

La dipendenza da Gioco d'azzardo alla luce dei nuovi criteri diagnostici: inquadramento clinico, caratteristiche di personalità e comportamentali e intervento secondo l'orientamento sistemico-relazionale.

Assunta Maiorino*

*Psicologa e psicoterapeuta sistemico-relazionale

PAROLE CHIAVE

Dipendenza da Gioco d'azzardo, Approccio sistemico-relazionale, GAP, Terapia familiare, Trattamento.

KEYWORDS

Gambling Addiction, Systemic Approach, GAP, Familiar therapy, Treatment.

RIASSUNTO

Il presente lavoro si propone di offrire un chiaro inquadramento della Dipendenza da Gioco d'Azzardo. Dopo una breve descrizione dei nuovi criteri diagnostici del DSM-V, il quale colloca il Disturbo da Gioco d'Azzardo nella categoria dei "disturbi non correlati a sostanze", vengono presi in considerazione i meccanismi comportamentali e relazionali che ne sottendono l'eziologia e che si innescano nella messa in atto del suo mantenimento, approfondendone i risvolti in ambito familiare. Attraverso un confronto ed un parallelismo con altri approcci, viene, infine, preso in considerazione l'intervento ad orientamento sistemico relazionale nel trattamento di questo specifico disturbo, che agisce attraverso il coinvolgimento attivo dell'intero sistema di appartenenza del giocatore.

ABSTRACT

This work intend to offer an overview about Gambling Addiction. In recent years the interest for gambling and related issues has increased progressively for several reasons. In this regard, the latest edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, has introduced an important innovation, with the extension of the concepts of abuse and addiction: these concepts not are longer solely related to a use and abuse of a substance. If before, we were talking about of Pathological Gambling, classified as an impulse control disorder, today we talk about "Gambling Disorder", situated in the category "addiction disorders and substance-related".

Starting from a reflection about this important change, the author propose a preliminary exploration of the existing literature about this specific addiction. The aim of this work is to expose the behavioral and relational mechanisms of the etiology and maintenance of gambling disorder. It also intend to deepen the principal implications in the gambler's family environment. So, there are therefore analyzed some aspects of the systemic relational approach in the treatment of this

Doi: 10.23823/jps.v3i1.52

specific addiction disorder. This particular approach, in fact, differently from other theoretical approaches, such as the cognitive one, actively involve the whole system of player's belonging.



INTRODUZIONE: DA ABITUDINE A DIPENDENZA

Il tema della dipendenza è attualmente oggetto di profondo interesse; ci si interroga sui meccanismi che trasformano quella che può essere una comune abitudine in una schiavitù, che origina dall'inseguimento continuo di piacere, fornito dall'oggetto della dipendenza. Ci si domanda, ancora, cosa avviene dall'incontro con quel determinato oggetto o comportamento per far sì che diventi il fulcro della vita dell'individuo, al punto da farlo estraniare da qualunque altra attività.

Storicamente ci sono state differenti teorie sulle dipendenze e per anni si è discusso su alcune similitudini delle dipendenze comportamentali rispetto a quelle da uso di sostanze. Ciò nonostante, fino ad alcuni anni fa, le dipendenze non legate all'uso di sostanze non erano annoverate in nessuno dei manuali diagnostici dei disturbi mentali che fungono da riferimento internazionale, ossia il DSM e l'ICD.

Negli ultimi anni, però, l'interesse per le dipendenze senza sostanze e in particolare per il gioco d'azzardo e per le problematiche ad esso correlate è aumentato progressivamente. A tal proposito, nella più recente edizione del DSM (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), l'American Psychiatric Association ha introdotto un'importante novità, con l'estensione dei concetti di abuso e dipendenza, non più unicamente connessi ad una sostanza. Questo cambiamento ha certamente dato una nuova importanza diagnostica a questa specifica patologia comportamentale.

IL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO: INQUADRAMENTO CLINICO, CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ E COMPORTAMENTALI.

Il gioco d'azzardo ha sempre occupato un importante posto nelle culture delle diverse epoche. Per molto tempo considerato un gioco d'élite per i pochi amanti del tavolo verde, ad oggi ha assunto una diffusione tale da divenire un'attività di massa, fortemente promossa dai media (Leone L., 2009).

Dietro l'apparente immagine di un innocente passatempo, fruibile anche nel quotidiano, nei luoghi pubblici o al pc tra le mura domestiche, ci sono però casi in cui il gioco d'azzardo da forma di divertimento si trasforma in una piaga sociale (Lavanco G., 2008). Visti i pericoli celati dietro un'attività così apparentemente innocua, nel 1980 il gioco d'azzardo patologico è stato riconosciuto come problema mentale dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed è stato poi inserito nella terza edizione del DSM edito dall'APA.

Pertanto, attualmente, nel DSM-V il "disturbo da gioco d'azzardo", a differenza di altri disturbi comportamentali ancora oggetto di studi per le future revisioni, è stato inserito nella categoria dei "*disturbi non correlati a sostanze*" (APA, 2013), mentre nelle precedenti versioni era classificato tra i "disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti classificati".

Tale cambiamento (Kenneth P. Rosenberg et al., 2015), esprime l'intenzione di considerare globalmente le addiction comportamentali e da sostanze, anche alla luce della nuova teoria neurobiologica unitaria delle addiction, sostenuta dalle

Doi: 10.23823/jps.v3i1.52

nuove scienze neurologiche. Esso riflette anche l'evidenza che i comportamenti legati al gioco d'azzardo riescono ad attivare sistemi di ricompensa simili a quelli attivati dalle sostanze di abuso e ne producono sintomi comportamentali simili.

Nel DSM-V i criteri diagnostici per il GAP non hanno subito significativi cambiamenti sul piano qualitativo. Il nuovo Manuale ha però cancellato il criterio degli atti antisociali, che recitava: <<*ha commesso atti illegali come falsificazioni, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo*>>, riducendone così il numero da 10 a 9.

I criteri 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, sembrerebbe che il Gruppo di Lavoro abbia inteso includere nell'area diagnosticabile, forme di gioco problematico precedentemente sottosoglia, che però meritano una attenzione clinica.

I criteri diagnostici proposti sono i seguenti:

A. Comportamento da gioco d'azzardo problematico ricorrente e persistente che porta a stress o a un peggioramento clinicamente significativo, come indicato dalla presenza nell'individuo di 4 (o più) dei seguenti sintomi per un periodo di almeno 12 mesi:

1. Necessità di giocare una quantità crescente di denaro con lo scopo di raggiungere l'eccitazione desiderata;
2. È irritabile o irrequieto quando tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
3. Ha effettuato ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
4. È spesso preoccupato per il gioco d'azzardo (per esempio, ha pensieri persistenti di rivivere esperienze passate del gioco d'azzardo, di problematiche o di pianificazioni future, pensando come ottenere danaro con cui giocare);
5. Spesso gioca quando si sente in difficoltà (per esempio, assenza di speranza, in colpa, ansioso, depresso);
6. Dopo aver perso soldi al gioco, spesso torna un altro giorno (perdite "inseguite");
7. Racconta bugie per nascondere il coinvolgimento nel gioco d'azzardo;
8. Ha messo a repentaglio o ha perso una relazione significativa, il lavoro, lo studio o una opportunità di carriera a causa del gioco d'azzardo;
9. Si basa su altri per cercare denaro per alleviare le disperate situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo.

B. Il comportamento da gioco d'azzardo non è meglio descritto da un episodio maniacale.

Si richiede quindi di specificare la gravità attuale: Media (quando sono soddisfatti 4-5 criteri), Moderata (laddove siano soddisfatti 6-7 criteri), Grave (soddisfatti 8-9 criteri).

Il giocatore d'azzardo patologico è perciò cronicamente e progressivamente

Maiorino A.

Doi: 10.23823/jps.v3i1.52

incapace di resistere, coercito in un comportamento che compromette le sue relazioni personali familiari e lavorative (Cantelmi T. et al., 2004). Il gioco compulsivo porta infatti ad una desertificazione della vita di relazione; diviene il fulcro intorno a cui ruota la vita del giocatore, privandolo dell'interesse per tutto ciò che lo circonda, poichè ciò che inizialmente si vuole divorare diviene divorante e impedisce la vita di relazione (Aurilio R., 2014).

Le dipendenze rappresentano una sorta di enorme contenitore all'interno del quale si ritrovano i più diversi aspetti psicopatologici: da quelli meno problematici, senza compromissione del livello cognitivo ed affettivo, a quelli invalidanti della vita sociale e di relazione (Aurilio R., 2008).

Il gioco d'azzardo può divenire, inoltre, un problema con conseguenze gravi anche sotto il profilo economico (dissipazione del denaro, debiti, ricorso ad usurai) e lavorativo (assenteismo, perdita del lavoro), con possibili ulteriori implicazioni sanitarie e giudiziarie.

La maggior parte degli esperti in materia è concorde nel considerare caratteristica specifica dei giocatori d'azzardo l'essere dominati da un'incontrollabile brama di giocare. Moran (1975), a tal proposito, sottolineava che il giocatore compulsivo non gioca spinto dal desiderio di guadagno materiale, ma per il piacere che gli deriva dal giocare. Durante il gioco, infatti, il giocatore vive una sensazione di piacevole tensione ed il desiderio impellente di riviverla domina su quello della vincita. Si parla di dipendenze proprio quando l'attenzione si restringe intorno ad un oggetto su cui la persona sente di poter riflettere tutti i suoi desideri o bisogni.

Secondo Cancrini (2003), infatti, l'oggetto ha la capacità di soddisfare tre bisogni fondamentali, il primo collocato sul piano del piacere o della caduta di una tensione, il secondo legato al contrasto al disegno consapevole della persona e alle attese apparenti di chi lo circonda, il terzo - simbolico - legato alla trasgressione, soddisfacendo i quali diventa assoluto protagonista della vita della persona.

Il giocatore d'azzardo patologico è una persona che ha rischiato e sente di aver perso nella vita; in un giusto intervento bisogna partire dalla fatica e dal dolore in cui la sua esperienza esclusiva lo ha costretto, esplorando il suo problema all'interno della sua storia, ricercandone le ragioni della sua fragilità e disvalore, del suo tentativo di fuga dall'incompletezza, in quella che è divenuta poi una progressiva esperienza di isolamento.

Certamente l'area dell'affettività del paziente, fortemente compromessa, e le difficoltà relazionali con altre persone incidono sull'inizio di una "relazione" con l'oggetto che garantisce la stabilità, è sempre disponibile e può essere procurato dal soggetto che crede di detenerne così il controllo (Aurilio R., 2008). Infatti, uno dei problemi comuni di maggiore rischio nel gioco d'azzardo così come nelle altre dipendenze è che il soggetto inizialmente crede di poter avere un controllo sull'oggetto. In particolare, nei casi di giochi come le slot machine e i videogiochi, il soggetto si giustifica affermando che non sono rischiosi, poichè altrimenti non sarebbero legalizzati dallo Stato e che la maggioranza della popolazione vi dedica del tempo.

Il giocatore d'azzardo finisce con lo sviluppare una forma di attaccamento a quel comportamento (gioco) che diviene un'attività sempre meno transitoria e si trasforma invece in assoluto tiranno e unica fonte di piacere (Aurilio R., 2008).

Il pensiero del giocatore patologico è caratterizzato da un'incapacità riflessiva e logica, che lo porta ad alterazioni cognitive (Vico G., 2011). A fronte del fatto che

Doi: 10.23823/jps.v3i1.52

nel gioco d'azzardo il risultato sia determinato dal caso e sia imprevedibile ed incontrollabile, il giocatore vive un'illusione di controllo, che lo induce a credere di poter influire sul risultato del gioco con l'uso di strategie e di altri mezzi (Croce M. et al, 2001).

Il gioco d'azzardo patologico, così come altre forme di dipendenza, può comportare fenomeni dissociativi transitori di diverse entità, ciò che Steiner definisce "rifugi della mente" (J. Steiner, 1993), ovvero un rifugio medicamentoso che ripara l'Io. Dunque, uno spazio mentale in cui ci si ritira per sfuggire ad una realtà angosciata e ove, nel rischio, trionfa l'onnipotenza e in fantasia qualunque cosa è permessa; se diviene però meta frequente comporta un progressivo isolamento con compromissione delle relazioni con gli altri, sino al rischio di perdita di contatto con la realtà, con un esito dunque patologico.

Lo stato dissociativo emerge nel bisogno, come assicurazione, ed è ciò che accade al giocatore d'azzardo compulsivo che non può fare a meno della giocata e che, nel mentre, non scinde ciò che è giusto o sbagliato, poichè nel diniego che sperimenta non vi è conflitto; solo dopo l'appagamento può prenderne coscienza.

Tra la letteratura di riferimento che si è occupata di studiare questa patologia, emergono diverse distorsioni. Due studiosi, Kahneman e Tversky (1979) in merito al gioco patologico, hanno individuato tra di esse: fallacia del giocatore d'azzardo, sopravvalutazione, tendenze dei numeri, correlazione illusoria, vittoria di altri giocatori, polarizzazione della memoria sulle vincite passate o su quelle ipotetiche, illusione di poter controllare la situazione e di poter smettere di giocare in qualsiasi momento.

Studi recenti (Ejova et al., 2015) ne propongono una classificazione più semplice e più puntuale, osservando che le credenze sul gioco rientrano in due tipologie, definibili come:

- Illusione di controllo primaria: si tenta di influenzare l'esito del gioco mediante modalità di ragionamento attivo e comportamenti pseudo-strategici;
- Illusione di controllo secondaria: si cerca di influenzare l'esito del gioco adottando mediante condotte superstiziose, appellandosi a forze al di fuori dal proprio controllo, quali la fortuna o la religione.

Tale vissuto d'illusione è sapientemente espresso attraverso il protagonista del romanzo "Il Giocatore", che afferma: <<*In simili momenti ti dimentichi di tutti i precedenti insuccessi! Avevo vinto quel denaro rischiando più che la vita, avevo osato rischiare, ed ecco che ero nuovamente nel novero delle persone vive*>>, con cui esprime anche il carattere salvifico delle fantasie di recupero (Cancrini et al, 2002).

Dunque, rapiti da tali pensieri non c'è spazio per riflettere: il gioco assorbe completamente la mente del giocatore. Non a caso, tra i giocatori d'azzardo si registrano livelli di dissociazione più alti rispetto a popolazioni non cliniche (Stewart & Wohl, 2013).

Cancrini (2002) fa un'analogia tra il giocatore d'azzardo patologico e il dipendente da sostanze, indicando che ciò che li distingue da altre dipendenze è il coinvolgimento personale totale, ponendo l'accento non sul comportamento in sè ma sulle motivazioni e sui sensi di colpa che lo sottendono e ne determinano conseguenze ed esiti.

Condannato a ripetere, il giocatore d'azzardo è condannato anche a perdere, nel tempo, non solo perchè la legge dei grandi numeri è comunque contro di lui ma anche e soprattutto perchè le dipendenze, quando sono totali, si nutrono di aggressività, che torna sul sè escludendo qualsiasi tipo di compromesso e di

Doi: 10.23823/jps.v3i1.52

equilibrio. La dipendenza non è un incidente non voluto ma un bisogno profondo della persona, che solo apparentemente tenta o spera di liberarsene, ma che invece si muove costantemente alla ricerca di situazioni che la rendono di nuovo necessaria, pesante, dolorosa fino all'inaccettabile (Cancrini L. et al, 2002).

Il gioco patologico, l'oggetto o l'abitudine da cui il soggetto è dipendente e su cui riflette tutti i suoi desideri e bisogni di compensazione, sono le "brame" da cui il giocatore dipendente dichiara di volersi ardentemente liberare, ma che poi rivendica come sue, che ritiene lo rendano schiavo di un nemico interno che si impadronisce della sua mente, guidando i suoi comportamenti e facendogli compiere azioni senza che egli possa riflettere sulle loro conseguenze (Cancrini, 2003). Sino poi a riconoscerle, connesse ad una sua storia lontana, fatta di attese e richieste altrui, che vorrebbe però cancellare, perchè verso esse nutre paura e rifiuto perchè teme che lo stiano portando ad essere un personaggio diverso da ciò che vorrebbe essere.

Questa scissione di un individuo diviso in due tra l'essere e il dover essere è il punto intorno a cui si intrecciano molte forme di dipendenza (Cancrini L., 1984); altrettanto scissa è spesso la configurazione dell'oggetto da cui si dipende che viene alternativamente o del tutto idealizzato o odiato come ricettacolo di tutti i mali, senza la possibilità di integrare i due aspetti e relativizzarlo.

LA DIPENDENZA TRA APPARTENENZA E DIFFERENZIAZIONE

Pensare alla dipendenza, dunque, significa anche riconoscere i profondi legami di attaccamento che segnano le relazioni significative della vita della persona e che devono riproporsi nella vita individuale, coniugando appartenenza e separazione; un'operazione che continua per tutto l'arco della vita adulta (Cigoli V., 1997), ma che emerge nella sua dimensione critica nel momento dello svincolo o di fronte a distacchi o criticità del sistema (Vetere M. et al., 2014).

La crescita dell'individuo avviene all'interno di un sistema che ne garantisca l'individuazione attraverso legami di appartenenza. L'individuo può così riconoscersi in più contesti relazionali differenziandosi, senza confondersi con essi. All'inverso, i legami che impediscono questa evoluzione generano immobilità e dipendenza del soggetto, che si trova vincolato a quel sistema, di cui ripropone con fedeltà gli stili interattivi anche in altri contesti. Da ciò possono derivare profondo disagio e rigidità, che potrebbero poi trasformarsi in esiti psicopatologici.

In psicoterapia sistemica non va mai dimenticato che l'osservazione diagnostica va estesa al gruppo familiare quale sistema di interazioni; quando la famiglia non muta nel tempo le proprie funzioni si verificano rigidità dei ruoli e patologie degli individui (Baldascini L. et al, 1988).

Il problema della dipendenza è il problema della sfida che si gioca tra appartenenza e individuazione. Il meccanismo oscillatorio del restare e divenire Uomini agisce come un pendolo che, inarrestabile, fa la spola tra i legami e la solitudine nel senso più alto e meno psicopatologico del termine. La difettualità di quest'oscillazione impedisce il movimento vitale, l'evoluzione dialettica, costruendo come in un mondo parallelo un altro tempo, un altro spazio (Scurti P., 2011); di fronte alla possibilità di individuazione vi è uno stare fermo, nonostante i repentini passi indietro e scatti in avanti.

Esplorare i meccanismi di dipendenza secondo un'ottica circolare significa porre l'attenzione all'individuo, all'intrapsichico, senza però trascurare il suo

Doi: 10.23823/jps.v3i1.52

sistema di appartenenza, ossia il suo contenitore.

PROSPETTIVE D'INTERVENTO NEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Dal momento in cui il gioco d'azzardo patologico è stato riconosciuto come un vero e proprio disturbo psicologico, sono stati sviluppati diversi programmi di intervento che rispondono ai diversi approcci teorici di riferimento.

In realtà tutta l'area delle dipendenze è di certo uno degli ambiti di intervento clinici più variegati e complessi, poiché ci troviamo di fronte ad una patologia che tende alla cronicità e pone resistenze al cambiamento. A causa del loro andamento fluttuante tra remissione del sintomo e frequenti ricadute, queste specifiche forme di disturbo psichico costringono curatori e curati a fronteggiare e misurarsi con il fascino della sfida e lo spettro del fallimento (Aurilio R., 2008).

Il paziente in terapia presenta spesso una scissione tra un prima e un dopo, due mondi apparentemente contrastanti; il terapeuta deve appunto lavorare su questa scissione per riformulare con il paziente una continuità, per ricucire questi due mondi.

Il paziente presenta poi una propria lettura degli eventi, secondo un'ottica lineare causa-effetto; al contrario, il terapeuta, soprattutto in un'ottica relazionale, ridefinisce la punteggiatura degli eventi, e non lasciando mai il timone, coinvolge il paziente nell'esplorazione della direzione da intraprendere, orienta l'attenzione verso un allargamento del campo di osservazione, proponendo al paziente una nuova ipotesi e una nuova descrizione dei fatti (Aurilio R. et al., 2015).

Certamente, ciascun approccio alla cura di questo specifico disturbo offre un focus di osservazione utile e vi sono di sicuro elementi integrabili, utili per avvicinare questa complessa patologia.

A tal proposito, ad esempio, si è precedentemente sottolineata l'importanza che rivestono le cosiddette distorsioni cognitive del giocatore e dunque la necessità di aiutare lo stesso a rimetterle in discussione, così come la necessità di considerare gli aspetti emotivi, il vissuto ed il significato che viene attribuito a quel comportamento d'azzardo sia dal soggetto che dalla sua famiglia.

A tal proposito, se l'orientamento sistemico pone la centralità sulla relazione di cura, quello cognitivo invece sposta l'attenzione dall'interpersonale all'intrapsichico, ponendo l'accento sulle false credenze e le percezioni errate che svolgono un ruolo chiave nell'eziologia e nel mantenimento dei problemi legati al gioco. Nei giocatori incalliti si riscontrano diversi "errori cognitivi" (Iraci Sareri G., 2011) sui quali questo approccio tende prevalentemente a lavorare. Essi riguardano: l'illusione di controllo, ovvero l'assenza di percezione della casualità dell'esito della giocata; l'intrappolamento, definito anche "chasing", cioè la convinzione che la perseveranza al gioco verrà premiata con una vincita; la fallacia di Montecarlo, che consiste in una sovrastima della probabilità di vincere in seguito a una serie di scommesse perse e viceversa e infine la quasi vincita ovvero quella perdita ritenuta molto vicina alla vittoria; ad esse si affiancano poi diverse teorie pseudo-matematiche a sostegno del comportamento di gioco d'azzardo (Ladouceur R., 2000).

Il trattamento ad orientamento cognitivo non coinvolge la famiglia del giocatore patologico ma lavora con solo quest'ultimo, basandosi sulla ristrutturazione cognitiva per modificare le credenze irrazionali connesse al gambling che mantengono il comportamento patologico (Lucchini A., 2016).

Maiorino A.

Doi: 10.23823/jps.v3i1.52

Dall'approccio sistemico-relazionale, alla psicoanalisi e alle terapie cognitivo-comportamentali, alla terapia individuale, familiare e di gruppo (trattamenti espressione degli specifici orientamenti teorici), il ventaglio degli interventi oggi disponibili risulta dunque senza dubbio vario ed articolato, nonostante i clinici abbiano riscontrato negli anni non poche difficoltà nel determinare le fondamentali dinamiche sottese al processo di "guarigione", i criteri di successo e le percentuali di efficacia delle singole terapie. (National Research Council, 1999).

La psicoterapia, specie se relazionale, è mirata ai problemi di regolazione dell'affettività del paziente e al significato relazionale del sintomo, nonché alle modalità con cui esso agisce da soluzione errata per la gestione dei conflitti relazionali. Pertanto, non ha lo scopo di modificare il comportamento problematico del singolo portatore del sintomo, ma vuole lavorare sull'interazione dell'intero sistema familiare (Lucchini A., 2016).

Petruccelli e Stuart (2001) evidenziano proprio le difficoltà di autoregolazione del soggetto compulsivo e dipendente e le modalità con cui la terapia consente alla relazione terapeutica di diventare un importante strumento d'aiuto, che favorisce per il paziente il passaggio dalla relazione con i propri comportamenti da cui dipende a un mondo di relazioni interpersonali.

Nella lettura sistemica del gioco d'azzardo patologico, Lipari e Scardina (2018) lo descrivono come "un'esperienza familiare traumatica" che implica un tradimento e la violazione di uno spazio sacro: il trauma si concretizza con la scoperta progressiva del comportamento d'azzardo, a partire dal quale si genera un clima di sfiducia, esperienze cicliche di illusioni/delusioni e incertezza che determinano ansia, paura e stress cronico (Capitanucci D., 2012).

L'obiettivo dell'ottica sistemica è infatti di curare il benessere dell'individuo, prendendosi cura del suo sistema di appartenenza.

IL LAVORO CON LA FAMIGLIA DEL GIOCATORE

Uno degli approcci al fenomeno che prova ad approfondire il ruolo della famiglia nei processi di funzionamento del gambler è descritto da Coletti (2017), il quale considera da una parte "la famiglia in quanto vittima" e dall'altra "la famiglia come concausa" del fenomeno. Il primo caso vede la disfunzionalità familiare quale prodotto dello stress e dei problemi causati dalla dipendenza di uno dei suoi membri. Nel secondo invece la famiglia è disfunzionale per la sua storia e il sintomo ne è parte integrante.

L'autore differenzia così anche le consequenziali scelte cliniche appropriate al paradigma elettivo: se la famiglia è vista in quanto vittima, le scelte cliniche avranno l'obiettivo principale di sostenere i membri e aiutarli a comprendere il fenomeno; se invece il contesto familiare è considerato concausa, saranno privilegiati interventi volti a creare cambiamenti significativi nell'organizzazione e nel funzionamento del sistema.

Cancrini (2003) sottolinea come, anche nelle storie di dipendenza, il lavoro con la famiglia non è una delle terapie possibili, ma l'ingrediente necessario di ogni tentativo sensato di intervento. Molto spesso, tra l'altro, sono i familiari stessi i primi a rivolgersi ai professionisti delle relazioni d'aiuto per questo tipo di problematiche.

Il lavoro con la famiglia può dunque essere inteso come una risorsa (Semboloni P. G., 2000) da utilizzare per raggiungere obiettivi indispensabili, così

Doi: 10.23823/jps.v3i1.52

come per migliorare la compliance e l'adesione al trattamento del soggetto sintomatico (Coletti, 2017).

Norman Zinberg (1986) affermava che per comprendere le dipendenze da sostanze, occorre prendere in considerazione una triade di fattori: la sostanza (le sue caratteristiche chimiche, i suoi effetti psicotropi), il set (la persona del consumatore), il setting (le condizioni ambientali in cui vive e si relaziona). Allargando la sua prospettiva e parafrasando le sue parole possiamo affermare la necessità di considerare il coinvolgimento del sistema di riferimento del gambler (in primis la sua famiglia) come uno degli aspetti intrinseci del processo di comprensione e cura del fenomeno, al pari del giocatore e dei meccanismi del gioco. Il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo secondo l'orientamento sistemico-relazionale, coinvolge dunque attivamente la famiglia, dal momento che il comportamento di un individuo all'interno della famiglia è in rapporto con quello di tutti gli altri membri.

Il terapeuta, infatti, partendo dal contesto, inteso come luogo relazionale (Bateson G., 1972) in cui il sintomo del giocatore si manifesta, prende forma e assume significato, ricerca la valenza relazionale del comportamento sintomatico e ne osserva le funzioni nell'equilibrio del sistema. In alcuni casi, il giocatore è il paziente designato, e il sintomo del gioco rappresenta una risposta ad una disfunzione del sistema. Il gioco, in quanto sintomo, assume una valenza ambivalente: da un lato mette in discussione le regole del sistema familiare, dall'altro può favorire l'omeostasi, l'equilibrio del sistema.

Il sintomo in alcune circostanze diventa appunto il prezzo che il sistema è disposto a pagare per conservare la rigidità della propria omeostasi e il paziente designato ne diviene portatore.

Il gioco d'azzardo patologico di un componente indica che qualcosa non funziona tra le comunicazioni e relazioni dell'intero sistema familiare. La famiglia, pur vivendo il dramma del gioco del familiare finisce, col tempo, con il riorganizzarsi intorno ad esso. Pertanto il lavoro con la famiglia consente di agire all'interno di meccanismi consolidati e rigidamente strutturati.

Ciò però non vuol significare che tra tratti di personalità e configurazioni familiari si può stabilire un legame di casualità-lineare (Selvini M., 2006), bensì ponendoci in un'ottica circolare, diamo importanza al significato relazionale del sintomo; una buona diagnosi tiene conto di questi aspetti relazionali e di come ci sia reciprocità.

All'interno della terapia il paziente e la sua famiglia avranno la possibilità di poter narrare e ri-narrare la propria storia insieme al terapeuta (Boscolo L., Bertrando P., 1996) in un contesto di co-costruzione di nuovi significati, dando una nuova punteggiatura alla lettura degli eventi.

BIBLIOGRAFIA

- [1] APA, (2013). *DSM V - Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*. Masson Milano.
- [2] Aurilio R. (2008). *Dipendenze patologiche: curatori e curati, questione di...*, in Chianura P., Schepisi L., Dellarosa A. C., Menafro M., Peruzzi P. (a cura di), *Le relazioni e la cura. Viaggio nel mondo della psicoterapia relazionale*. Franco Angeli, Milano.

Doi: 10.23823/jps.v3i1.52

- [3] Aurilio R., Menafro M., De Laurentis, M. G. A. (2014). *SCATENATEVI. Come prevenire il punto di “non ritorno” nella coppia violenta e codipendente*. Convegno Ordine Psicologi Campania, ottobre 2014, Napoli.
- [4] Aurilio R., Menafro M., De Laurentis, M. G. A. (2015). *La terapia sistemico relazione tra coerenza e strategia. Apprenderla e praticarla*, Franco Angeli, Milano.
- [5] Baldascini L., Duval M., Greco B. M. (1988). *Diagnosi del tempo e tempo della diagnosi*. Edizioni ITF, Napoli.
- [6] Bateson G., (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York, Chandler. (Trad. it. *Verso un'ecologia della mente*. Milano Adelphi, 1976).
- [7] Boscolo L., Bertrando P. (1996). *Terapia sistemica individuale*, Raffaello Cortina, Milano.
- [8] Cantelmi T., Lambiase E., Sessa A. (2004). *Le dipendenze comportamentali*. In *Le nuove dipendenze*. Psicobiettivo, n.2/2004, pp.13-28, Franco Angeli, Milano.
- [9] Cancrini L. (1984). *Quei temerari sulle macchine volanti*. Nuova Italia Scientifica, Carocci, Roma.
- [10] Cancrini L., Dostoevskij F., Tettamanzi D. (2002). *Gioco d'azzardo e morale. Una tossicomania senza farmaci*. Il giocatore, Gradiva Edup, Roma.
- [11] Cancrini L. (2003). *Schiavo delle mie brame*. Frassinelli, Milano.
- [12] Capitanucci D. (2012). *L'anello debole della catena. Essere figli in una famiglia con un problema di gioco*. In: *Il contesto del gioco d'azzardo patologico*. Gallarate (Va): Associazione And-Azzardo e Nuove Dipendenze, Centro Internazionale Studi Famiglia.
- [13] Cigoli V. (1997). *Adolescenza processo e degrado del processo di individuazione familiare*. In Scabini E., *L'organizzazione famiglia tra crisi e sviluppo*, F. Angeli, Milano.
- [14] Coletti, M. (2017). *Trattamenti nel campo dei consumi di sostanze – IL SEMINARIO*. La notte stellata. Rivista di psicologia e psicoterapia n° 1/2017.
- [15] Croce M., Lavanco G., Varveri L. (2001). *Aspetti psicologici e sociali del gioco d'azzardo*. In *Aggiornamenti sociali*, N. 6, 2001, p. 511.
- [16] Ejova, A., Delfrabbro, P.H., Navarro, D. J. (2015). *Erroneous Gambling-Related Beliefs as Illusions of Primary and Secondary Control: A Confirmatory Factor Analysis*. Journal of Gambling Studies, 31, 133-160.

Doi: 10.23823/jps.v3i1.52

- [17] Iraci Sareri G. (2011). *Paradigmi del giocatore d'azzardo patologico. Paradigmi della cura del giocatore d'azzardo patologico*. in "Gambling: dati, ricerche, intervento". Rivista Itaca anno XIV n° 33. Alpes Edizioni 2011
- [18] Kahneman D., Tversky A. (1979). *Prospect theory: An analysis of decision under risk*. *Econometrica*, 47, 263-291.
- [19] Kenneth P. Rosenberg, Curtis Feder L., Renis V. (2015). *Dipendenze comportamentali. Criteri, evidenze e trattamento*. Edra, Milano.
- [20] Ladoucer R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2000). *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*. Centro Scientifico Editore 2003, Torino.
- [21] Lavanco G. (2008). *Gioco problematico e gioco patologico: l'azzardo fra promozione sociale e gestione dei servizi*. In atti del corso "La clinica del gioco d'azzardo patologico e la formazione della rete territoriale. Un percorso formativo per gli operatori del servizio pubblico, del privato sociale e del territorio", Firenze 3 aprile-9 maggio 2008, p. 6.
- [22] Leone L. (2009). *Aspetti giuridici e criminologici del gioco d'azzardo on line*. In «Cyberspazio e diritto», Vol.10, N. 3/4, 2009.
- [23] Lipari A., Scardina S. (2018). *Intervento integrato multidimensionale di matrice sistemica contro il gioco d'azzardo patologico*. In (a cura di) Pacifici R., Giuliani M., La Sala L., *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale*, Istituto Superiore di Sanità, ISSN: 2384-8936.
- [24] Lucchini A. (2016). *Il Gioco d'azzardo patologico. Esperienze cliniche, strategie operative e valutazione degli interventi territoriali*. Franco Angeli, Milano.
- [25] Moran, (1975) citato in Lavanco G. (2008), *Gioco problematico e gioco patologico: l'azzardo fra promozione sociale e gestione dei servizi*. in atti del corso "La clinica del gioco d'azzardo patologico e la formazione della rete territoriale. Un percorso formativo per gli operatori del servizio pubblico, del privato sociale e del territorio", Firenze 3 aprile-9maggio 2008, p. 17.
- [26] National Research Council, (1999). *Pathological Gambling: A Critical Review*, Washington, D.C.: National Academy Press
- [27] Petrucelli J., Stuart C. (2001). *Introduction in Hungers and compulsions: The Psychodynamic Treatment of Eating Disorders and Addictions*. Jason Aronson Inc, New Jersey.
- [28] Scurti P. (2011). *GRUPPI. Garantire relazioni umane per prevenire indifferenza*, Melagrana Editore.
- [29] Selvini Palazzoli M. (2006). *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Doi: 10.23823/jps.v3i1.52

- [30] Semboloni P. G. (2000). *La Psicoterapia relazionale sistemica nei servizi pubblici per Tossicodipendenti*, Itaca, Ed. Cedis, Roma.
- [31] Steiner J. (1993). *Psychic retreats*. London: Routledge. (Trad. It. *I rifugi della mente*, Bollati Boringhieri, Torino).
- [32] Stewart, M. J. & Wohl, M. J. (2013). *Pop-up messages, dissociation, and craving: how monetary limit reminders facilitate adherence in a session of slot machine gambling*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(1), 268-73.
- [33] Vetere M., Del Medico A., Zampiron A. (2014). *Il gruppo svincolo*. Atti del convegno di studi del 20° anniversario dell'Istituto di Terapia Familiare di Firenze.
- [34] Vico G. (2011). *Non mi diverto più! Il gioco d'azzardo patologico*. In *Rivista di Criminologia, Vittimologia e Sicurezza* – Vol. V – N. 1 – Gennaio-Aprile 2011.
- [35] Zinberg, N.: *Drug: Set, And Setting: The Basis For Controlled Intoxicant Use*. Yale University Press. pp. x–xi.