



## ESPERIENZA CLINICA E GRUPPI PSICOEDUCATIVI NELL'AMBITO DEL TRATTAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

### Studio osservazionale ASL-Pavia

Favini P.\*, Zanini M.T.\*\*, Costantino E.\*\*,  
Degani F.\*\*, Nardulli C.\*\*, Priora C.\*\*,  
Brigada R.\*\*\*, Verri A.\*\*\*, Panzarasa A.\*\*\*,  
Mauri A.\*\*\*\*

\*Direttore Sociale-ASL Pavia;

\*\*SerT Pavese e Oltrepo-ASL Pavia;

\*\*\* Osservatorio Territoriale delle Dipendenze-ASL Pavia; Direttore Generale-ASL Pavia

#### Introduzione

Il fenomeno "gioco d'azzardo" in Italia, pur avendo assunto dimensioni rilevanti, è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi. Si ritiene che sul totale della popolazione italiana stimata pari a circa 60 milioni di persone, il 54% sarebbero giocatori d'azzardo. La percentuale di giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre quella dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2%<sup>1</sup>. Dai dati della letteratura internazionale si evince che il gioco d'azzardo porta con sé un rischio che, in particolari gruppi di persone ad alta vulnerabilità per fattori individuali, ambientali, sociali e secondari alle caratteristiche dei giochi, può sfociare in una vera e propria dipendenza comportamentale definita: Gioco d'Azzardo Patologico (GAP)<sup>2</sup>. Il disturbo compulsivo complesso, responsabile dell'incontrollabilità del proprio comportamento di gioco, può generare gravi problemi sociali, finanziari oltre ad aumentare la probabilità di entrare in contatto con organizzazioni criminali dedite al gioco illegale<sup>3</sup>. Presentando il GAP una varietà di sfumature cliniche in relazione alle caratteristiche individuali del soggetto, al tipo di gioco prevalentemente utilizzato, alle condizioni sociali, agli eventi scatenati, alla compresenza di patologie psichiatriche e/o all'uso di sostanze stupefacenti e/o all'abuso alcolico etc. si è cercato, con questa ricerca, di tracciare i differenti profili dei "giocatori patologici" per individuare gli interventi terapeutici più appropriati per le categorie identificate.

#### Materiali e metodi

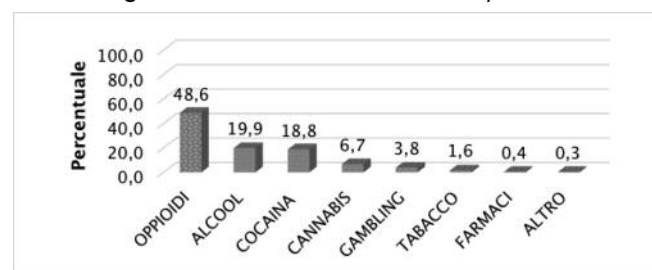
Mediante uno studio osservazionale di un campione di utenti affetti da GAP (diagnosi secondo i criteri del DSM-IV), afferenti presso gli ambulatori SerT-ASL di Pavia nell'anno 2014 è stato tracciato l'identikit del "giocatore patologico", utilizzando i dati raccolti nella cartella informatizzata "Dipendenze" relativi agli aspetti socio-demografici, al compresente abuso/

dipendenza da sostanze e disturbi psichiatrici (diagnosi psicologica), terapia ed esito del programma terapeutico. Mediante una puntuale raccolta anamnestica medica, psicologica e sociale sono stati considerati l'evento gioco, i fattori scatenanti prevalenti, intesi come aumentata accessibilità ed esposizione al gioco d'azzardo, e la vulnerabilità e resilienza individuale. L'indice di gravità è stato calcolato partendo dall'oggettivazione della frequenza di gioco, dal grado di compulsività, dalla tipologia dei giochi utilizzati, dal volume di spesa mensile dedicato al gioco, dal grado di focalizzazione cognitiva comportamentale che il gioco d'azzardo crea inibendo altre fonti di gratificazione e socializzazione (test SOGS). Gli interventi terapeutici previsti sono stati di tipo psicoterapico, di sostegno sociale sia individuali che di gruppo. Per quanto riguarda i gruppi, sono stati costituiti gruppi psicoeducativi (I livello) della durata di due mesi con frequenza settimanale; psicoterapici (II livello) della durata di un mese e mezzo con frequenza settimanale e informativi per familiari di quattro incontri a cadenza settimanale. La terapia è stata supportata al bisogno da adeguata terapia farmacologica<sup>4</sup>. Oltre alle usuali statistiche descrittive, sono stati applicati *ad hoc* il test *t* di Student per dati indipendenti e il test Chiquadrato. Tutte le analisi statistiche sono state effettuate con il pacchetto statistico STATA10.

#### Risultati

La percentuale di pazienti con problematiche GAP che si sono rivolti ai Servizi per le Dipendenze, ASL Pavia nell'anno 2014, è pari al 4% dei 3069 utenti in carico. Dopo un trend in aumento negli ultimi tre anni, nel 2014 sembra che la presa in carico per questa patologia si sia stabilizzata; infatti, si riscontra la stessa percentuale della presa in carico per GAP rispetto al 2013 (4% degli utenti nel 2013, 3,2% nel 2012 e 2,4% nel 2011) (Fig. 1).

Figura 1 - Distribuzione % della sostanza primaria utilizzata dagli utenti delle sedi territoriali provinciali



Nella provincia di Pavia, nel 2014, si sono presentati o erano già in carico ai servizi per le dipendenze 107 persone (di cui poco più del 81% maschi) con problematiche di gioco d'azzardo patologico; in particolar modo persone con un'età compresa tra i 45 e 64 anni. L'età media degli uomini era di 45 anni ( $\pm 13,2$  anni) mentre l'età media delle donne era di 55,5 anni ( $\pm 10,8$  anni); significativamente più alta ( $p$ -value=0,0011) rispetto a quella degli uomini. La tipologia di gioco che più frequentemente ha creato una dipendenza patologica è l'uso delle *slot machines* (il 70% dei

pazienti in carico), ed è il "gioco d'elezione" sia per gli uomini (circa il 75%) che per le donne (50%) e a qualunque età. Però, mentre gli uomini si accostano anche a molte altre tipologie di gioco (scommesse; lotterie, poker on-line etc.), le donne prediligono invece le lotterie/bingo (20%-10%); questa associazione tra genere e tipologia di gioco è risultata statisticamente significativa ( $p=0,001$ ). Il 13% dei pazienti in carico presenta una dipendenza da più giochi (definibile con il termine 'poligioco') (78,6% uomini e 21,4% donne). Se si stratifica la variabile 'poligioco' all'interno del genere, si nota come il 15% delle donne presentino una dipendenza da più tipologie di gioco contro il 12,6% degli uomini; l'associazione non è statisticamente significativa tra il sesso e il 'poligioco' ( $p=0,778$ ). Esiste però un'associazione statisticamente significativa tra la tipologia di gioco e il 'poligioco' ( $p=0,008$ ), nel senso che i soggetti che dichiarano una dipendenza preponderante da lotto/superenalotto, poker on line o scommesse ippiche sono più portati ad avere una dipendenza anche da altre tipologie di gioco. Circa il 46% dei pazienti presi in carico ha come unica diagnosi il 'gioco d'azzardo patologico', mentre il restante 54% presenta, oltre alla diagnosi di gioco patologico, anche diagnosi legate all'abuso di sostanze (9% circa) e/o alla sfera sociale e diagnosi psichiche (45% circa). La presenza o meno anche di diagnosi psicologiche non legate al gioco non è associata al genere ( $p=0,675$ ), anche se si nota che tra gli uomini la percentuale dei soggetti con comorbidità è superiore a quella della donne (55% circa vs 50%). Anche tra la presenza di poligioco e le diagnosi di comorbidità non esiste un'associazione statisticamente significativa ( $p=0,789$ ). Mettendo in relazione la tipologia di gioco con il titolo di studio dei pazienti o con l'occupazione degli stessi, non è stata riscontrata alcuna associazione statisticamente significativa. Analizzando l'esito dei cicli terapeutici legati al gioco d'azzardo, si nota che solo il 15% dei pazienti presi in carico per questa patologia sono ancora seguiti dai servizi; mentre il 38% dei pazienti è stato dimesso con esito positivo e il restante 48% circa è stato perso di vista (Tab. 1). In particolare, si è valutata un'eventuale relazione tra l'esito del ciclo e la partecipazione ai gruppi psico-educativi, rilevando come ci sia un'associazione statisticamente significativa ( $p<0,001$ ) tra queste due variabili; è più alta la frequenza dei soggetti che hanno un esito positivo del ciclo tra coloro che hanno partecipato ai gruppi rispetto a quelli che non vi hanno partecipato.

Tabella 1 - Distribuzione % dell'esito del ciclo entro la partecipazione ai gruppi psico-educativi dei soggetti presi in carico ai servizi territoriali (anno 2014)

Esito Ciclo Terapeutico	Partecipazione Ai Gruppi		
	No	Si	Tot.
Ancora In Trattamento	6,5	24,4	14,0
Completamento PAI	25,8	55,6	38,3
Perso Di Vista	67,7	20,0	47,7
<b>Tot.</b>	100,0	100,0	100,0

Le cause scatenanti il gioco d'azzardo sono molteplici e riguardano varie sfaccettature della personalità degli utenti. Nonostante l'informazione sia stata recuperata per l'89% circa dei pazienti, in quanto il dato è registrato nei diari e pertanto non usufruibile mediante estrazione, si è rilevato che la causa scatenante riguarda principalmente i problemi familiari (con il coniuge/convivente e con i genitori) per il 30,5% dei pazienti presi in cura, mentre il 10,5% dei pazienti è rappresentata dai "sensation seekers", il 9,5% da utenti con un lutto familiare e il 9,5% con problematiche di stress e altri problemi. Prendendo in considerazione anche l'esito del gioco e il sesso dei pazienti, si è visto come non vi sia alcuna associazione tra queste due caratteristiche dei pazienti e la causa scatenante. Dalla valutazione psicologica è emerso che circa il 59% dei pazienti ha una comorbidità psichiatrica così distribuita: un terzo presenta un disturbo depressivo, mentre circa il 24% ha un disturbo narcisistico (Tab. 2).

Tabella 2 - Distribuzione % delle diagnosi psicologiche dei soggetti presi in carico ai servizi territoriali (anno 2014)

Diagnosi Psicologiche	%
Ansia	6,3
Ansia/Depressione	4,8
Borderline	4,8
Deficit Intellettivo	4,8
Depressione	33,3
Depressione/Ipocondria	1,6
Dist. Post Traumatico	3,2
Disturbo Antisociale	1,6
Disturbo Bipolare	3,2
Disturbo Bipolare E Neurologico	1,6
Disturbo Dell'adattamento	1,6
Disturbo Istrionico	1,6
Disturbo Narcisistico	23,8
Disturbo Ossessivo	6,3
Sindrome De La Tourette	1,6
<b>Tot.</b>	100,0

### Conclusione

La diagnosi di GAP riveste una particolare importanza, non solo per gli aspetti primari, cioè quelli relativi al gioco d'azzardo e al suo indice di gravità, ma anche per quelli correlati alle possibili patologie psichiatriche esistenti, all'uso di sostanze stupefacenti/alcol e ai correlati sociali e legali. Uno stato di vulnerabilità, preesistente al contatto con il gioco d'azzardo, definibile come carenza di fattori protettivi (scarso attaccamento parentale, problematiche relazionali in famiglia, povertà di tessuto relazionale, etc.), conferma, anche nel nostro studio, l'attivazione di un percorso evolutivo e di meccanismi auto-generanti responsabili della dipendenza<sup>5</sup>. Nella popolazione osservata la comorbidità psichiatrica è stata rilevata in più della metà del campione mentre scarsa è stata l'associazione con alcol e droghe. Nonostante la complessità dei casi seguiti non sono stati segnalati rilevanti tentativi di suicidio

diversamente da quanto emerge nella letteratura che ne riporta, invece, un'alta frequenza<sup>6</sup>; mentre sono stati riferiti 'pensieri di morte' da parte di quasi tutti i pazienti seguiti. Significativa è, invece, la diversa tipologia di gioco negli uomini rispetto alle donne; quest'ultime hanno anche un'età anagrafica maggiore di circa 10 anni. Il dato sopra riportato, verosimilmente correlato al senso di vergogna/colpa etc., non è al momento quantificabile in quanto l'informazione è contenuta nei diari clinici e pertanto non estrapolabile dal sistema informatico. La partecipazione ai gruppi psicoeducativi è stata il presupposto significativo per il successo del percorso terapeutico. I gruppi psicoeducativi hanno permesso ai partecipanti di acquisire una maggiore consapevolezza e un maggiore autocontrollo sul comportamento di gioco. Il coinvolgimento attivo della famiglia all'interno dei gruppi informativi ha garantito, invece, ai nuclei familiari sofferenti un'accoglienza utile a sbloccare l'*impasse* relazionale allo scopo di avviare un nuovo processo di ristrutturazione delle relazioni familiari. La focalizzazione dei bisogni emersi durante la terapia individuale, di gruppo e nel contesto familiare ha suggerito l'istituzione di un ulteriore gruppo a carattere psicoterapico per lavorare sull'approfondimento della funzione simbolica riparatrice del gioco. *"Il giocatore d'azzardo, depresso e disilluso, narcisista e ossessivo, speranzoso e confuso tra ansie aspettanti di fantastiche chimere"* potrebbe forse trovare, stante il suo illusivo stile esistenziale, un anfratto tranquillo all'interno di un sistema di cura competente, integrato e multidisciplinare.

## COOPERATIVE LEARNING E GAMBLING. UN PROGETTO PILOTA NELLA REALTÀ SCOLASTICA PALERMITANA

**Barbara Ferraro**, *Psicologa e referente per Arci Sicilia di Mettiamociingioco*

**Francesca Picone**, *Psichiatra Asp Palermo - Dipendenze patologiche Ser.T*

Troppo spesso affrontare temi connessi alla salute con i bambini e gli adolescenti ha giustificato da parte dell'adulto, l'assunzione esclusiva del *punto di vista dell'osservatore esterno*. I comportamenti a rischio adeguati dei giovani non possono essere letti in termini di input/output; non è possibile d'altro canto (e da qui si parte) "informare" senza porre in relazione l'osservatore con il sistema osservato. Occorre pensare alla crescita come bisogno di mantenimento dell'identità, specie nell'adolescente (chiusura organizzativa - punto di vista del sistema) e necessità di cambiamento ovvero di apertura e riorganizzazione autonoma di stimoli, informazioni, relazioni e comportamenti provenienti dall'ambiente ovvero dai contesti relazionali di riferimento.

L'adulto educatore deve assumere un ruolo di mediatore tra generazioni e tra culture diverse che si confrontano. In un'ottica di animazione culturale, tutti gli individui sono costruttori di significati; responsabilità dell'adulto è creare contesti nuovi per offrire la possibilità ai giovani di potersi sperimentare nella ricerca di nuovi significati e nuovi contesti in modo sempre più autonomo e complesso. Occorre quindi scegliere strumenti e metodi di discussione e di insegnamento volti ad attivare competenze cognitive, metacognitive, relazionali e comunicative capaci di incidere sui valori degli adolescenti e quindi sui loro stili di vita.

L'OMS e la carta di Ottawa parlano di promozione della salute nei termini di *"... processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla"*, inoltre, *"la salute è creata e vissuta dalle persone all'interno degli ambienti organizzativi della vita quotidiana: dove si studia, si lavora, si gioca e si ama"* (OMS, 1986).

La salute, quindi, viene posta in relazione ad alcune competenze individuali e di comunità, alla riduzione delle disuguaglianze e risultano centrali i contesti di vita. Tra quelli più significativi per un adolescente troviamo la Scuola, la famiglia e i pari, contesti in cui il giovane agisce quotidianamente e che hanno un diverso impatto sul suo sviluppo. Tali contesti sono determinanti nel costruire il senso di autoefficacia emotiva e interpersonale favorendo o ostacolando disposizioni e prestazioni adattive. Nel 1993 l'OMS ha individuato

<sup>1</sup> Ministero della Salute - CCM, Dipendenze comportamentali / Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi - Regione Piemonte, 2012

<sup>2</sup> Potenza MN et al. Correlates of at-risk/problem internet gambling in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Feb; vol. 50(2) pp. 150-159.e3

<sup>3</sup> Jacobs DF et al. Children of problem gamblers. *Journal of Gambling Behaviour* 5: 261 - 267, 1989

<sup>4</sup> E. Costantino et al. Giocatori d'azzardo patologico e i suoi familiari: modalità di presa in carico e trattamento nell'esperienza del SerT di Pavia Federserd Newsletter, 2 febbraio 2015 - Numero 8

<sup>5</sup> Shaffer HJ et al. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A Meta. Analysis. Boston, MA, Harvard Medical School, Division on Addictions, 1997

<sup>6</sup> Raisamo S et al. Gambling-Related Harms Among Adolescents: A Population-Based Study. *J Gambl Stud*. 2012 Feb 26.

<sup>7</sup> Picone F. Il gioco d'azzardo patologico, Ed. Carocci 2010