

IL GAMBLING PATOLOGICO NEL QUADRO DELL'ADDICTION: CONCETTUALIZZAZIONE DEL CASO E ORGANIZZAZIONE DELL'INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO

Pozzato Marita, Zanon Susanna,

Psicologhe, Psicoterapeute,

Dipartimento per le Dipendenze Azienda ULSS 15

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) nel DSMV (2013) passa dai disturbi del controllo degli impulsi ai disturbi di dipendenza (Bellio e Croce 2014), questo importante cambiamento nella lettura del disturbo lo inserisce a tutti gli effetti tra le patologie dell'addiction. S. Sussman e A. Sussman (2011) definiscono quali sono i criteri dell'addiction: innanzitutto mettere in atto un comportamento allo scopo di ricercare effetti piacevoli. Il DSMV mette in evidenza che il giocatore cerca gli effetti piacevoli incrementando la quantità di denaro utilizzata per raggiungere l'eccitazione e, come sostengono Bellio e Croce (2014), per rifarsi della quantità di denaro perso. Il secondo criterio dell'addiction fa riferimento al tempo dedicato a pensare come pianificare e mettere in atto comportamenti di cui sopra (craving). Il DSMV riporta che il giocatore è completamente assorbito dal gioco d'azzardo per esempio ha persistenti pensieri che rievocano esperienze passate di gioco, soppesa o programma l'azzardo successivo, escogita il modo di procurarsi il denaro con cui giocare. Bellio e Croce (2014) sottolineano come questo continuo assorbimento sia un'espressione diretta di come il gioco coinvolga la persona non solo in termini comportamentali ma anche affettivi e cognitivi, perché il tempo speso a giocare può anche essere limitato, ma quello della pianificazione e della programmazione può essere di gran lunga superiore con manifestazioni di irritabilità e inquietezza se tenta di ridurre il gioco. Bellio e Croce (2014) aggiungono a questo criterio un desiderio incoercibile di giocare (craving) accompagnato da ansia nervosismo insonnia. Il terzo criterio dell'addiction prevede una temporanea saziazione (il craving tace). Il quarto criterio prevede una perdita di controllo (oggettiva e di costrutto), nel DSM viene riportato come il tentativo ripetuto senza successo di controllare o ridurre il comportamento di gioco. Bellio e Croce (2014) specificano che in questo criterio non è sufficiente il desiderio di smettere di giocare, ma è necessario che il giocatore abbia ripetutamente provato a smettere ma non ci sia riuscito. L'ultimo criterio prevede che il soggetto manifesti sofferenza per le conseguenze negative, per il DSM non solo il giocatore mente per occultare l'entità del gioco, ma mette a

repentaglio relazioni affettive, lavoro e opportunità di vita.

Se il gioco rientra nella cornice dell'addiction diventa interessante provare ad approfondire l'argomento con qualche spiegazione psicopatologica. Carretti e La Barbera (2010) considerano il gioco patologico come fenomeno dell'addiction e ne danno una lettura dinamica relazionale. Dal loro punto di vista l'addiction è la manifestazione di un deficit di regolazione emotiva. Semplificando il substrato neurobiologico che sostiene tale deficit riguarda l'iperattivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (asse HPA) con un incremento di sensibilità allo stress, dei livelli sottonorma di serotonina, dopamina e oppiacei endogeni. Sembra che i comportamenti additivi aumentino la concentrazione di dopamina nel nucleo accumbens e l'attivazione dei recettori post-sinaptici degli oppiacei consentendo vissuti di gratificazione. La risonanza magnetica e la PET individuano delle somiglianze nell'alterazione funzionale della corteccia prefrontale e del sistema limbico, centri deputati alla regolazione emotiva. Questo deficit di regolazione emotiva si collega a delle storie evolutive trascuranti, proprie di attaccamenti insicuri e disorganizzati, che finiscono con il compromettere lo sviluppo di quelle competenze cognitive e metacognitive coinvolte nella regolazione emotiva. Nel contesto di relazioni primarie abusanti e trascuranti le emozioni che non possono essere elaborate finiscono per assumere una "specifica funzione traumatogena" sullo sviluppo psichico (Carretti, Craparo 08). Ciò che rende traumatica l'emozione secondo Damasio (2003) risiede "nell'impossibilità di costruire rispetto ad essa una rappresentazione cosciente, o meglio un'idea del corpo quando esso viene perturbato dall'attivazione fisiologica corrispondente".

La componente dell'attivazione fisiologica di uno stato emotivo può essere di entità tale da rientrare o meno nella finestra di tolleranza (Siegel 11) con conseguente successo o fallimento della capacità integrativa del soggetto e quindi del suo benessere psicologico. La capacità integrativa potremmo tradurla come la possibilità di vivere le esperienze emotive all'interno della finestra di tolleranza, ossia entro dei margini nei quali condizioni di attivazione di diversa intensità possono essere processate senza che questo comprometta il funzionamento del soggetto. Si tratta della possibilità che la persona ha di fronte ad un certo livello di attivazione emotiva di poter sentire, pensare e attuare un comportamento efficace scegliendo tra più alternative in maniera equilibrata.

Nel modello della Ogden P. (12) si teorizza che all'interno dei confini della finestra di tolleranza si trovi una zona di arousal ottimale, dove la persona può tollerare e integrare le informazioni ricevute dagli stati interni e dal contesto ambientale. Dentro la finestra di tolleranza l'arousal è tale da consentire l'integrazione verticale di Siegel (11) in cui la corteccia prefrontale mantiene la sua attività di inibizione e coordinamento delle aree sottocorticali.

Negli stati di iper o ipo arousal, quindi fuori dalla finestra di tolleranza, vi è un'incapacità di integrare pensieri, emozioni, ricordi e risposte sensomotorie agli

eventi traumatici. A livello neurologico la corteccia si sconnette a favore delle aree sottocorticali che mediano risposte automatiche, che non consentono l'integrazione perché la persona non può pensare su quanto accade e scegliere come comportarsi. Successivamente i trigger che riportano al trauma riattivano memorie procedurali legate alle risposte difensive automatiche che sono state adattive al tempo del trauma, ma non lo sono rispetto agli stimoli del presente.

Tanto maggiore sarà lo spazio della finestra di tolleranza tanto migliore sarà la capacità regolativa della persona.

L'ampiezza della finestra di tolleranza dipende nello stesso soggetto dal tipo di emozione, più o meno maneggiabile sulla base temperamentale ed esperienziale; da condizioni fisiologiche contingenti, come fame e stanchezza che aumentano l'irritabilità e la vulnerabilità su un piano emotivo; dal contesto in cui ci si trova, se sicuro o meno. La storia di sviluppo incide sull'ampiezza della finestra (Siegel 13): laddove in infanzia la persona ha sperimentato situazioni ricorrenti di paura o emozioni intense vissute senza nessun conforto, viene compromessa la capacità di autoconforto, con una riduzione dei margini della finestra di tolleranza. L'uscita dalla stessa produce degli stati emotivi disorganizzati, che possono divenire a loro volta fonte di angoscia, creando un circolo vizioso di mantenimento. A livello neurologico vi è un'inibizione dei meccanismi percettivi razionali superiori, con una dominanza di aspetti somatici-sensoriali più basilari. L'effetto finale è che il soggetto non pensa più, ma sente intensamente e agisce a livello impulsivo.

In condizioni di stress l'attivazione di condizioni traumatiche e il dolore conseguente può portare ad un comportamento di addiction il cui fine è quello di anestetizzare il soggetto generando stati somatosensoriali alternativi a quelli della coscienza ordinaria (Carretti, La Barbera 2010). L'oggetto addiction diventa quindi una sorta di regolatore di emozioni traumatiche.

Considerate queste premesse da un punto di vista clinico ci è parso interessante provare a costruire un modello di concettualizzazione del caso che tenesse

insieme le riflessioni proposte sull'addiction e sulla regolazione emotiva anche per quanto riguarda il problema del gioco d'azzardo. Questa concettualizzazione può guidarci nella pianificazione del trattamento soprattutto di quei soggetti che risultano più refrattari ai vari interventi.

La presenza di emozioni traumatiche vissute fuori dalla finestra di tolleranza non regolate dalla relazione con il caregiver attivano stati di iper o ipo arousal non integrati nella coscienza ordinaria, creano stati impossibili da gestire che sono esperienze intollerabili perché non mentalizzabili. Quindi vi è la necessità di escluderle dalla consapevolezza e l'individuazione di un oggetto di addiction può svolgere bene questo compito, mantenendo lontani dei vissuti dolorosi intollerabili e garantendo la presenza di vissuti piacevoli. Il gioco diventa in questo modo una fonte di interesse privilegiato verso cui la persona inizia a indirizzare tempo e spazio mentale per la programmazione dell'attività sovrainvestendola di importanza. Questo impedirà alla persona di sviluppare alternative comportamentali e cognitive di gestione di stati emotivi problematici incrementando la loro intolleranza e la necessità di ricorrere al gioco come unica alternativa, allo stesso tempo l'incapacità di controllare il gioco alimenta i vissuti dolorosi di impotenza e la necessità di incrementare soluzioni piacevoli.

Tenendo conto di questa concettualizzazione il trattamento psicoterapeutico prevede varie fasi: la prima è un lavoro sui circoli viziosi di mantenimento del gioco d'azzardo finalizzata alla loro interruzione e allo sviluppo di alternative cognitivo-comportamentali che sostituiscano rispetto ai trigger attivanti il comportamento del gioco. Questo lavoro clinico va fatto tenendo conto della presenza sottostante di emozioni e vissuti traumatici e quindi della difficoltà di regolazione emotiva, che rimane scoperta nel momento in cui il paziente non mette in campo il comportamento patologico e quindi va attrezzato in questa fase di risorse sensomotorie, cognitive e comportamentali di regolazione della finestra di tolleranza. Lo scopo è di rendere i vissuti



dolorosi più tollerabili, contenuti nel corpo e pensabili, attivando delle sensazioni piacevoli. La seconda fase è di elaborazione dei vissuti traumatici legati alla storia di sviluppo. Questa fase delicata diventa necessaria per evitare che il giocatore si sposti alla ricerca di un nuovo oggetto di addiction che sostituisca il gioco. La terza fase riguarda l'incremento della qualità di vita che ha che vedere con il migliorarsi nelle attività e nei rapporti interpersonali.

Presentazione di un caso clinico.

BIBLIOGRAFIA CITATA

APA – American Psychiatric Association 2013, *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders, V Edition*, APA, Arlington VA.

Bellio G e Croce M (a cura di) (2014), *Manuale sul gioco d'azzardo diagnosi, valutazione e trattamenti*, Franco Angeli.

Carretti V, Craparo G (a cura di) (2008), *Trauma e psicopatologia. Un approccio evolutivo relazionale*. Astrolabio Ubaldini.

Carretti V, La Barbera D (2010) (a cura di), *Addiction. Aspetti Biologici e di ricerca*, Raffaello Cortina Editore.

Damasio A. (2003), *Alla ricerca di Spinoza. Emozioni, sentimenti e cervello*. Adelphi

Ogden P. (2012). *Emozioni, mindfulness e movimento. Espansione dei confini di regolazione della finestra di tolleranza affettiva*. In Fosha D., Siegel D.J., Solom M. F. (2012). *Attraversare le emozioni. Volume II. Nuovi modelli di sviluppo*. Mimesis Edizioni.

Siegel D.J. (2011). *Mindsight. La nuova scienza della trasformazione personale*. Ed. Cortina

Siegel D.J. (2013). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale. II edizione*. Ed Cortina

Sussman S., Sussman A., (2011), *Considering the Definition of Addiction*, *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 8(10), 4025-4038.

“ADESSO PAGO IO” LA GESTIONE CONTROLLATA DEL DENARO COME INTERVENTO SOCIALE NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Susanna Francesca Redaelli*, **Gaetana Mongiovi****,
Chiara Novichov***, **Gianmaria Zita******,
Edoardo Cozzolino*****

* Assistente Sociale Ser.T. Via Boifava ASL Milano

** Assistente Sociale Ser.T. Via Canzio ASL Milano

*** Tirocinante Assistente Sociale Ser.T. Via Canzio ASL Milano

**** Responsabile Struttura Semplice Ser.T. Via Canzio e Coordinatore del gruppo di lavoro Equipe GAP ASL Milano

***** Direttore Struttura Complessa Ser.T. 1 ASL Milano

Una premessa per cominciare

La sperimentazione del Voucher introdotta da Regione Lombardia nello scorso anno, pur con iniziali problematiche organizzative, per ASL Milano si è rivelata alla fine uno strumento attraverso il quale costruire e consolidare non solo un gruppo di lavoro, ma anche un modello di presa in carico e di trattamento per il Disturbo da Gioco d'Azzardo.

L'equipe della SC Ser.T 1, nelle sue due articolazioni (sede di Milano via Boifava e sede di Cinisello Balsamo) ha, in quel periodo, individuato una modalità operativa e un'offerta di trattamenti e prestazioni costruendo per l'utenza GAP percorsi di cura strutturati e definiti. Questo ci ha permesso di proporci nel panorama milanese con un'offerta precisa da portare ai pazienti con un problema di gioco patologico.

Cogliendo l'occasione del Convegno FeDerSerd, ci sembra quindi importante porre l'attenzione su una particolare tipologia di offerta trattamentale, ovvero quella che ha a che fare con la dimensione sociale, in particolare rispetto alla gestione controllata del denaro.

Nel corso del 2014, infatti, ci siamo resi conto che nella presa in carico dei pazienti emergevano una serie di elementi comuni nelle loro storie di vita che ci hanno spinto a formulare l'ipotesi alla base di questo lavoro, e cioè che il denaro rappresenti non solo un fattore di rischio per il giocatore in quanto strumento indispensabile per accedere al gioco, ma anche un elemento cardine, sia per la sua dimensione materiale che simbolica, legato al sostentamento dell'individuo e della famiglia, e quindi alla definizione dei ruoli e delle relazioni all'interno dei nuclei familiari, spesso caratterizzati dalla messa in crisi della fiducia proprio in relazione a conflitti legati alla gestione non condivisa del denaro.

Ci siamo chiesti quindi se fosse possibile utilizzare