistenza nella nostra lingua dell'analogo "gambling" degli anglofoni, in italiano la decadenza del suffisso "d'azzardo" lascia orfano il suo gemello "gioco". Così, l'azzardo è stato lessicalmente travestito da innocua attività e passatempo, quelli che favoriscono un armonioso sviluppo della personalità, quelli che ci accompagnano sin da bambini, e che - da adulti - mutano nella forma ma non nella sostanza. Non più bambole o palla. Ma slot-machine e gratta e vinci. Buoni, positivi.

Come fare in un simile contesto a collocare le manifestazioni di gioco d'azzardo patologico quando appaiono? Che spiegazioni dare?

Possiamo osservare almeno tre fasi.

La **prima**, è durata a lungo, a partire dal 2003 almeno fino al 2011: il gioco d'azzardo patologico NON ha potuto esistere. Già, perché il "gioco legale, gioco sicuro"

non ammetteva deroghe. In precedenza al 2002, il gioco patologico era collegato al gioco illegale cui si era affermato di avere posto rimedio mediante la riorganizzazione del mercato del gioco lecito in Italia. Così, in questa decina d'anni, coloro che hanno sollevato la questione che il gioco d'azzardo patologico esisteva eccome, se politici sono stati accusati di voler fare campagna elettorale parlando di gioco patologico, se specialisti della salute o volontari sono stati accusati di volerci guadagnare vendendo cure inutili, o tutt'al più sono stati trattati come visionari. L'origine di queste significazioni, il gatto e la volpe: concessionari e Monopoli di Stato.

Quando il problema della patologia da gioco d'azzardo ha assunto proporzioni così rilevanti da non poter più essere nascosto come la polvere sotto il tappeto ecco l'ingresso nella **seconda fase** (2011): caso mai, esiste la "Ludopatia". Questo termine non suscita scandalo di per se. In altri lemmi ha una tradizione ed un senso, anche storico. Corrisponde ad esempio al tedesco Spielsucht ("malattia del gioco"). Ma nella nostra tradizione di occultamento di un problema di salute individuale e pubblica l'uso di questa specifica parola è tutt'altro che indifferente. Diviene manifestazione di attenuata assunzione di responsabilità riguardo i danni derivanti dall'azzardo di Stato, dal gioco legale-gioco sicuro, responsabilità

che vengono addossate al cittadino giocatore d'azzardo patologico piuttosto che al decisore politico scellerato. L'azzardopatìa, fondata su una promossa ed intenzionalmente governata illudopatìa, è invece assai più simile ad una lu(ri)dopatìa: quanto i fatturati stratosferici dell'azzardo di Stato sono infatti alimentati dalla spesa dei giocatori patologici?



Giocare con le parole, azzardare con la cura - Daniela Capitanucci

Nel 2012 Balduzzi la inserisce nei LEA, ma non prevede copertura finanziaria.

Forse perché anche lui fa un pasticcio con le parole? Testualmente nel DL 158/12 (convertito in legge 189/2012) si legge: "si provveda ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia, intesa come *patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro*, così come definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (G.A.P.)". Nasce in tal modo almeno una specie di classificazione ufficiale di questa patologia nel nostro Paese.

Ma è con l'avvento della **terza fase** nel 2013 che si sfiora l'assurdo. Sono gruppi di professionisti che tradendo il giuramento di Ippocrate si adoperano per mitigare il peso di una patologia invasiva, recidivante, che comporta severe conseguenze per chi gioca e chi gli sta intorno. Il messaggio che trapela può essere sintetizzato così: "Sì, vabbé, il gioco d'azzardo patologico ... esiste. Però ... non esageriamo!".

Si annulla buona parte della letteratura scientifica internazionale suggerendo la necessità di fornire agli operatori punti di riferimento per innovare su basi scientifiche interpretative il fenomeno del gambling.

Come se vi fosse la necessità di innovare ed interpretare un fenomeno (il Disturbo da Gioco d'Azzardo, in inglese Gambling Disorder) che anche il nuovo DSM-5 continua a contemplare inserendolo nei Disturbi Correlati alle Sostanze e Dipendenze (Substance Related and Addictive Disorders).

In precedenza comunque, già dal 1980, era incluso nei disturbi del controllo degli impulsi n.a.s. E mentre la comunità scientifica internazionale si muove verso una sempre più precisa connotazione di questa patologia, in Italia striscia un rischioso messaggio proveniente da fette di comunità di operatori che ci dicono: «Tra l'idea che ogni eccesso sia una potenziale malattia e la fantasia che tutto si possa e si debba curare, la diffusione del gioco d'azzardo mette in crisi il paradigma interpretativo delle dipendenze» cioè ... «C'è una linea di confine tra problema e patologia».

Sin qui non c'è da scoprire l'acqua calda: è lo stesso nuovo DSM-5 che declina la gravità del disturbo da gioco d'azzardo differenziandolo in lieve (4 o 5 criteri), moderato (6 o 7 criteri) o grave (8 o 9 criteri).

Si innesta tuttavia un'altra considerazione, tutt'altro che priva di possibili conseguenze: «*Servono evidenze meno inquinate emotivamente e sufficientemente robuste, per facilitare l'approccio professionale al problema ed orientare*

efficacemente le policy nazionali ed europee».

Che significa affermare questo in relazione ad una patologia così ben delineata?

Quali le conseguenze di insinuare il dubbio che vi possano essere posizioni inquinate emotivamente in grado di attenuare le capacità di presa in carico dei pazienti da parte degli operatori?

I giocatori patologici sono stati esposti all'azzardo a bassa soglia ed hanno appreso un comportamento per via di un condizionamento operante di skinneriana memoria, si sono ammalati e necessitano di cure gratuite e professionalmente qualificate.

Che c'è da interpretare? Che c'entrano le «posizioni emotive»?

Qui c'è solo la sofferenza dei giocatori d'azzardo, ormai condizionati nel comportamento grazie ad una operazione legalizzata di apprendimento dell'azzardo di Stato e di induzione alla dipendenza da azzardo, e c'è la sofferenza dei loro familiari che gli operatori debbono prendere in carico.

Senza più giri di parole.

Daniela Capitanucci

Rendez-vous 16-17/01/14 Simposio internazionale a Neuchâtel www.problemgambling3.ch

15-17 gennaio 2014
Università di Neuchâtel, Svizzera

**GIOCO ECCESSIVO :
CONOSCERLO, PREVENIRLO, RIDURNE I RISCHI**

3° Simposio internazionale multidisciplinare

Ufficio federale della sanità pubblica
Fondo nazionale svizzero per la ricerca scientifica
Programme intercantonal de lutte contre la dépendance au jeu
Interkantonales Programm Glücksspielsuchtprävention Nordwest-, Ost-, und Innerschweiz
Commissione federale delle case da gioco
Commissione delle lotterie e delle scommesse (Comlot)
Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (France)

Dissociazione e GAP, sintomi neurologicamente correlati o differenziati - Cesare Guerreschi

Per capire i meccanismi del gioco d'azzardo patologico bisogna prima capire la motivazione principale per cui noi eseguiamo gran parte dei nostri comportamenti, ovverosia il piacere.

Il piacere è un elemento fondamentale nel comportamento dei mammiferi poiché incita all'azione e costituisce la motivazione finale del comportamento, se viene a mancare compromette il comportamento motivazionale e quindi contribuisce all'efficienza. Avendo questa utilità si può facilmente comprendere che è frutto della selezione naturale e quindi ha un ruolo nel favorire la sopravvivenza e l'adattamento all'ambiente. Per distinguere il comportamento motivato dal piacere provato al raggiungimento del "fine" del comportamento, si può distinguere tra piacere appetitivo, ovverosia quello che fa ricercare lo stimolo e piacere consumatorio che si ha quando il fine è raggiunto.

Il piacere in queste due fasi è diverso. Nella fase appetitiva il piacere è uno stato di euforia ed eccitazione che rinforza e sostiene il comportamento di ricerca e di approccio all'oggetto, al "fine" ("edonia di stato" DiChiara 2005), ovvero uno stato emotivo o affettivo che fa parte dell'eccitazione comportamentale (incentive arousal). La caratteristica della fase appetitiva è un comportamento guidato dagli stimoli distali non direttamente collegati all'interazione con oggetti, acquisito spesso mediante le pulsioni primordiali. Queste aree sono tutte innervate da neuroni che utilizzano la dopamina come neurotrasmettitore.

La dopamina viene liberata nello shell del nucleo accumbens da stimoli nuovi e salienti ma va incontro all'abituazione dopo una singola esposizione. Le sostanze da dipendenza aumentano in diversi modi la trasmissione dopaminergica nello shell, provocando piacere e agendo da rinforzo per il comportamento strumentale. Tale piacere è del tipo appetitivo che produce stati di eccitazione comportamentali pari a quelli della fase appetitiva del comportamento motivato, producendo quindi il comportamento di esplorazione e ricerca con modalità comportamentali specie-specifiche. La dopamina ha anche un ruolo di facilitazione dell'apprendimento associativo verso nuovi stimoli, facilitando l'associazione pavloviana tra stimoli neutri e stimoli consumatori. Il cervello fa così in modo di trasformare una contingenza temporale in una relazione causale tra piacere e evento: la dopamina consolida queste associazioni, in modo che le nuove esperienze non le cancellano e questo crea il rischio di cadere nei disturbi del piacere.

Neurobiologia delle dipendenze

Le caratteristiche biologiche notate nei dipendenti da sostanze sono riscontrabili anche negli individui che presentano una new-addiction. L'attivazione dei circuiti della gratificazione è infatti simile in entrambe le patologie.

Goodman (2008) ipotizza che le dipendenze comportamentali siano sottese da un comune "processo additivo" derivante dall'alterazione di 3 sistemi funzionali: quello della motivazione-gratificazione che, alterato nel malato, produce sensazioni piacevoli per cui le condotte che lo attivano risultano marcatamente

rinforzanti, la regolazione degli affetti, che comporta l'evitamento di emozioni dolorose intollerabili che non si riescono a gestire e, infine, i meccanismi dell'inibizione comportamentale per cui il soggetto ha urgenza di mettere in atto il comportamento gratificante o di evitare un'emozione dolorosa, senza tenere conto delle conseguenze a lungo termine derivanti dal comportamento.

Tra le aree cerebrali coinvolte nello sviluppo e nel mantenimento della dipendenza, sembrano essere maggiormente implicate la corteccia prefrontale, l'amigdala, l'ippocampo e il nucleo accumbens (Nova, 2004). In particolare i recettori dopaminergici D2 risultano essere presenti in concentrazione minore nei dipendenti da sostanze così come risulta ridotto il rilascio di dopamina. Qualcuno ipotizza che i soggetti dipendenti presentino a causa di questi deficit una minore sensibilità a stimoli rinforzanti naturali. Anche l'ipersensibilità dei recettori dopaminergici D1 a livello del nucleo accumbens contribuirebbe a un incremento della dopamina a livello sinaptico con un conseguente aumento degli effetti del rinforzo prodotti dall'assunzione della cocaina e dunque un potenziamento del processo additivo. Una ridotta sensibilità dei recettori D3 sembrerebbe inoltre facilitare il processo additivo.

Se l'assunzione acuta delle sostanze provoca un incremento della trasmissione dopaminergica, il consumo cronico ne determinerebbe una ridotta funzionalità il che provoca una disfunzione nella corteccia orbito-frontale e del giro cingolato (Volkow et. al. 2004), aree implicate nell'attribuzione della salienza agli stimoli e nel controllo inibitorio sui comportamenti disfunzionali. Nei soggetti dipendenti, tali aree sono ipoattive durante le fasi di astinenza e si attivano quando il soggetto assume la sostanza. L'attivazione aumentata di queste aree è stata osservata anche in condizioni caratterizzate da comportamenti compulsivi come il disturbo ossessivo-compulsivo e potrebbe quindi essere alla base dell'incapacità di esercitare un controllo sull'assunzione della sostanza e sulla loro ricerca compulsiva.

Altri neurotrasmettitori coinvolti nella dipendenza sono la serotonina, il cui sistema può indurre, se alterato, una maggiore impulsività, la noradrenalina, il cui sistema modula il sistema dopaminergico, gli oppioidi endogeni, il cui rilascio è stimolato da gioco d'azzardo, attività sessuale e condotte alimentari compulsive.

Dissociazione

Il termine dissociazione, coniato da Pierre Janet (1889, 1907, 1920), indica "la mancanza di integrazione normale dei pensieri, sentimenti e esperienze nell'avanzamento di coscienza e memoria" (Bernstein e Putnam 1986, p.727), e coinvolge aberranti percezioni dell'ambiente, come spaccature e alterazioni della memoria, della coscienza e dell'identità. I disturbi dissociativi possono essere "improvvisi o gradualmente, transienti o cronici" (DSM-IV, 1994, p. 477).

Le esperienze dissociative, secondo Bernstein e Putnam (1986) e Seinberg (1991) sarebbero da concettualizzare come esistenti su un continuum che varia da fenomeni "comuni" come perdere la concezione del tempo a esperienze più patologiche come la perdita dell'identità. Accettando questo punto di vista, soltanto la differenza

Dissociazione e GAP, sintomi neurologicamente correlati o differenziati - Cesare Guerreschi (continua)

quantitativa della frequenza, del grado e/o dell'intensità dei sintomi dissociativi o dello stress che la accompagna permette di diagnosticarlo come disordine associativo (es. Kihlstrom, Gilsku e Angiulo 1994), quindi anche fenomeni dissociativi considerati più "seri", come la depersonalizzazione, possono essere visti come un'esperienza normale che a certi livelli può essere considerata patologica (Steinberg, 1991). Altri autori, invece, distinguono due tipi concettualmente e statisticamente differenti di dissociazione, di cui uno consiste in esperienze "non patologiche" come l'assorbimento psicologico, e l'altra che coinvolge esperienze patologiche come la depersonalizzazione e la de-realizzazione (Steinberg 1995).

La dissociazione si potrebbe pensare come un meccanismo di difesa incassato, utilizzato per bloccare la consapevolezza di esperienze traumatiche che non si riescono ad affrontare o per fuggire da situazioni in cui la fuga fisica risulta impossibile (Kihlstrom, 2005), proteggendo l'individuo da emozioni ed eccitazione estremi, causati da un evento traumatico o da memorie, svolgendo così una funzione adattiva.

La dissociazione è però ancora ritenuta patologica nella prospettiva psichiatrica perché potrebbe interferire con i processi cognitivi, percettivi e attentivi ordinari con il rischio che compartimentalizzi, disgreghi o disorganizzi la memoria. Il carattere non normativo delle esperienze dissociative potrebbe portare a disfunzioni come l'incapacità di adattare il comportamento ai bisogni e alle aspettative della società.

Per riconciliare la concezione adattiva e quella patologica si potrebbero utilizzare tre tipi di spiegazione: una è il posizionamento delle esperienze dissociative su un continuum a seconda dell'intensità e del tipo, la seconda è che le esperienze dissociative siano da considerarsi mal adattive solo se esperite spontaneamente e continuativamente al di fuori di un contesto di stress severo o in presenza di stressor minori, la terza prevede che la dissociazione protegga l'individuo dalla consapevolezza cosciente del trauma e del suo seguito ma che, in ogni caso, esso lasci un'"impronta" nel cervello in forma di memoria non dichiarativa (Van der Kolke, Kadish 1987) e quindi la dissociazione sarebbe un meccanismo di difesa imperfetto che non proteggerebbe l'individuo completamente dagli effetti del trauma con il doloroso residuo egli dovrà eventualmente scontrarsi (Van der Kolke, Kadish 1989).

La dissociazione che avviene durante un evento traumatico viene denominata "dissociazione peritraumatica" (Ozer 2003). Anche se può sembrare adattiva ci sono prove che questa esperienza sia collegata al successivo sviluppo di sintomi del disordine da stress post-traumatico o PTSD (Koopman et al. 2004).

La misurazione degli stati dissociativi è problematica perché è possibile averne una misura indicativa della severità solo utilizzando misure di self-report che, a causa della loro soggettività sono sottoposte a tutti i problemi di misurazione connessi. La Dissociative Experience Scale (DES) è stata criticata da alcuni autori secondo i quali i due terzi degli item possono essere spiegati in termini

di controllo cognitivo e quindi alcuni fatti relativamente comuni come la distrazione o l'essere pronti alla fantasia predirebbero altri risultati in questa scala (Rauschenberge Lynn, 1995).

Neurobiologia della dissociazione

Le particolari contingenze in cui si verificano i fenomeni dissociativi li rendono difficili da indagare ma ci sono comunque dei dati di interesse. È stata verificata una relazione tra la dissociazione associata al trauma e la soppressione dell'arousal fisiologico (es. Griffin et al. 1997), in contrasto con l'associazione posta tra stress post-traumatico e iperarousal (DSM-IV). Diversi studi sulla depersonalizzazione (Baker et al. 2003; Medford et al. 2005; Simeone et al. 200, 2004), hanno supportato il modello "cortico- limbico" (Sierra e Berriar 1998) nel quale l'attività inibitoria della corteccia prefrontale sconvolge "l'etichettatura emozionale" del materiale percettivo e cognitivo dell'amigdala e delle strutture relazionate. Lo sconvolgimento risulta nella soppressione dell'arousal autonomico e in un senso di disconnessione dalla realtà. Il modello cortico- limbico si riferiva specificatamente alla depersonalizzazione ma studi più ampi sui sintomi dissociativi hanno scovato prove in supporto di un modello di dissociazione che coinvolge un'inibizione limbica da parte della corteccia prefrontale. Anche molti studi recenti di conversione isterica, ossia sintomi di conversione che coinvolgono la perdita di funzioni sensoriali o motorie dovute a processi psicologici sono stati interpretati come esempi di dissociazione somatoforme. Studi di neuro immagine su soggetti sottoposti a paralisi indotta da ipnosi hanno mostrato come l'informazione somato- sensoriale continui ad essere processata a livelli più bassi ma che l'inibizione di strutture parietali e prefrontali disturbi il collegamento tra i meccanismi che generano l'intento per il movimento e quelli responsabili per l'esecuzione (Athwal et al. 2000).

Studi sul Dissociative Identity Disorder (DID) e su severe patologie dissociative tendono a focalizzarsi su substrati di sintomi in relazione alla memoria e all'amnesia dissociativa, in particolare sul volume dell'ippocampo e dell'amigdala (Vermetten et al. 2006); Tsai et al. 1999). Sono state anche osservate delle differenze nell'attivazione delle regioni medio temporali e dell'ippocampo, entrambe associate con la memoria esplicita e l'inibizione del sistema nigrostriatale. Da questo studio, inficiato comunque dal limite di essere stato condotto su un solo soggetto, si può supporre che nel DID e nell'amnesia dissociativa non ci sia la spaccatura della codifica della memoria, già notata in situazioni di stress acuto, bensì qualche forma di divisione in compartimenti della memoria durante la fase di codifica.

Dissociazione e gioco d'azzardo patologico

"Addiction" viene dalla parola latina *addicere* che significa "essere schiavo di" o "in schiavitù". Le dipendenze potrebbero servire a rimuoversi dai veri sentimenti e fornire una sorta di fuga per evitare le ansietà della vita e disinnestarsi dalla realtà.

Nel caso generale delle dipendenze, e più in particolare del gioco d'azzardo, molti pazienti riportano di "non sentirsi se stessi" e di sentirsi guidati da fattori oltre il loro controllo (Carri, Darby, Shire e Oster 1999).

Dissociazione e GAP, sintomi neurologicamente correlati o differenziati - Cesare Guerreschi (continua)

Jacobs (1988) suggerì che i dipendenti utilizzassero la dipendenza come una forma di auto-trattamento per sfuggire da sentimenti di infelicità o di stress cronico e che i dipendenti provassero una serie di esperienze simil-dissociative che li differenziava dai non-dipendenti e sottopose la sua teoria a verifica sviluppando delle domande per verificare i sentimenti di dissociazione. I risultati positivi che ottenne vennero confermati in diverse ricerche successive (Kaley & Jacobs, 1988; Brown, 1996). Sempre Jacobs, nel 2000, rilevò l'accrescimento d'uso progressivo di 5 differenti reazioni dissociative esperite come direttamente correlate all'effetto crescente di problemi auto-riportati con il gioco: perdere la cognizione del tempo, sentirsi una persona differente, vedersi dall'esterno, sentirsi come in uno stato di trance, avere un vuoto di memoria. Queste reazioni dissociative sono state rilevate come presenti in giocatori patologici, dipendenti da cibo e alcolisti. Queste scoperte supportano fortemente una posizione centrale teoretica per cui, quando si abbandonano all'attività, le persone dipendenti tendono ad avere in comune un insieme di reazioni dissociative che li separa dai non-dipendenti. In consistenza con la teoria generale delle addiction, questo insieme di reazioni simil-dissociative costituiscono lo stato alterato di coscienza comunemente esperito che per Jacobs è il fine ultimo di tutti i comportamenti additivi.

Nella prospettiva di Jacobs la dissociazione può essere definita come "una normale abilità innata, utilizzata da tutti contro le distrazioni della vita quotidiana". La dissociazione sarebbe utilizzata in generale anche come difesa, quando alti stati di stress psicologico, di dolore fisico, un senso di impotenza causato da un incidente traumatico o continue condizioni avverse sorpassano le risorse che una persona ha a disposizione per il coping dello stress da esse causato "[...] Quindi la dissociazione è utilizzata è utilizzata come un metodo di problem solving" (Jacobs, 1998, p. 4). Per Jacobs la presenza di due sistemi interrelati di fattori coesistenti di predisposizione determina chi è a rischio di mantenere un modello additivo di comportamento in un ambiente che facilita il contatto con l'oggetto della dipendenza: lo stato cronico, atipico, persistente, spiacevole, unipolare di riposo fisiologico che è o eccessivamente depresso (basso arousal) o eccitato (iper arousal) e uno stato psicologico segnato da profondi sentimenti di inadeguatezza e inferiorità, dal senso di non essere voluto o non necessario e/o rigettato dai genitori, dai pari o da altri significativi. Questo stato risulterebbe da esperienze infantili o pre-adolescenziali e risulterebbe in un bisogno intenso di successo, riconoscimento o approvazione. Per misurare la dissociazione nel gioco si tende a usare la scala delle esperienze dissociative (Bernstein e Putnam, 1986) per la verifica delle tendenze dissociative in generale nella vita di tutti i giorni e il questionario di Jacobs (1988) per verificare il livello di dissociazione esperito durante attività potenzialmente additive.

La teoria di Jacobs che differenzia dipendenti e non-dipendenti sulla base dell'insorgere di fenomeni dissociativi o semi-dissociativi prevede un meccanismo alla base delle esperienze

dissociative costituito da tre componenti: uno sfocato test della realtà causato dalla concentrazione completa dell'attenzione su una serie di specifici eventi del momento, la riduzione della critica a se stessi attraverso uno spostamento cognitivo interno che devia la preoccupazione delle proprie inadeguatezze personali o sociali (supportate dalla regolazione sociale che segnala accettazione e incoraggiamento del comportamento additivo) e l'opportunità per il "sogno ad occhi aperti" e fantasie di soddisfazione di desideri che, a turno, facilitano la percezione di sé alterata positivamente.

Anche se queste caratteristiche dello stato del giocatore possono essere considerate esperienze dissociative c'è ancora difficoltà nel capire se siano stati patologici o siano esperienze non-patologiche come quelle di assorbimento o emotivamente impegnative. Ad esempio il ridotto senso di tempo soggettivo è causato dall'allocazione delle risorse cognitive tra l'orologio interno e altre attività.

La dissociazione sembra essere una caratteristica di svariate attività e comportamenti relate alle dipendenze. In uno studio di Wood, Gupta, Derevensky e Griffiths (2004) è stato verificato che i giocatori problematici erano in adolescenza giocatori eccessivi di videogiochi ed essi riportavano di aver esperito diversi aspetti della dissociazione mentre compivano entrambe le attività. Da questo si potrebbe supporre che i giocatori problematici cerchino attività che diano un'esperienza dissociativa e/o che questi soggetti hanno più probabilità di esperire dissociazione dovuta a un'attività. Dato l'ampio raggio di attività associate alla dissociazione e il loro collegamento con la dipendenza sembra probabile che la dissociazione sia una parte fondamentale della dipendenza ma non è chiaro se sia una causa o un sintomo.

Comunque, considerando che solo alcuni dei giocatori problematici provano esperienze dissociative, si è arrivati alla conclusione che esso non sia una componente fondamentale nella motivazione del controllo compromesso dei giocatori. Con riferimento alla categorizzazione dei giocatori patologici di Blaczynski (2000), la dissociazione sarebbe una caratteristica importante solo per il secondo sottogruppo, quello dei giocatori di fuga, disturbati emotivamente, incapaci di esprimere le loro emozioni direttamente ed effettivamente tendenti a esprimere comportamenti evitanti o passivo-aggressivi. Per via di queste caratteristiche sarebbe più probabile che essi ricerchino esperienze dissociative come meccanismo di coping con i loro stati psicologici. Nel primo sottogruppo i meccanismi di dissociazione sarebbero conseguenze più che motivazione del gioco mentre nel terzo gruppo, quello degli emotion-seekers, la ricerca di emozioni impedirebbe loro di avere reazioni dissociative.

Queste correlazioni, comunque, mancano di verifica allo stato attuale della ricerca.

Sono state osservate similarità tra gioco e PTSD (Coocke, 2002), sia per i sintomi che per la



Dissociazione e GAP, sintomi neurologicamente correlati o differenziati - Cesare Guerreschi (continua)

comorbilità, con la differenza che nel caso dei giocatori la dissociazione sarebbe uno stato ricercato volontariamente per evadere dai propri problemi mentre per il PTSD lo stato viene esperito involontariamente per alleviare il trauma. La paralizzazione emotiva sarebbe esperita in entrambi i gruppi. Altre ricerche suggeriscono che la presenza di dissociazione sia significativamente correlata all'esperienza di sintomi di astinenza quando si tenta di fermare o rallentare il gioco (Rosenthal e Lesieu, 1992; Berg e Kulham, 1994).

La dissociazione, durante e dopo il gioco, potrebbe anche sorgere nel contesto delle circostanze altamente stressanti conosciute come "Bad Bet" (Rosenthal, 1995), cioè una perdita devastante che ricorre sotto circostanze improbabili o psicologicamente inaccettabili che possono essere significative come una iniziale "big win" per sviluppare il gioco problematico. La fenomenologia di tale fenomeno può essere divisa in tre fasi: reazione maniaca, realizzazione e riguadagno del controllo interno (Rosencrance, 1986). E' la prima fase in particolare ad essere caratterizzata da elementi dissociativi, personalizzazione e rabbia, attribuzione esterna e una cresciuta superstizione con perdita di controllo sul gioco che può variare di durata.

Anche se Jacobs (1986, 1989) aveva rilevato come gli individui dipendenti esperissero spesso stati dissociativi, questo non esclude che quelli non patologici non ne provino, come suggerito dalle scoperte di Diskin e Hodgins (1999), o che i livelli di dissociazione durante il gioco non differiscano tra i giocatori normali e patologici, come riscontrato, sempre da Diskin e Hodgins nel 2001, da Gupta e Derevensky (1999) e da Grant e Kim (2003). Stati dissociativi vengono inoltre riportati in altre attività, ad esempio quelle sportive (Wanner, Ladouner, Auclair e Vitaro, 2006). I giocatori patologici, comunque, avvertono livelli più alti di dissociazione rispetto ai giocatori ricreazionali e agli sportivi i cui livelli non differiscono. La differenza tra dipendenti e non dipendenti sarebbe sulla loro motivazione a esperire questo stato o stati alternativi.

Alternativamente alla dissociazione, gli individui possono esperire il "flow". Secondo la teoria di Kszentmihaly e Kszentmihaly (1988), il "flow" occorre quando il performatore è totalmente connesso alla performance ed esso rappresenta uno stato psicologico ottimale; quando è in questo stato, l'individuo esperisce un numero di caratteristiche esperienziali positive di cui il divertimento

nell'attività rappresenta la caratteristica centrale. Sia i giocatori patologici che quelli per ricreazione esperiscono questo stato (Wanner et al. 2006). Dissociazione e "flow" hanno ruoli differenti rispetto alla regolazione delle emozioni e rappresentano stati psico-emotivi indipendenti e differenti (Wenner et al. 2006), ad esempio il divertimento nell'attività è indipendente dagli stati dissociativi. Le esperienze di "flow" sono spesso riscontrate in relazione a ridotto stress, a stati affettivi positivi (Hon, 1988; Hull, 1993; Massimini e Carli, 1988) e alti livelli di impegno e divertimento mentre non sono correlate con il benessere negativa, la fuga e l'impegno di popolarità mentre alti livelli di dissociazione correlano con un quadro opposto (Wanner et al. In 2006).

Cesare Guerreschi

BIBLIOGRAFIA

- Allcock C., Delfabbro P., Garcia A. (2006) "Current Issues Related to Dissociation" Australian Gaming Council, Melbourne.
- Caretti V., La Barbera D. (2010) "Addiction Aspetti biologici e di ricerca" Raffaello Cortina Editore
- Damásio.A.R. (1996) "The Somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex"
- Demitrack, Mark A., Putnam, Frank W., Rubinow, David R., Pigott, Teresa A., Altemus, Margaret, Krahn, Dean D., Gold, Philip W. (1993/10). "Relation of dissociative phenomena to levels of cerebrospinal fluid monoamine metabolites and beta-endorphin in patients with eating disorders: A pilot study." *Psychiatry Research* 49(1): 1-10
- Goodwin DW, Powell B, Bremer D, Hoine H, Stern J. (1969) "Alcohol and recall: state-dependent effects in man. *Science*." Mar 21;163(3873):1358-60.
- Grant J.E., Potenza M.N., Hollander E., Cunningham-Williams R., Nurminen T., Smits G., Kallio A. (2006) "Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling." *Am J Psychiatry*. Feb;163(2):303-12.
- Grimm J. L. K., Grimm W. K. (1819) "Kinder- und Haus-Märchen Band 1, Große Ausgabe." Reimer, Berlin pg.419-423.
- Mulè A. (2008) "Aspetti neurobiologici delle nuove dipendenze" *NÓOS - Aggiornamenti in psichiatria* v14, n2 99-106
- Seligman R, Kirmayer L.J. (2008) "Dissociative experience and cultural neuroscience: narrative, metaphor and mechanism." *Cult Med Psychiatry*. Mar;32(1):31-64.



MASTER 
Psicologia delle nuove dipendenze
DIRETTORE SCIENTIFICO: Dott. CESARE GUERRESCHI



Il Gambling Patologico nel nuovo DSM-5 - Graziano Bellio

Alla fine del maggio scorso il nuovo DSM-5 è giunto finalmente al traguardo della pubblicazione. La quinta edizione del Manuale Diagnostico Statistico dell'Associazione Psichiatrica Americana (APA) rappresenta il punto d'arrivo di un processo durato oltre un decennio, puntellato dallo svolgersi di molte ricerche sul campo al fine di validare i criteri e l'organizzazione nosografica. Il lavoro che ha portato alla pubblicazione del DSM-5 è stato trasparente: l'APA aveva aperto un sito Internet (www.dsm5.org) all'interno del quale venivano resi disponibili le proposte di modifica del manuale precedente, materiali, e discussioni. Gli operatori di tutto il mondo erano stati invitati a presentare liberamente osservazioni e raccomandazioni. Le proposte e i criteri diagnostici che emergevano dai gruppi di lavoro potevano essere consultate e commentate.

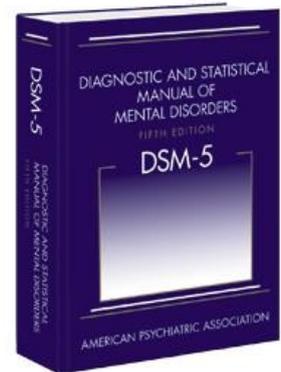
Il DSM-5 è stato anche vivacemente contestato da autorevoli esponenti della psichiatria mondiale, come ad esempio Spitzer e Frances, i capi delle Task Force che hanno prodotto rispettivamente DSM-III e DSM-IV. Ma a loro si sono aggiunti anche personaggi del calibro di Fonagy, Gabbard, Kernberg, Gunderson, Westen. Addirittura il gruppo di lavoro sui disturbi di personalità ha visto le dimissioni dei due componenti non statunitensi (Roel Verheul e John Livesley). E in effetti il risultato del lavoro sui disturbi di personalità lascia perplessi: il DSM-5 infatti propone non una, bensì due classificazioni differenti tra loro.

Il DSM-5 ha abbandonato la tradizionale classificazione multiassiale e ha adottato un'ottica più 'dimensionale'. Quest'ultima caratteristica è stata peraltro ritenuta da alcuni come una sorta di cavallo di troia per abbassare le soglie diagnostiche e aumentare il numero di soggetti diagnosticabili come affetti da disturbi e per tale motivo trattabili farmacologicamente.

Per quanto attiene il gioco d'azzardo, il DSM-5 propone dei cambiamenti importanti relativamente a:

1. classificazione
2. denominazione
3. criteri diagnostici
4. finestra temporale
5. specificazioni

**Keywords: classificazione,
Manuale statistico,
Diagnosi, Psichiatria**



1. Classificazione

Rispetto al precedente DSM-IV, una modifica apportata che potremmo considerare fondamentale è lo spostamento del gioco d'azzardo patologico nel capitolo delle dipendenze (Substance-Related and Addictive Disorders). Lo spostamento del '*disturbo da gioco d'azzardo*' (Gambling Disorder), come viene ora denominato nel nuovo Manuale, è l'espressione di un cambiamento epistemologico che riguarda sia il GAP (per semplicità in questo scritto continuiamo ad adottare la vecchia denominazione) sia le dipendenze nel loro complesso. La ricerca scientifica ha infatti rilevato che le analogie tra GAP e dipendenze chimiche vanno ben al di là della fenomenologia comportamentale. La ricerca neurobiologica e la neuroimaging hanno mostrato sovrapposizioni dei quadri di addiction, innanzi tutto per quanto riguarda le diverse dipendenze chimiche e più recentemente tra dipendenze chimiche e non chimiche. A tutti gli effetti quindi il DSM-5 riconosce al GAP lo status di dipendenza. La questione ha rilevanza clinica in quanto autorizza gli operatori ad applicare al gambling patologico strumenti terapeutici propri dei programmi per l'addiction. Se da un lato appare necessario operare un adattamento di tali strumenti ed una loro integrazione con altri trattamenti più specifici per i giocatori, dall'altro si può sostenere che ogni operatore delle dipendenze possiede nel proprio bagaglio culturale e operativo adeguati strumenti per il trattamento dei giocatori.

2. Denominazione

La denominazione viene modificata da Gioco d'Azzardo Patologico a Disturbo da Gioco d'Azzardo. Il cambiamento non appare meramente linguistico e va nella stessa direzione della evoluzione dei disturbi da uso di sostanze. Il Manuale infatti elimina qualsiasi distinzione tra diagnosi di abuso e dipendenza da sostanze per unificarla in una sindrome alla quale viene assegnato un gradiente di gravità sulla base del numero di criteri che sono soddisfatti nello specifico quadro clinico. Lo stesso avviene con il gioco patologico. Quindi appare logico che al *Substance Use Disorder* corrisponda il *Gambling Disorder*. Si spera che questa nuova denominazione possa fare ordine in una materia in cui i nomi utilizzati sono stati i più vari. Si auspica inoltre che essa contribuisca a ridurre

Il Gambling Patologico nel nuovo DSM-5 - Graziano Bellio

il carico di condanna morale e stigma che il giocatore dipendente si porta appresso.

Criteri diagnostici

Nel DSM-5 i criteri diagnostici per il GAP non hanno subito significativi cambiamenti sul piano qualitativo (a onor del vero la definizione di alcuni criteri ha effettivamente subito alcune piccole modificazioni linguistiche allo scopo di meglio precisarne natura ed interpretazione). Il nuovo Manuale ha però cancellato il criterio degli atti antisociali: *'ha commesso atti illegali come falsificazioni, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo'*, riducendone il numero da 10 a 9, ma. Il motivo della cancellazione non riguarda ovviamente la rilevanza in sé degli atti antisociali nell'ambito del quadro clinico, quanto piuttosto lo scarso contributo che tale criterio porta alla possibilità di formulare la diagnosi. Ricordiamo infatti che il DSM è un manuale diagnostico e non un trattato di psichiatria clinica: i criteri del DSM non descrivono un quadro clinico nella sua completezza e complessità, ma ne definiscono i confini diagnostici. Alcuni studi avevano sottolineato che il criterio degli atti antisociali veniva soddisfatto quando la diagnosi poteva essere già confermata dalla presenza dei altri sintomi. Era stato evidenziato infatti che tra tutti era il criterio che compariva più tardivamente nella evoluzione clinica dei casi più gravi, risultando quindi il meno frequente. Il suo peso sulla determinazione della diagnosi era di fatto trascurabile. Se da un lato la scelta di escludere il criterio degli atti antisociali può risultare giustificato sulla base di un ragionamento statistico ed epidemiologico, dall'altro si corre il rischio di dar loro minore rilevanza, orientando il clinico a trascurare l'approfondimento dei comportamenti illegali. Essi invece, quando presenti, esprimono un livello di gravità rilevante del GAP. L'operatore dovrebbe indagare esplicitamente ed accuratamente anche sulla presenza di atti violenti intra ed extra familiari, pur se non ricompresi tra gli atti illegali compiuti per procurarsi denaro. Va infine precisato che il testo del DSM-5 considera esplicitamente gli atti illegali all'interno del criterio della menzogna: in altri termini pur escludendoli relativamente alla diagnosi, il Gruppo di Lavoro non ha ritenuto di ignorare completamente il rischio di antisocialità del giocatore.

Keywords: *classificazione, Manuale statistico, Diagnosi, Psichiatria*

I criteri diagnostici necessari per diagnosticare il disturbo da gioco d'azzardo sono stati ridotti da 5 a 4. Anche in questo caso, similmente agli altri disturbi di dipendenza, sembra di capire che il Gruppo di Lavoro abbia inteso includere nell'area diagnosticabile forme di gioco problematico precedentemente sottosoglia che però meritano una attenzione clinica. Qualche studio sostiene comunque che l'abbassamento della soglia potrebbe non avere significative conseguenze in termini di incremento del numero di soggetti diagnosticabili, sia per quanto riguarda i soggetti che si rivolgono ai servizi, sia nelle indagini epidemiologiche della popolazione generale. Al contrario, sembra che l'accuratezza diagnostica sia migliore con l'abbassamento a quattro criteri su nove. Come nel DSM-IV, anche la quinta edizione del Manuale prevede che la diagnosi di GAP venga esclusa se il quadro di gioco eccessivo compare nel corso di un disturbo maniaco (o ipomaniaco). Vale però la pena di ricordare che tale limitazione è valida solamente se il gioco patologico compare unicamente nel corso degli episodi di eccitamento maniaco, rappresentando in questo caso una modalità di espressione della ben nota prodigalità maniaco. Se invece il gioco patologico è diagnosticabile anche al di fuori dei periodi di euforia, allora le due diagnosi possono coesistere. Ai fini della diagnosi differenziale va comunque tenuto presente che molti giocatori manifestano una elevazione del tono dell'umore secondaria all'attività di gioco.

Finestra temporale

Il DSM-5 prevede che i criteri diagnostici siano evidenziabili nel soggetto nell'arco di un periodo massimo di dodici mesi affinché la diagnosi sia valida. Questa modificazione sembra correggere una errata presunzione del DSM-IV secondo la quale la diagnosi di GAP era lifetime, e non appariva necessario che i sintomi fossero concentrati in uno stesso periodo per superare la soglia diagnostica. Alcune ricerche hanno al contrario evidenziato che una buona fetta di giocatori patologici non risultavano più diagnosticabili come tali ad una indagine successiva, indipendentemente dall'aver intrapreso trattamenti. In ogni caso la precisazione dell'arco temporale dei 12 mesi è logica e di buon senso, anche se sul piano pratico non sembra avere particolare importanza sulla diagnosticabilità dei pazienti. In ogni caso la delimitazione temporale apre il campo alle specificazioni di decorso e al concetto di remissione.

Specificazioni

Il DSM-5 introduce alcune specificazioni diagnostiche: di decorso, di gravità, di esito.

Il decorso viene definito come *episodico* o *persistente* a seconda dell'andamento temporale del quadro clinico. Un soggetto può

Il Gambling Patologico nel nuovo DSM-5 - Graziano Bellio

infatti presentare un quadro sintomatologico persistente, in cui il comportamento di gioco eccessivo dura diversi anni e dove è rilevabile la presenza di criteri diagnostici oltre la soglia minima dei 4 necessari per la diagnosi. In altri casi invece l'andamento clinico è più oscillante, con il superamento della soglia minima diagnostica più volte nel corso degli anni, inframmezzato da periodi di attenuazione sintomatologica della durata di mesi o anni.

La *gravità* clinica viene definita dal Manuale sulla base del numero di criteri diagnostici presenti, presupponendo che un soggetto con 5 criteri sia meno grave di un altro con otto criteri.

Lieve = riscontro di 4 o 5 criteri

Moderata = riscontro di 6 o 7 criteri

Grave = riscontro di 8 o 9 criteri

A prescindere dalla validità clinico-pratica di questo presupposto, una gravità clinica definita in questo modo appare comunque piuttosto limitativa, focalizzata com'è sui comportamenti di gioco. Anzi, solamente su alcuni comportamenti, ovvero quei nove che rappresentano i criteri diagnostici. Sicuramente l'operatore dei servizi non si accontenterà di definire in questi termini la gravità di un quadro complesso come il GAP: si veda ad esempio l'ampio dibattito emerso durante il meeting di Vinci (2013) organizzato da AND-Azzardo e Nuove Dipendenze e i cui atti sono pubblicati presso il sito Internet andinrete.it. Sarà necessario tenere presente questa impostazione per interpretare correttamente i dati che emergeranno dalle ricerche future basate sulle definizioni del quinto Manuale Diagnostico.

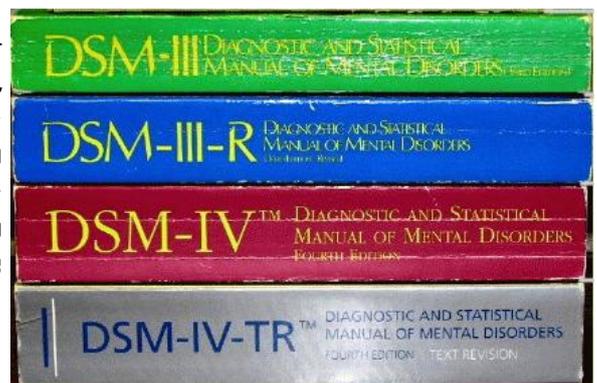
Il DSM-5 infine introduce anche per il GAP la specificazione di esito: *remissione precoce* e *remissione prolungata*. Nel primo caso il soggetto, dopo un periodo in cui era stato diagnosticato il GAP, si trova in una condizione in cui c'è una assenza completa di criteri da almeno 3 mesi. Se tale condizione si stabilizza per oltre 12 mesi consecutivi allora si può parlare di remissione completa. Va notato che manca il concetto di remissione parziale (il paziente presenta ancora qualche sintomo) o completa (il paziente non ha più alcun sintomo) che era presente nei disturbi da uso di sostanze del DSM-IV. L'aver previsto la specificazione di esito è importante perché facilita il clinico nell'affermare il superamento del problema. Secondo il DSM-IV invece per il paziente era di fatto impossibile, a rigor di termini, togliersi di dosso l'etichetta diagnostica una volta assegnatagli. Va infine osservato che per avere una remissione non è necessaria l'assenza di qualsiasi manifestazione clinica, ma solamente di quelle che rappresentano dei criteri diagnostici.

Conclusioni.

La pubblicazione del DSM-5 è destinata ad alimentare un ulteriore, intenso dibattito scientifico che coinvolgerà anche gli specialisti del gambling. Le ricerche future potranno chiarire definitivamente se i cambiamenti apportati saranno utili al clinico e allo scienziato, e se contribuiranno a delimitare in modo adeguato le forme di comportamento che richiedono trattamenti rispetto ai quadri 'minori'. Vero è che noi operatori delle dipendenze, che abbiamo da sempre adottato un modello di salute pubblica, riteniamo meritevoli di attenzione tutti i comportamenti a rischio, se non per il trattamento, almeno per interventi preventivi di vario livello (primari, secondari, terziari). Tuttavia in una epoca in cui l'ottimizzazione delle risorse è indispensabile, sarà inevitabile che le popolazioni cliniche vengano delimitate sempre di più e che i trattamenti, anche nel nostro campo, divengano oggetto di valutazione di efficienza ed efficacia. Un buon sistema diagnostico potrà essere utile in questo senso.

Il DSM-5 arriva a distanza di 13 anni dal suo predecessore (DSM-IV-TR, 2000) e dopo 19 anni dall'ultima revisione maggiore (DSM-IV, 1994). È un lungo periodo di tempo, non solo per un sistema diagnostico sensibile alla ricerca scientifica in continua evoluzione, ma anche per la vita professionale dell'operatore. Per alcuni di noi rappresenta verosimilmente l'ultimo manuale con cui avremo l'occasione di confrontarci professionalmente. Non fosse altro che per questo, il DSM-5 si è guadagnato tutta la nostra attenzione.

Graziano Bellio



ELMO-GA: Elenco delle Motivazioni che ti fanno Giocare d'Azzardo - Maurizio Avanzi

"Mi occupo di dipendenze patologiche da diversi anni e nel corso del mio lavoro ho avuto modo di ascoltare e condividere storie sofferte, rivelazioni sconcertanti, idee deliranti... Ho imparato tanto e per fortuna sono ancora ignorante. Ho imparato che chi manifesta una dipendenza patologica non vuole soffrire per forza ma vuole soffrire di meno, e che la droga per il tossicodipendente come la cioccolata per la bulimica o il videopoker per il giocatore d'azzardo non sono desideri ma bisogni, che a volte travalicano la forza di volontà e la logica del pensiero. Sviluppare nel corso degli anni una dipendenza patologica significa cercare di sopravvivere a una minaccia più grande, che lo stesso *dipendente* avverte senza esserne del tutto consapevole." (1)

In base al nostro studio ci sono almeno 21 motivazioni diverse che portano a giocare d'azzardo e poi non ti lasciano smettere. La percentuale di ogni motivazione dà un'indicativa frequenza con cui tale motivazione può essere presente, secondo quanto riscontrato su pazienti intervistati, seguiti dal Ser.T. di Cortemaggiore, nei primi mesi del 2013.

Il metodo utilizzato è stato quello dell'intervista strutturata è stata proposta a cento pazienti (84 uomini e 16 donne), di età variabile tra 21 e 74 anni. L'età media dei pazienti era di 43.92 anni (SD=12.34). Tutti i pazienti avevano avuto la diagnosi di gioco d'azzardo patologico secondo i criteri del DSM IV TR.

I risultati evidenziati sono stati i seguenti, in **grassetto** le motivazioni:

Le tipologie di gioco praticate erano: newslot 60%, vlt 15%, scommesse sportive 10%, gratta e vinci 5%, poker 4%, 10 e lotto 2%, bingo 2%, roulette 2%.

1. Ci sono persone che giocano d'azzardo per vincere denaro, per avere più soldi: (83%).

Vincere denaro vuole dire tante cose.

C'è chi vorrebbe vincere piccole cifre per concedersi piccoli lussi: sono i giocatori di slot ad inizio carriera. Per fare qualche regalo agli altri.

C'è chi vorrebbe fare una grossa vincita che gli cambi la vita: sono i giocatori del gratta e vinci, del superenalotto, delle vlt. Per "fare il colpaccio".

C'è chi si accontenterebbe di vincere per continuare a giocare. Continui a infilare soldi per fare continuare il gioco. Ma i soldi non bastano mai e c'è chi si scopre avido. Giochi perché non ti accontenti. Speri in un guadagno facile.

2. Ci sono persone che giocano d'azzardo per divertimento, perché gli piace giocare: (68%). Perché poi ti senti appagato.

3. Ci sono persone che giocano d'azzardo perché gli dà brivido, eccitazione, comunque sensazioni forti, adrenalina che sale: (48%).

4. Ci sono persone che giocano d'azzardo per stare con amici o familiari o per incontrare nuove persone, giocano per socializzare: (12%).

Tipico di chi gioca a bingo.

5. Ci sono persone che giocano d'azzardo come passatempo, come anti-noia, per fare qualcosa intanto che aspettano, come diversivo: (64%).

6. Ci sono persone che giocano d'azzardo per il piacere di vincere, a prescindere dai soldi: vincere per vincere: (49%).

Per sentire che vali. Perché ti fa sentire onnipotente. Per fare vedere che sei più furbo degli altri.

7. Ci sono persone che giocano d'azzardo per battere gli altri giocatori, per essere quello che emerge: (18%).

8. Ci sono persone che giocano d'azzardo perché lo fanno gli amici, per non sentirsi fuori dal gruppo: (9%).

Tipico di chi fa scommesse sportive con gli amici.

9. Ci sono persone che giocano d'azzardo per il piacere del rischio e la sensazione d'incertezza che c'è nell'azzardo: (46%).

10. Ci sono persone che giocano d'azzardo per metter in pratica le proprie abilità, le strategie, i trucchi che hanno imparato guardando giocare e scambiandosi consigli con gli amici: (55%).

Per esempio vedendo un altro giocatore perdere tanti soldi ti viene di pensare: "adesso li vado a recuperare io".

11. Ci sono persone che giocano d'azzardo perché è interessante, affascinante: desta la loro curiosità: (30%).

Curiosità di vedere se paga. E' affascinante lo stile di vita che ti propone il gioco d'azzardo. Curiosità per le nuove macchine.

12. Ci sono persone che giocano d'azzardo per non pensare a niente, per prendersi una pausa, per rilassarsi dallo stress, per stare da soli: (65%).

Per staccare la spina. Per non pensare ai problemi, alle preoccupazioni.

Per lasciare il mondo fuori. Per affrontare ansia e depressione.

Per dimenticare le cose che vanno male.

13. Ci sono persone che giocano d'azzardo come sfida: vogliono battere la macchina, vogliono sfidare il gioco. Vogliono "fregare" la macchina e sanno che non si devono fermare: (34%).

Sanno di andare a combattere contro i mulini a vento, contro l'impossibile, ma non si fermano. Usano la loro tenacia e non mollano.

14. Ci sono persone che giocano d'azzardo dopo aver bevuto alcolici o usato cocaina: (15%).

Hanno tendenza alle compulsioni.

15. Ci sono persone che giocano d'azzardo perché si sentono fortunati o per metter alla prova la propria fortuna: (46%).

16. Ci sono persone che giocano d'azzardo per recuperare i soldi che hanno perso al gioco. Per rifarsi. Per risolvere: (88%).

Tra le persone che chiedono aiuto, la maggior parte vorrebbe vincere denaro per risolvere la situazione debitoria, per recuperare i soldi persi nel gioco d'azzardo. Per avere una speranza.

17. Ci sono persone che giocano d'azzardo per insoddisfazione. Vorrebbero guadagnare di più, sentono di meritarselo ed il gioco è una sorta di rivalsa: (30%).

Per problemi sul lavoro. Perché invecchi e ti senti sempre secondo.

Perché non ti piace il lavoro che fai. Per essere all'altezza della morosa più ricca.

18. Ci sono persone che giocano d'azzardo per solitudine, perché si sentono soli: (30%).

Per attirare l'attenzione. Per lutti non elaborati.

19. Ci sono persone che giocano d'azzardo per sfogo: per sfogare la rabbia per qualcosa o contro qualcuno. Oppure giocano per colpa di qualcosa o di qualcuno: (55%).

Per scaricarsi. Perché la suocera vive con voi...

20. Ci sono persone che giocano d'azzardo per autolesionismo, per farsi del male, per buttare i soldi: (14%).

Buttano i soldi invece di tagliarsi. Invece di farsi del male in altro modo. Invece di suicidarsi.

21. Ci sono persone che giocano d'azzardo per abitudine: (52%).

ELMO-GA: Elenco delle Motivazioni che ti fanno Giocare d'Azzardo - Maurizio Avanzi

Vai a giocare come in trance, come fosse un automatismo. All'interno di una routine consolidata. Come una sorta di rituale.

22. Che cosa mi sono dimenticato?

I pazienti chiedono frequentemente di capire come sia stato possibile arrivare a giocare d'azzardo in questo modo così pericoloso, visto che si ritengono persone normali. Si chiedono: "Cosa c'è di sbagliato in me?" Siamo una macchina tenace che sforna predizioni, che fa connessioni e che cerca di darsi spiegazioni. "Ditemi cosa mi è successo, perché non ci posso credere..."

Molti chiedono: "Perché ho iniziato a giocare? Non ne avevo motivo né necessità... E poi perché non riuscivo a smettere?"

Sono tenace, e non mollo. Sono intuitivo e furbo. Nel mio lavoro sono apprezzato perché sono sempre un passo avanti agli altri..."

La trappola scatta quando abbassiamo l'attenzione, usiamo il pilota automatico o modifichiamo i ricordi, ma soprattutto quando usiamo le nostre innegabili competenze applicandole a un campo illusorio e che non abbisogna di competenze: il gioco d'azzardo.

Alcune forme di dipendenza sono il tentativo di affrontare così il male di vivere, come scelta del male minore. Un modo per difendersi, anche se vergognosamente e goffamente.

Conclusioni

E' utile eseguire quest'intervista strutturata. Serve per non dimenticare dei pezzi importanti su cui lavorare. Serve per sottolineare che sappiamo benissimo che ci sono motivazioni più che razionali che portano a giocare d'azzardo. L'intervista strutturata permette di individuare le motivazioni del gioco d'azzardo e di pianificare con il paziente i nodi focali del trattamento del gioco eccessivo. Quelle motivazioni vanno soddisfatte e affrontate in altro modo. Quando le motivazioni a giocare d'azzardo vengono indirizzate e soddisfatte da altri comportamenti la cura è a buon punto o comunque sta andando nella giusta direzione. L'intervista sulle motivazioni è nata da diversi studi accreditati sull'argomento (2-6).

Maurizio Avanzi

Bibliografia

Tonioni F. Quando internet diventa una droga. Ciò che i genitori devono sapere. Einaudi, Torino, 2011, p.3

Neighbors C., Louttetter W.T., Cronce J.M., Larimer M.E., Exploring College Student Gambling Motivations, Journal of Gambling Studies, 2002, 18: 361-370.

Lee P.-H., Chae P.-K., Lee H.S., Kim Y.-K., The five-factor gambling motivation model, Psychiatry Research, 2007, 150: 21-32.

Stewart S.H., Zack M., Development and psychometric evaluation of a three-dimensional Gambling Motives Questionnaire, Addiction, 2008, 103: 1110-1117.

Wardle H., Dobbie F., Kerr J., Reith G., Questionnaire development for a longitudinal study of gamblers: phase I report, London: National Centre for Social Research, Prepared for the Gambling Commission, 2009.

Binde P., Why people gamble: a model with five motivational dimensions, International Journal of Gambling Studies, 2013, 13: 81-97.

Estratti dal concorso: "Non chiamatelo gioco"



Concorso organizzato dall'associazione ANDe dal Coordinamento Comuni contro overdose da gioco d'azzardo (provincia di Varese) che ha coinvolto 7 scuole secondarie di primo e secondo grado n 21 Classi, 18 Docenti referenti e 402 alunni.

Orthos: Programma Residenziale di Psicoterapia Intensiva per Giocatori D'azzardo

Riccardo Zerbetto - **SECONDA PARTE**

- Capitoli 1-4 nel numero 2-2013 del Bulletin -

5. LA VALUTAZIONE DEGLI *OUTCOMES*

5.1 Alcune considerazioni preliminari

Come si è detto in premessa, la filosofia di Orthos contempla un approccio non moralistico e pregiudiziale nei confronti del gioco d'azzardo che, come sappiamo, accompagna nelle sue diverse forme, l'essere umano dai suoi primordi (Zerbetto, 2002). Compito di un programma terapeutico è quindi quello di intervenire sul ricorso a forme disfunzionali ed autodistruttive collegate al gioco d'azzardo e non sul ricorso allo stesso se all'interno di modalità socialmente compatibili. Anche nelle valutazioni sugli *outcomes* vengono quindi contemplate le diverse possibilità a seguito di un trattamento sul GAP:

- quella di una totale astinenza
- quella di un gioco controllato
- quella di saltuarie ricadute
- quella del ritorno ad un gioco gioco incontrollato (GAP)

5.2 Alcuni dati dalle ricerche sugli esiti di interventi terapeutici

Anche le ricerche sulle risultanze di interventi terapeutici su giocatori d'azzardo compulsivi in programmi di cura professionali, ottenuti da González Ibáñez ed altri (1990, 1995 e 2001), McCormick e Ramirez (1988) con interventi di counseling e trattamento cognitivo-comportamentale (con tecniche di controllo degli stimoli, esposizione in "vivo", ristrutturazione cognitiva, risoluzione dei problemi, rafforzamento, auto-rafforzamento, auto-istruzione e prevenzione delle ricadute) hanno osservato, con risultati che coincidono nella maggior parte degli studi, che circa un terzo dei soggetti ha abbandonato durante la fase di follow-up che è durata un anno e che circa la metà dei rimanenti è rimasto in astinenza.

Di questi, in un follow-up tra i 2 e i 9 anni, McConaghy, Blaszczyński e Frankova (1991) hanno riportato che il 45% dei pazienti ha continuato a giocare ma in maniera controllata. González Ibáñez ed altri (2001) ha osservato che in un campione di



PROGETTO ORTHOS

studio e trattamento delle dipendenze patologiche

60 pazienti il 56% ha abbandonato la terapia durante il trattamento. L' 80% di coloro che hanno partecipato agli incontri di follow-up a distanza di 1, 3,6 e 12 mesi è rimasto in astinenza. A distanza di 4 anni, il 33% era rimasto in astinenza totale, il 20% era ritornato al *gambling* incontrollato e il 47% giocava in maniera controllata con modalità diverse dal *gambling* problematico di partenza. Questo sta ad indicare che, oltre alla astinenza definitiva, anche la riduzione dell'urgenza del gioco e lo sviluppo di un maggiore auto-controllo può rappresentare un importante obiettivo terapeutico. Tale risultato si rende più realistico se si accompagna ad un sensibile cambiamento nello stile di vita, ad una maggiore consapevolezza sulle situazioni di rischio e ad una ristrutturazione della situazione familiare, occupazionale, sociale (Zerbetto, 2011).

5.3 il monitoraggio sui risultati

La consistenza dei processi di cambiamento viene attentamente moni-

torata nel periodo post-residenziale attraverso:

1. la fase dell'accompagnamento e dei richiami che coprirà, con cadenze regolari, il primo anno successivo alla dimissione dalla comunità. Con l'esperienza che stiamo raccogliendo, tale periodo tende tuttavia ad estendersi anche oltre il previsto anno di accompagnamento. La fragilità di alcune strutture di personalità richiede infatti un monitoraggio assai più protratto nel tempo e la cui programmazione è ancora in una fase di messa a punto.

2. incontri periodici con le famiglie

3. occasioni di incontro

con la doppia finalità: socializzante e di auto-aiuto secondo un calendario e modalità stabilite dal gruppo territoriale stesso con il supporto dell'operatore referente sul territorio

4. la costituzione di una "rete" di solidarietà reciproca da attivare in situazioni di difficoltà attraverso il coinvolgimento dei compagni di corso, similmente a quanto avviene anche nelle esperienze condotte in campo algologico

6. LA RICERCA SUI RISULTATI DEL PROGRAMMA ORTHOS:

6.1 DA UNA RICERCA PRELIMINARE SUGLI *OUTCOMES* A SEGUITO DEL PRIMO ANNO DI SPERIMENTAZIONE

Con il marzo 2008 si è concluso il primo anno dall'inizio della sperimentazione del Programma che è stato valutato da una Commissione regionale costituita da 4 operatori esperti sul tema del GAP. Dal documento prodotto dalla Commissione, a seguito la valutazione dei primi 4 moduli, si riportano in sintesi alcuni dati più significativi (i dati più descrittivi sono stati pubblicati nel mio contributo su: *Orthos: progetto residenziale di psicoterapia intensiva per giocatori d'azzardo su: Gioco d'azzardo. Alla ricerca di possibili integrazioni tra servizio pubblico, privato sociale e territoriale* a cura della regione

Toscana, Centrostampa Arezzo 2008. Dalla raccolta dei dati è risultato che:

Il 51.5% degli utenti proveniva dalla Regione Toscana,

mentre il 48.5% da altre parti di Italia. Il 63.3% dell'utenza è stata inviata dai SerT, mentre altri utenti hanno appreso dell'esistenza del programma da Internet o da organi di stampa. Il 97% ha concluso il programma residenziale dimostrando una buona *retention rate* ed una buona *compliance* nei confronti del programma. Di questi ultimi utenti, ad una stima condotta a fine 2007, il 59% ha mantenuto un'astensione totale dal gioco mentre il 34% un'astensione parziale e il 6% ha avuto una o più ricadute. Tali stime, con il passare dei mesi, hanno avuto un modesto peggioramento percentuale. E' pur vero che alcuni utenti che erano andati incontro a ricadute, si sono successivamente ripresi e manifestano una soddisfacente "tenuta" nei confronti delle ricadute. Una valutazione che tenga conto di un arco di tempo necessariamente più ampio è tuttora in corso. Il 54.5% degli utenti che hanno completato il programma sono stati inviati ai SerT per essere sostenuti nel programma di

Keywords: *Gioco d'azzardo, trattamento residenziale, psicoterapia, esiti trattamentali*

continua...

Orthos: Programma Residenziale di Psicoterapia Intensiva per Giocatori D'azzardo

Riccardo Zerbetto - *SECONDA PARTE*

mantenimento. Nelle sedi di Siena, Milano e Roma vengono condotti incontri periodici di sostegno per gli utenti che hanno completato il programma. In taluni casi si è avviato o confermato un inserimento in gruppi per Giocatori anonimi o di Auto-mutuo-aiuto.

6.2 LA RICERCA SU TRATTI DI PERSONALITA'

Con l'intento di evidenziare le risultanze di una indagine sulle componenti psicodinamiche osservabili nei casi studiati al fine di mettere meglio a fuoco la specificità dell'intervento terapeutico, riportiamo di seguito la sintesi del contributo pubblicato su *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico* pubblicato da Mauro Croce, Francesca Picone, e Riccardo Zerbetto nel testo su: *Addiction: Aspetti biologici e di ricerca* a cura di Vincenzo Caretti e Daniele la Barbera, Raffaello Cortina Editore 2010 nel quale, al campione di soggetti GAP di cui alla precedente ricerca, è stata somministrata una batteria di test, comprendente i seguenti reattivi *self-report*.

SOGS (South Oaks Gambling Screen; Lesieur e Blume, 1987; adatt. italiano di Guerreschi e Gander), questionario composto da 20 items, per lo screening della presenza e della severità del GAP;

Keywords: Gioco d'azzardo, trattamento residenziale, psicoterapia, esiti trattamentali

BIS-II (Barratt Impulsiveness Scale-II, Patton et al., 1995; adatt. italiano di Fossati et al.), questionario composto da 30 items su scala Likert a quattro punti, per la misurazione dell'impulsività (Caretti e coll., 2007);

DES-II (Dissociative Experiences Scale - Revised; Bernstein Carlson e Putnam, 1993; adatt. italiano di Schimmenti), questionario composto da 28 items, per la misurazione delle esperienze dissociative (Caretti e coll., 2007, Lumley 1995;

TAS-20 (Toronto Alexithymia Scale - 20 items; Bagby, Taylor, Parker, 1994, adatt. italiano di Bressi et al.), questionario composto da 20 items, per la misurazione dell'alessitimia e della disregolazione affettiva (Caretti e coll., 2007).

Le statistiche descrittive relative alla patologia specifica evidenziano un risultato al SOGS una grave condizione patologica di questi soggetti con un punteggio medio di 14 (Lesieur e Blume 1991). Anche l'impulsività è molto elevata, se si considera che il punteggio medio nella popolazione italiana è di 64,11 ± 10,08 (Blaszczynski e coll. 1991). Ancora, i punteggi alla DES-II, sebbene non raggiungano il cut-off di 30 suggerito dagli autori per lo screening della presenza di disturbi dissociativi, sono più elevati di quelli ottenuti dalla popolazione normale, mentre rispetto alla TAS-20 i soggetti di questo gruppo si classificano come "borderline per l'alessitimia", ottenendo un punteggio medio compreso tra 51 e 60, con ben 11 soggetti (34,4%) che risultano alessitimici (Ragby e coll. 1994, Bernstein e coll. 1993, Carlson e Putman, 1988, Kofoed e coll. 1997). Come sintesi sui risultati della ricerca emerge che:

L'impulsività, a sua volta correla a livello di trend ($r=0,34$; $p<0,06$) con l'alessitimia, segnalando come *il tratto impulsivo sia probabilmente connesso ad inadeguati meccanismi di elaborazione intrapsichica e*

comunicazione intersoggettiva delle emozioni, nonché di un loro insufficiente utilizzo come guida per il comportamento (vedi anche Taylor, 1997).

Rispetto alla dissociazione, essa mostra le maggiori correlazioni con l'alessitimia ($r=0,53$; $p<0,01$), ed in particolare è proprio il primo fattore della TAS-20, DIF (difficoltà nell'identificare le emozioni e distinguerle dalle sensazioni somatiche) a mostrare i valori più elevati di associazione nelle esperienze dissociative misurate dalla DES-II ($r=0,55$; $p<0,01$).

In sintesi, dunque, *quando è presente l'alessitimia, cioè un elevato grado di disregolazione affettiva* caratterizzato da forti difficoltà nell'identificare e comunicare le proprie emozioni ed un pensiero prevalentemente operatorio, orientato all'esterno, allora è proprio la presenza di una elevata sintomatologia dissociativa che spiega la severità del gambling compulsivo mentre, quando si è in assenza di condizioni alessitimiche, la sintomatologia dissociativa sembra assumere un ruolo di secondo piano.

Tali dati sono tratti da un articolo su: *La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico* a cura di Mauro Croce, Francesca Picone e Riccardo Zerbetto nel testo su: *Addiction. La ricerca empirica nelle dipendenze patologiche* a cura di Vincenzo Caretti, Raffaello Cortina Editore

6.3 RICERCA SUGLI OUTCOMES DEL PROGRAMMA "ORTHOS" NEI PRIMI CINQUE ANNI DI SPERIMENTAZIONE

Al fine di sottoporre a verifica empirica l'efficacia del programma trattamentale intensivo ORTHOS, è stato effettuato uno studio volto a indagare gli effetti clinici del trattamento ad almeno un anno di distanza dal suo termine e, per l'esattezza, per circa il 50% della popolazione studiata a distanza di un anno, e per pari quota percentuale per due, tre, quattro sino a cinque anni per gli Utenti che hanno frequentato per primi il Programma. La ricerca, promossa da R. Zerbetto è stata coordinata da Adriano Schimmenti con la supervisione di Vincenzo Caretti. Tutti gli operatori professionali - Giuseppe De Felice, Claudio Dal Piaz, Giovanna Puntellini, Eduardo Santillan, Elena Lunardi e Marie Ange Guisolan - hanno collaborato alla raccolta dei dati dagli Utenti a loro assegnati con il coordinamento e la formazione di Daniela Poli.

Metodo

I partecipanti al programma ORTHOS sono stati intervistati in fase di accesso al trattamento (T0) per la valutazione del loro funzionamento psichico globale secondo DSM tramite la scala di Valutazione Globale del Funzionamento (VGF; *Global Assessment of Functioning*, APA, 2000). In quel contesto, sono stati raccolti anche i dati relativi alle variabili sociodemografiche, alla storia clinica pregressa, ed è stato loro somministrato il South Oaks Gambling Screen (SOGS; Leisure e Blum, 1987) per la valutazione dei sintomi di gioco d'azzardo patologico (GAP). I soggetti sono quindi stati contattati per effettuare un'intervista, telefonica o vis-à-vis, della durata di circa due ore, ad almeno un anno di distanza dalla fine del trattamento ($M=1,7$ anni; $DS=0,3$), in cui è stata nuovamente effet-

continua...

Orthos: Programma Residenziale di Psicoterapia Intensiva per Giocatori D'azzardo

Riccardo Zerbetto - SECONDA PARTE

tuata la valutazione del funzionamento globale e dei sintomi GAP attuali (TI). Le valutazioni VGF sono state effettuate in doppio cieco da due clinici esperti e supervisionate dal responsabile della ricerca (RZ); è stata utilizzata la media di tali valutazioni VGF per le successive analisi statistiche dei dati. Tutti i soggetti hanno fornito il consenso informato per il trattamento anonimo dei dati ai fini di ricerca.

Soggetti

Lo studio ha coinvolto inizialmente 164 soggetti che avevano partecipato al programma trattamentale ORTHOS e lo avevano completato da almeno un anno. I soggetti presentavano un'età media al momento della rilevazione in TO (inizio del trattamento) di 45,9 anni (DS=11,8; range: 23-75), erano in prevalenza uomini (N=148; 90,2%). I soggetti erano in prevalenza coniugati (N=79; 48,2%) o celibi/nubili (N=47; 28,7%), con livello di istruzione prevalentemente di licenza media (N=70; 42,7%) o media superiore (N=80; 48,8%). La maggior parte di loro proveniva dalla regione Toscana (N=89; 54,3%), ma nella distribuzione erano presenti quasi tutte le regioni italiane. Essi presentavano una comorbidità clinica accertata nel 34,1% dei casi (N=56), in prevalenza depressione (N=39; 69,6%). I soggetti avevano un debito medio di € 42.166,13 con DS 182.379,73 con individui che arrivavano a circa due milioni di euro di debito. Di questi soggetti, 140 (83,3%) hanno partecipato alla rilevazione in TI.

Strumenti

I soggetti sono stati valutati in TO e TI attraverso i seguenti strumenti: a) South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur e Blume, 1987), questionario self-report di screening volto a indagare la presenza e la severità del GAP. Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, il SOGS permette di evidenziare la probabile presenza di problemi di gioco, fornendo informazioni su molteplici aspetti: tipo di gioco privilegiato, frequenza delle attività di gioco, difficoltà a giocare in modo controllato, mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare, menzogne circa le attività di gioco, giocare più della somma prevista inizialmente, e così via; b) Valutazione Globale del Funzionamento (VGF, APA, 2000), scala da 0 a 100 di tipo *clinician-report* che rappresenta il V asse del DSM-IV-TR, qui codificata secondo i criteri del MGAF-R (Hall, 2000), che valuta il funzionamento globale dell'individuo rispetto alle aree psicologiche, sociali e lavorative. La VGF è considerata in letteratura come uno degli strumenti di sintesi più efficaci per pianificare il trattamento e misurare il suo impatto, per predire l'esito delle psicoterapie e per seguire i progressi clinici degli individui in termini globali, utilizzando una misura singola.

Risultati

L'elaborazione dei dati relativi ai 140 casi che hanno partecipato alla rilevazione TI mostra un effetto positivo significativo, di elevata ampiezza, del programma di trattamento ORTHOS sulla riduzione dei sintomi GAP e sulla salute mentale generale dei soggetti trattati, a un anno di distanza o più dalla fine del trattamento.

Come sintetizzato dalla Tabella 1, infatti, in questi soggetti si è osservata una riduzione media di

9,04 punti al SOGS ($r=0,58$, $p<0,0001$), con un elevato livello di significatività rispetto alla riduzione dei sintomi di GAP. Nei 140

soggetti si è osservato anche un incremento ampio e significativo del funzionamento globale. L'incremento medio alla VGF è di 18,34 punti, indicando quindi un miglioramento della salute mentale generale e del funzionamento globale degli individui trattati di quasi il 20% ($r=0,23$, $p<0,01$).

In sintesi, questi risultati confermano l'efficacia del trattamento ORTHOS rispetto alla riduzione dei sintomi di GAP, con oltre l'85% del campione in cui i sintomi manifestati non assumono più rilevanza clinica (punteggi al SOGS inferiori a 5).

6.4 DISCUSSIONE DEI RISULTATI E CONCLUSIONI

Come è noto, non è facile avviare e mantenere una efficace relazione terapeutica con soggetti appartenenti all'ambito delle dipendenze e, forse in particolare, con giocatori problematici che evidenziano una struttura di personalità spesso disturbata ma comunque fortemente "egosintonica", con scarsa disponibilità a mettersi in discussione, a chiedere aiuto nei momenti difficili o a mantenere un contatto anche nei periodi nei quali "le cose vanno bene". Tra i casi che non è stato possibile contattare ci sono situazioni, infatti, è possibile ipotizzare ricadute con conseguente atteggiamento a sottrarsi ad un confronto percepito come frustrante, oppure situazioni di remissione del GAP ma nelle quali il soggetto adotta un atteggiamento di rimozione circa il suo passato di giocatore e ne evita ogni possibile rievocazione. Al di là di queste premesse, a conclusione delle ricerche riportate possono trarsi le seguenti considerazioni:

6.4.1 Sulla ricerca in generale in ambito specifico

è urgente poter definire, possibilmente a livello internazionale, gli standard per la rilevazione dei dati utili a valutare gli outcomes dei programmi di trattamento in modo da poterne confrontare efficacemente le variabili che maggiormente incidono sulla loro efficacia

Keywords: *Gioco d'azzardo, trattamento residenziale, psicoterapia, esiti trattamentali*

	Media TO (DS)	Media TI (DS)	t (139)	p	d	effect size
<i>SOGS</i>	13,15 (3,23)	4,11 (3,68)	- 24,78	<0,0001	4,20	0,90
<i>VGF</i>	55,06 (8,84)	73,41(10,76)	23,72	<0,0001	4,02	0,89

Tabella 1. Sintomi di Gioco d'Azzardo Patologica (SOGS) e Valutazione Globale del Funzionamento (VGF) all'ingresso (TO) e a un anno o più (TI) dal trattamento ORTHOS (N=140).

Nota: SOGS = South Oaks Gambling Screen; VGF = Valutazione Globale del Funzionamento

continua...

Orthos: Programma Residenziale di Psicoterapia Intensiva per Giocatori D'azzardo

Riccardo Zerbetto - **SECONDA PARTE**

i trattamenti in ambito residenziale, in particolare, sono molto rari allo stato attuale dal momento che le comunità terapeutiche tradizionali per le tossicodipendenze non si rivelano adeguate al trattamento dei giocatori d'azzardo mentre pressochè inesistenti risultano essere programmi di trattamento (specie se supportati dal servizio sanitario nazionale) per le dipendenze comportamentali

Sul contesto più generale nel quale inquadrare i trattamenti residenziali e la loro valutazione

Vanno verisimilmente fatte le seguenti considerazioni (Zerbetto, 2011):

- la copertura finanziaria di tali interventi è resa difficoltosa in mancanza di strumenti legislativi, come l'inserimento del gioco d'azzardo patologico nei Livelli essenziali di assistenza (LEA), ai costi inerenti alla fase in regime di residenzialità vanno considerati in aggiunta quelli degli incontri di verifica, quelli mensili, gli interventi di sostegno per telefono al fine di sostenere le situazioni più difficili e prevenire, per quanto possibile, le ricadute

- l'iniziativa si configura come intervento intensivo in ambito residenziale di durata breve (tre settimane) con tre incontri di verifica nel corso dell'anno che segue l'intervento residenziale intensivo, seguiti da incontri di verifica nel corso dell'anno successivo. Il programma è quindi mirato a casi "problematici" ma non affetti da gravi patologie psichiatriche tenuto conto del periodo limitato di intervento intensivo e delle caratteristiche non medicalizzate dell'intervento stesso

- riteniamo inoltre utile discutere l'opportunità di una partecipazione degli utenti ai costi del programma e soprattutto del periodo di prosieguo che, spesso, si estende ad un periodo di tempo più lungo dell'anno previsto per l'intervento intensivo. Se un sostegno finanziario si rende infatti indispensabile, specie in casi di disastrose condizioni finanziarie, una totale gratuità perpetua una situazione di dipendenza che rischia di mortificare la responsabilizzazione dell'utente a farsi carico della propria salute e del processo di progressiva autonomizzazione

- il Progetto Orthos si inserisce in modo anticipativo e coerente nelle linee previste dal Piano Integrato Sociale Regionale 2007-2010. In attesa di leggi-quadro che regolino il settore del gioco d'azzardo merita riportare come la "Bozza di intesa sulla ludopatia" pubblicata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in data 4.8.2011 all'art 5 sulle "Linee di recupero" pubblicata fa riferimento alla "attivazione di programmi di trattamento personalizzati, di gruppo e di auto-aiuto, secondo protocolli basati sulle evidenze scientifiche, da realizzarsi in

sede ambulatoriale e, ove appropriato, residenziale". Fondamentale è quindi che tali forme innovative di intervento vengano esplicitamente previste in normative di carattere regionale o nazionale che ne favoriscano l'avvio se, come pare, si dimostrano utili ad affrontare nuove forme di patologia che non trovano adeguate riposte in forme tradizionali di intervento.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (1994): "*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Fourth Edition, Text Revision*". Washington, DC., Ed. It. (2001), Masson, Milano.
- Bagby, R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (1994): "*The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. I. Item selection and cross-validation of the factor structure*". *J Psychosom Res* 1994; 38:23-32.
- Beck A.T., Rush A.J., Shaw B.F., Emery G. (1979): "*Cognitive therapy of depression*", Guilford Press, New York (tr.it.: *Terapia cognitiva della depressione*, Boringhieri, Torino, 1987)
- Bernstein Carlson, E., & Putnam, F. W. (1993): "An update on the Dissociative Experiences Scale". *Dissociation*, 8(1), 16-27.
- Bergler, E. (1957): "*The Psychology of Gambling*". Hill and Wang Inc., New York.
- Blaszczyński, A. (2000): "*Pathways to pathological gamblers: identifying typologies, e-gambling*". The Electronic J of Gambling Issues.
- Blaszczyński, A., McConaghy N., Frankova A. (1991): "*A comparison of relapsed and non-relapsed abstinent pathological gamblers following behavioural treatment*". *British Journal of Addictions*, 86, 11, 1485-9.
- Caretti, V., Franzoni, E., Craparo, G., Pellegrini, G., Schimmenti, A., (2007), "*Disregolazione affettiva e dissociazione come predittori dei vissuti traumatici nei DCA*". *Infanzia e Adolescenza: Psicodinamica e Psicopatologia*, 1/2007: pp. 3-16. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Carlson, E., & Putnam, F.W. (1988): "*Further validation of the Dissociative Experiences Scale*". Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, 1988.
- Cohen, J. (1988). "*Statistical power analysis for the behavioral sciences*" (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- De Castro V; Fuentes D; Tavares H. "*The gambling follow-up scale: Development and reliability testing of a scale for pathological gamblers under treatment*". *Canadian Journal of Psychiatry* 50(2): 81-86, 2005. (18 refs.)
- Gonzalez-Ibanez, A., Pastor, C., Mercadé P.V., Aymami N. (1990): "*Un programa de modificación y terapia de conducta para el tratamiento del juego patológico*". Libro de ponencias Sociodrogalcohol; XVIII Jornadas Nacionales, Barcelona.
- Gonzalez-Ibanez, A., Saldana, C., Jiménez-Murcia, S., Vallejo, J. (1995): "*Psychological and behavioural features of pathological fruit machine gamblers*". Papers presented at the First European Conference on Gambling and Policy Issues, Cambridge University, Cambridge.
- Gonzalez-Ibanez, A. (2001): "*Esperienze di valutazione sui trattamenti*". In: Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001): "Il gioco e l'azzardo". Franco Angeli, Milano.
- Hollander E; Pallanti S; Allen A; Sood E; Rossi NB. "*Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders?*" *American Journal of Psychiatry* 162(1): 137-145, 2005.
- Kofoed, L., Morgan, T., Buchkoski, J., Carr, R. (1997): "*Dissociative experiences scale and MMPI-2 scores in videopoker gamblers, other gamblers,*

Orthos: Programma Residenziale di Psicoterapia Intensiva per Giocatori D'azzardo Riccardo Zerbetto - *SECONDA PARTE*

and alcoholic controls". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, pp. 58-60.

Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, G., Doucet, G. (2003): "*Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*". Centro Scientifico Editore, Torino.

Lesieur, H.R., Blume, S.B. (1991b): "*The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new Instruments for the Identification of Pathological Gamblers*". *Am J Psychiatry*, 1987, 144, pp. 1184-1188.

Lumley, M.A., Roby, K.J. (1995): "*Alexithymia and pathological gambling*". *Psychoterap. Psychosom.*, 63 (3-4):201-6.

McCormick, R.A., Ramirez, L.F. (1988): "*Pathological Gambling. Reprint from Modern Perspectives in Psychosocial Pathology*". Edited by John G. Howells, Brunner/Mazel Inc., New York.

Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ., *Clin Psychol Rev.* 2007 Dec;27(8):944-58. "Psychological treatment dropout among pathological gamblers". *Epub* 2007 Mar 2

Milesi, A., Clerici, M. (2001): "*Gioco d'azzardo, comorbidità e struttura di personalità*". In: Croce, M., Zerbetto, R. (a cura di), (2001): "*Il gioco e l'azzardo*". Franco Angeli, Milano.

Pallesen S; Mitsen M; Kvale G; Johnsen BH; Molde H. "Outcome of psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis". (review). *Addiction* 100(10): 1412-1422, 2005.

Patton JM, Stanford MS, and Barratt ES (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-774.

Petry, N.M., Steinberg, K.L. (2005): "*Childhood maltreatment in male and female treatment-seeking pathological gamblers*". *Psychol. Addict. Behav.*, June; 19 (2): 226-9.

Schimmenti A. (2012). Unveiling the hidden self: developmental trauma and pathological shame. *Psychodynamic Practice*, 18(2) 181-194.

Schimmenti A., Caretti V. (2010). Psychic retreats or psychic pits? Unbear-

able states of mind and technological addiction. *Psychoanalytic Psychology*, 27(2): 115-132.

Pace U., Cacioppo M., Schimmenti A. (2012). The moderating role of father's care on the onset of binge eating symptoms among female late adolescents with insecure attachment. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2): 282-292.

Slutske WS; Caspi A; Moffitt TE; Poulton R. "Personality and problem gambling: A prospective study of a birth cohort of young adults". *Archives of General Psychiatry* 62(7): 769-775, 2005. (51 refs.)

Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997): "*Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*". Cambridge, Cambridge University Press.

Walker M; Toneatto T; Potenza MN; Petry N; Ladouceur R; Hodgins DG et al. "A framework for reporting outcomes in problem gambling treatment research: The Banff, Alberta Consensus". *Addiction* 101(4): 504-511, 2008. (32 refs.)

Zerbetto R, "*Il gioco nel mito e il mito del gioco*", in Croce M. e Zerbetto R., a cura di (2002), *Il gioco e l'azzardo*, FrancoAngeli, Milano.

Zerbetto R. (2002) "*L'uomo e le draghe: un passato da conoscere per un futuro da anticipare*". Lettura magistrale al I Convegno Nazionale di ERIT-Italia, su Dipendenze. Nuovi scenari e sfide al cambiamento, edito a cura del Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna, Azienda USL di Ravenna, Argomenti, Vol. 1, 13 - 2004

Zerbetto, R. (2004) "*Sul dio epidemico ed il suo ritorno*", relazione presentata al Convegno su Il contagio e i suoi simboli promosso dalla Associazione Simbolo, conoscenza e società a Siena nell'ottobre 2000, Edizioni ETS

RICCARDO ZERBETTO

Recensione del film: "Going for Broke" di Graeme Campbell - Fulvia Prever

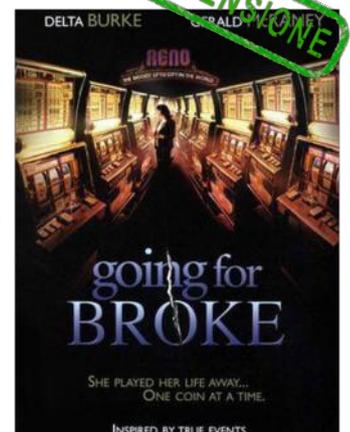
Tratto da una storia vera, *Going for Broke* è un film tv-americano del 2003, diretto da Graeme Campbell, che descrive la vita di una donna intrappolata nella compulsione del gioco. La durezza e realistica di questo film non solo gli valsero alcuni premi, ma spinsero le autorità del Nevada ad inserire obbligatoriamente nei casinò il numero verde per la richiesta di aiuto per la dipendenza da gioco d'azzardo.

Laura, donna d'affari di successo, sola con due bimbi, si risposa e cambia città, recandosi a Reno dove viene assunta come direttrice di una Charity che raccoglie fondi per le malattie croniche infantili; inizio promettente perchè apprezzata proprio per la sua capacità come "found raiser" e la sua determinazione nel raggiungere gli obiettivi. Tutto pare andare per il meglio, sia l'amore che il lavoro. Presto però lo stress di tener testa ai ritmi di lavoro e alle riunioni pressanti, alla famiglia e ai figli, la porta a cercare evasione e sollievo in un Casinò di Reno; il grido di aiuto silenziosamente lanciato al marito cade nel vuoto. Dopo l'iniziale fortuna del principiante, per Laura inizia la debacle.

Dall'inizio la figlia, intuisce, osserva, comprende ciò che avviene, con quella sensibilità profonda che solo i figli riescono ad avere coi genitori in difficoltà; scatta in lei il ruolo di "protezione" verso la madre, abdica al ruolo di figlia, si sobbarca i doveri materni anche rispetto al fratellino, finchè la corda emotiva si spezza.

Laura esaurisce i propri risparmi, mente, ruba in casa anche ai propri figli, poi il gioco arriva a intaccare anche l'aspetto lavorativo e arriva la resa dei conti. L'escalation è realistica, ben delineata, così come la significatività dell'evolversi delle relazioni interpersonali. Il finale, seppur in toni drammatici, lascia trasparire la speranza nella possibilità di uscita dal tunnel.

Un buon film da vedere per gli operatori, con la possibilità di utilizzo come strumento terapeutico con i pazienti, modulando la visione del film e l'identificazione proiettiva, con momenti di commento critico e di discussione.



Recensione del film: "Slot: le luci intermittenti di Franco" docu-film dell'azzardo di Dario Albertini - Claudio Dal Piaz

RECENSIONE

Quando Dario Albertini mi chiamò per avere consulenza in materia d'azzardo pensai che sarebbe stato difficile riuscire a rappresentare onestamente un dramma come questo. Che la "fiction" avrebbe preso il sopravvento e che gli attori non professionisti (amici di Franco, il protagonista) non sarebbero riusciti a portare in scena le emozioni e gli stati d'animo ambivalenti che la vicinanza con un giocatore patologico scatena. Ho dovuto ricredermi. La forza con cui la figura di Franco emerge dallo schermo, con tutta la sua umanità, la sua testardaggine, la sua fragilità, è qualcosa che lascia il segno. Oggi Franco si dibatte fra il desiderio di cambiare definitivamente e la difficoltà di accettare o chiedere un aiuto per consolidare i progressi che ha fatto nella sua capacità di autocontrollo. La sua disponibilità a raccontarsi e tutto il percorso di frequentazione con la troupe di Sulla Strada Film ha rappresentato tuttavia un'esperienza terapeutica significativa: l'auto-narrazione è sempre uno strumento di consapevolezza e di contenimento degli impulsi estremamente prezioso, uno strumento che del resto viene sistematicamente utilizzato anche nel contesto dei percorsi terapeutici intensivi che vengono offerti dal Progetto Orthos. "SLOT" è qui a rappresentare un monito per tutti coloro che si stanno avvicinando alla spirale del gioco e per chi, nelle amministrazioni, è chiamato a predisporre strumenti di prevenzione e di intervento a protezione di quelle fasce di popolazione che in genere, vivono già condizioni di svantaggio socio-economico prima di essere sconvolte da questa forma di dipendenza. Un documento senza lieto fine, nel quale possiamo osservare il protagonista muoversi nel suo ambiente e portare sullo schermo le proprie modalità di stare al mondo. Un'occasione unica, per il clinico e per chiunque sia interessato alla materia, di osservare da vicino i meccanismi che accompagnano lo sviluppo della dipendenza e che perpetuano i comportamenti compulsivi.

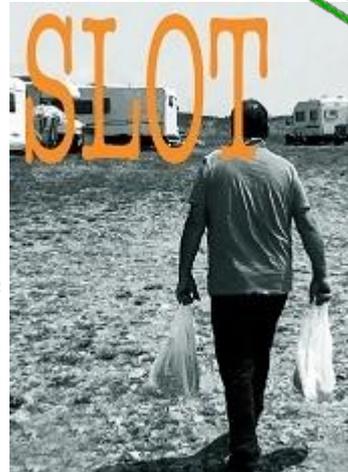
Menzioni e premi del film:

1° premio D.ER. Miglior Documentario a VISIONI DOC

Premio Marcellino De Baggis Miglior Documentario Opera Prima

Premio Adriano Asti al Miglior Lungometraggio Valdarno Cinema Fedic

Premio FEDIC per il Miglior Film prodotto da un autore Fedic



FUMETTISTA D'AZZARDO

Mi chiamano Stefano Acerbi e dicono che ho ancora 39 anni. Che vivo a Milano con mia moglie e mia figlia. Avrei terminato gli studi presso la Scuola d'Arte Applicata del Castello Sforzesco di Milano, corso di fumetto, con votazione 30/30 e lode. Nella vita, fare sia l'educatore che il "docente" di fumetto presso la Civica Scuola d'Arte "W. Ciola" di San Donato Milanese è una scommessa quotidiana.

Credo di disegnare da sempre, non ricordo di avere mai smesso...



Recensione del libro: "Vivere Senza Slot. Storie sul gioco d'azzardo tra ossessione e resistenza" - Claudio Dalpiaz

RECENSIONE



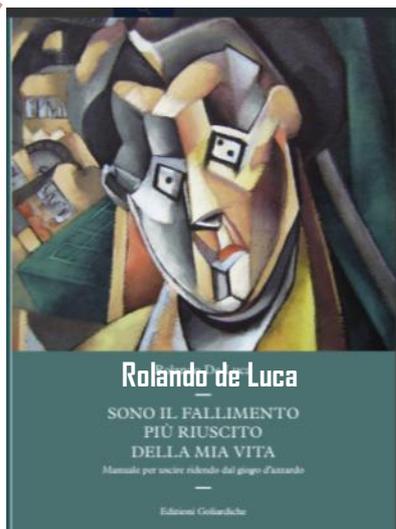
Abbiamo in Italia più di 400.000 slot il che significa una media di una ogni centrocinquanta abitanti. Più di 800.000 cittadini giocano in modo seriamente problematico. La spesa pro capite per il gioco d'azzardo in diverse regioni supera i 2000 euro l'anno. Negli ultimi dieci anni, la concentrazione dei capitali e lo sviluppo della crisi economica sono stati accompagnati da un aumento del 250% nel volume d'affari legato all'azzardo. Nei nostri territori hanno preso piede sale slot, finanziarie, compro oro, e mentre i negozi comuni chiudono dopo generazioni di impegno, mentre "resistono" con fatica gli spazi della socializzazione (sedi sportive popolari, biblioteche di quartiere, ludoteche, oratori, centri sociali, teatri amatoriali,...) assistiamo al materializzarsi scomposto di "hope shops" ad "extraterritorialità etica", duty free dell'illusione, svincolati da ogni responsabilità sociale, che vampirizzano l'economia del territorio deturpandone al contempo l'aspetto e anemizzandone le risorse di emancipazione culturale e politica residue. Diffondiamo consapevolezza, e rilanciamo dal basso nuove forme di riappropriazione del territorio: gli Hunger Games delle Concessionarie e dei Monopoli hanno le ore contate...

Vivere Senza Slot, e senza Gratta&Vinci, si può, vi ricordate ?

Vivere senza slot. Storie sul gioco d'azzardo tra ossessione e resistenza.

Collettiva Senza Slot - Edizioni Nuovadimensione, collana Dossier.

in libreria dal 28 novembre 2013 - ISBN 9788889100875. 16 €



Nel prossimo numero del Bulletin la recensione dei libri:
Gioco d'Azzardo giovani e famiglie
di Mauro Croce e Francesca Rascazzo - Giunti editore.
Sono il fallimento più riuscito della mia vita
di Rolando de Luca - Edizioni Goliardiche.



Comitato di redazione:
Graziano Bellio
Daniela Capitanucci
Mauro Croce
Cesare Guerreschi
Fulvia Prever
Gianni Savron
Gianmaria Zita
Webmaster: Claudio Dalpiaz



Sede legale:
Via Manin 69
21100 - Varese
tel. 339 6126598
Contatto Email:
presidenza.alea@gmail.com



La responsabilità dei testi pubblicati è degli autori. Il comitato di redazione si riserva il diritto di richiedere agli autori di apportare modifiche ai contenuti e alla forma dei testi al fine di adattarli allo stile, alle finalità della pubblicazione e della Associazione stessa.

(CC) BY-NC-SA



www.gambling.it

ALEA Bulletin è una pubblicazione culturale e scientifica di ALEA con licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale Condividi allo stesso modo 3.0 Unported.

Per non ricevere più il Bulletin, scrivere a:
Newsletter.Alea@gmail.com