

GRUPPI TERAPEUTICI PER IL GIOCO D'AZZARDO

D.ssa ROSANNA CARDIA Psicologa – Psicoterapeuta

Azienda Usl Nordovest SerD di Pisa

Riferimenti clinici e legislativi.

Il gioco d'azzardo sta diventando sempre più una piaga sociale sia per la crescente diffusione delle cosiddette condotte problematiche sia per le forme di patologia conclamata che vanno sotto il nome di ludopatia.

I gamblers, cioè le persone dedite al gioco d'azzardo, sono ormai presenti in ogni fascia di età, sesso, razza e livello sociale con una maggior impennata per le fasce deboli.

La diffusione del gioco d'azzardo ha effetti devastanti sul sistema economico, sociale e affettivo del giocatore stesso ma diventa un problema vero e proprio di salute pubblica che si ripercuote su tutta la popolazione poiché ha ingenti costi a livello sanitario nazionale e a livello sociale.

L'Italia è il primo paese in Europa e il terzo nel mondo con i suoi 32 milioni di giocatori (il 54% della popolazione), di cui 3 milioni sono a rischio patologico e 800 mila (il 3% della popolazione adulta) ne sono già colpiti.

In Italia il gioco d'azzardo legale ha un giro di affari crescente, dai 47 mld nel 2008 ai 95 mld nel 2016, è la terza industria dopo ENI e FIAT ed è un settore che dà occupazione a oltre 500 mila persone e lo Stato vi ricava circa 10 mld all'anno sotto forma di tasse. Nel mondo ci sono 10 agenzie concessionarie e in Italia si contano circa 1500 gestori e oltre 400 mila esercenti.

Si stima che in Toscana ci siano circa 30.000 residenti affetti da gioco d'azzardo patologico di cui, nel 2015, 1.400 erano utenti in carico ai Servizi per le Dipendenze (oltre il 5% dell'utenza afferente in Toscana) e per l'anno 2016 sono stati assegnati alla Regione Toscana oltre 3 milioni di euro per il contrasto al Gioco d'Azzardo.

Fino al 2013, con il DSM IV-TR, il Gioco d'Azzardo Patologico rientrava nella classificazione dei Disturbi del Controllo degli Impulsi, successivamente, con il DSM 5, è stato inserito nel capitolo delle "Dipendenze e Disturbi correlati" all'interno di una nuova categoria diagnostica dedicata alle dipendenze comportamentali in cui viene inserito con la dicitura di Disturbo da Gioco d'Azzardo. Questa nuova impostazione consente di porre l'attenzione clinica anche a quelle forme di gioco problematico che prima rimanevano sotto soglia, nonostante fossero caratterizzate comunque da un'alta presenza di comportamenti a rischio, e soprattutto consente di estendere anche a tali forme eventuali trattamenti e interventi preventivi.

Inoltre da Gennaio 2017 la Ludopatia è stata inserita nei LEA (Art. 28 Assistenza socio-sanitaria alle persone con dipendenze patologiche) che definiscono una serie di servizi e prestazioni garantiti a tutti i cittadini e a carico del SSN e del Fondo per le Politiche Sociali.

La Toscana è stata una delle prime Regioni a fornire risposte alla crescente domanda di aiuto delle persone entrate nel vortice del gioco d'azzardo e dei loro familiari sostenendo progetti orientati a sviluppare la conoscenza del fenomeno e a realizzare una rete territoriale di servizi qualificata. Sono attribuiti ai SerD delle Aziende USL le competenze per la prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con dipendenza da sostanze ma anche per quelle senza sostanza come il Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Inoltre sono stati attivati programmi residenziali o semiresidenziali individuando come Enti Ausiliari la Cooperativa Sociale Gruppo Incontro di Pistoia (per 8 posti residenziali) e l'Associazione San Benedetto di Livorno (per 8 posti semiresidenziali) e la Comunità ORTHOS di Siena per programma residenziale intensivo breve.

La Regione Toscana ha emanato una legge specifica la n.57/2013 “Per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia” all’interno della quale sono contenute disposizioni per assicurare il rispetto di distanza minima fra i luoghi di gioco e i luoghi socialmente sensibili; il sostegno ai soggetti affetti da disturbo da gioco d’azzardo e alle loro famiglie; il sostegno ai progetti del terzo settore e l’istituzione di un Osservatorio regionale con finalità di monitoraggio, consulenza e proposte.

Infine dall’Agosto 2017 è stato emanato un Accordo in Conferenza unificata volto a dimezzare nei prossimi tre anni i punti di gioco e a rottamare le slot più vecchie sostituendole con altre collegate direttamente ai Monopoli di Stato; inoltre i Sindaci potranno decidere le fasce orarie di chiusura dei luoghi di gioco, anche fino a sei ore consecutive al giorno, e nelle sale vi sarà un accesso selettivo tramite l’identificazione con documento di identità e una maggiore videosorveglianza, infine il personale impiegato nelle sale dovrà sottoporsi a una formazione specifica per il contrasto al gioco d’azzardo.

Definizione di gioco d’azzardo

Si definisce Gioco d’azzardo quell’attività ludica in cui ricorre il fine di lucro e nella quale la vincita o la perdita è in prevalenza aleatoria, avendovi l’abilità un’importanza trascurabile. Ne esistono svariati tipi, dai più antichi, come il gioco dei dadi (*azzardo* deriva dall’arabo *az-zabr*, che significa dado), a quelli più recenti effettuati con apparecchi automatici o elettronici.

Oggi giorno il gioco d’azzardo è sempre più diffuso perché ha alcune caratteristiche: è semplice e di facile accesso, è presente come offerta continua, diffusa e decontestualizzata, segue lo stesso sviluppo delle nuove tecnologie che portano una falsa percezione di abilità e una forte suggestione per gli effetti sonori e visivi, inoltre è molto veloce, le giocate sono rapide e la riscossione del denaro è immediata.

Tipologie delle condotte di gioco

Il vero sinonimo di gioco è divertimento e fa parte della natura umana, anzi in età evolutiva è una condotta fondamentale, ma l’eccesso è una distorsione della normalità e come tale va curato soprattutto quando vi è coinvolto l’azzardo.

Ci sono però molte sfumature nei comportamenti di gioco d’azzardo e in linea di massima si tende a seguire la distinzione tra:

Il giocatore Sociale, colui che scommette in modo occasionale ma conserva la capacità di controllo e può interrompersi quando lo desidera, conserva il rispetto del limite capendo quando è il momento di smettere e comunque il gioco non interferisce con la sua vita quotidiana. Vi rientra anche il Giocatore Abituale (20% degli italiani) cioè colui che scommette in maniera abituale, anche con assiduità, per lo più spinto dal desiderio di aggiungere un “salto” economico che non gli sembra fattibile attraverso la costruzione di specifici percorsi lavorativi.

Il giocatore Problematico, colui che non riesce ad avere controllo sul gioco e questa abitudine lo condiziona nella sfera personale, familiare e sociale. Tende a aumentare sempre più il tempo che dedica al gioco e la quantità di denaro così che il gioco acquista un ruolo prioritario nella sua vita quotidiana.

Il giocatore Patologico, colui che ha un’incontrollabile brama di giocare, uno stato di euforia e eccitazione paragonabile al *craving* da sostanze, prova agio e senso di appartenenza nei luoghi del gioco, non riesce a rinunciarvi e se prova a ridurre l’attività non ci riesce. È consapevole che il gioco gli crea danni fisici, sanitari, familiari, sociali, finanziari ma continua perché la dipendenza è ormai forte. Il gioco diventa un’attività compulsiva in cui investe tutto il denaro che ha, se vince continua a giocare fino a perdere tutto, e se perde continua a giocare aumentando i suoi debiti.

Infatti il GAP si definisce come malattia bio-psico-sociale poiché in essa si evidenziano danni fisici (cefalea, variazioni dell’appetito, alterazioni del ritmo del sonno, tremori, tachicardia, sudorazione), danni sociali (problemi economici legati alla gestione del denaro, alterazioni della socialità, problematiche in campo lavorativo e/o familiare, ritiro sociale) e danni psichici (ossessioni riferite al gioco, nervosismo, irritabilità, ansia, alterazioni del tono dell’umore, persecutorietà, sentimenti di colpa, variazioni repentine della autostima, impulsività, distorsione della realtà).

Caratteristiche psicologiche del Giocatore d'azzardo Patologico

Per lo più si tratta di persone che hanno una personalità tendenzialmente fragile e una capacità di autostima che oscilla da livelli molto bassi all'eccessiva fiducia in se stessi o nel proprio senso di potere e di controllo. Tendono a rispondere alle difficoltà della vita mettendo in campo un'indole competitiva, energica, impulsiva o, di contro, con il ritiro sociale. In qualsiasi caso la sfera emozionale risulta coartata e asfittica poiché tendono a mascherare o non esprimere sensazioni, sentimenti, paure. Hanno una notevole facilità alla noia e alla monotonia, amplificata dall'ansia, inquietudine e insoddisfazione, a cui tentano di sfuggire attraverso la ricerca di continue esperienze nuove (*novelty-seeking*) o attraverso la ricerca del rischio, di esperienze eccitanti e sensazioni forti (*sensation-seeking*). Sono spesso presenti forme di distorsioni del pensiero come la negazione, superstizione, onnipotenza, pensiero magico, attraverso cui tenta di realizzare il desiderio di immaginarsi ricco, potente e amato.

Il giocatore d'azzardo patologico dà un eccessivo valore ai simboli e alle ricompense materiali piuttosto che agli affetti, così attraverso la fantasia di vincere il denaro si illude di realizzare il desiderio di assicurarsi una vita sociale più ricca e brillante poiché il denaro è pensato come causa e soluzione di tutti i problemi.

Il gioco si configura come una zona intermedia tra realtà e fantasia, una pausa, svago, alleggerimento dai pesi o dalle responsabilità, compensa le insoddisfazioni, i fallimenti, i malesseri individuali o sociali, diventa un modo per reagire alle frustrazioni e scaricare pulsioni aggressive ma soprattutto per vivere l'esperienza affettiva della speranza di vincere e della paura di perdere.

L'esperienza del SerD di Pisa: alcuni dati

Il serD di Pisa si occupa di gioco d'azzardo dal 2008 e nel corso del 2017 sono stati presi in carico 171 pazienti di cui 144 maschi e 27 femmine; 90 sono coniugati, 9 vedovi, 57 single, 15 separati; 149 lavorano o sono in pensione e 22 sono disoccupati; anche l'età segue la media nazionale poiché 22 pazienti si collocano tra i 18 e 30 anni, 73 tra 31 e 45 anni, 53 tra 46 e 60 anni, 23 oltre i 60 anni.

Come sempre accade nell'ambito delle dipendenze c'è una grande mobilità nella presenza o meno di questi pazienti e non perché terminano e guariscono bensì perché interrompono, ritornano, spariscono, si trasferiscono o a volte rimangono a lungo anche in presenza di una buona remissione della sintomatologia. Attualmente (dati relativi a Settembre 2017) il SerD di Pisa ha in carico 42 pazienti che stanno seguendo un trattamento con buona aderenza.

È presente un Equipe GAP multiprofessionale composta da uno psichiatra, una psicologa e un'educatrice. L'approccio terapeutico avviene con colloqui individuali per raccogliere i dati dell'utente, terapia psicofarmacologica (prevalentemente stabilizzanti dell'umore e antidepressivi o antipsicotici), psicoterapia a orientamento analitico individuale o di gruppo, interventi educativi individuali o di coppia e gruppi psicoeducazionali per i familiari, tutoraggio economico per il risanamento dei debiti, interventi sociali per far fronte a questioni legali, attivazione della rete di sostegno sociale e del volontariato, eventualmente, se necessario, si predispongono un ricovero presso le strutture abilitate.

Il gruppo terapeutico a orientamento analitico

Ho avviato il Gruppo terapeutico per giocatori d'azzardo presso il SerD di Pisa da Marzo 2014. Prima di me, per circa un anno, un altro collega ne aveva condotto uno lasciandolo poi orfano perché, a seguito del suo trasferimento lavorativo, lo aveva dovuto interrompere.

Ho aspettato alcuni mesi prima di iniziare un nuovo gruppo proprio al fine di interrompere la continuità o non creare confusione poiché avrei portato uno stile di conduzione diverso dal mio predecessore e perché presumevo che tra i partecipanti si animassero sentimenti di lutto e valenze di confronto o possibile competizione. Nel gruppo, si sa, sia tra gli utenti che a livello di istituzione, si possono creare vortici emozionali intensi e funzionamenti primitivi tali da poter inibire o invalidare completamente la capacità di pensiero del gruppo.

Ho preferito muovermi con grande cautela sapendo che il gruppo è come un contenitore che racchiude un sistema complesso di fantasie, emozioni e idee legate tra loro.

Inoltre, essendo abbastanza nuova nel Servizio, ho aspettato di prendere più confidenza con l'ambiente e con i colleghi al fine di acquisire un senso di appartenenza e costruire lì una mia identità

professionale, riflettere sul mio bisogno di essere apprezzata, valutare le eventuali aspettative o quote di idealizzazione o delusione, fare i conti con le conseguenze degli elementi nuovi introdotti con il mio lavoro, evitare eventuali interferenze istituzionali.

A lungo ho parlato con i colleghi della necessità del servizio di avviare un gruppo per giocatori e mi sono dotata di un dispositivo facendo circolare nei vari uffici un breve scritto sul progetto per il gruppo terapeutico descrivendo:

Destinatari: al gruppo parteciperanno fino a un massimo di 15 persone che verranno selezionate dai medici del servizio in base a una generale valutazione sulla possibilità che i pazienti possano ben utilizzare lo strumento gruppo (assenza di importanti compromissioni psicopatologiche; presenza di risorse interne quali disponibilità alla comunicazione di sé, capacità introspettive, motivazione al cambiamento...).

Tempi: il gruppo terapeutico prenderà avvio dal 17 Marzo 2014, la frequenza degli incontri è settimanale con sedute della durata di un'ora e mezzo ciascuno e si svolgerà tutti i Lunedì dalle 17.15 alle 18.45. Le interruzioni previste sono quelle classiche del calendario inclusa la pausa estiva che sarà di circa un mese e mezzo.

Setting: il gruppo si svolge presso la sala riunioni del servizio. Ogni sei mesi circa può essere valutata la possibilità di inserire nuovi pazienti fino al raggiungimento del numero massimo stabilito.

Conduzione: Il conduttore segue un orientamento analitico ed ha come ruolo principale l'attivazione della funzione analitica del gruppo mantenendo il livello di comunicazione circolare tra i membri al fine di facilitare le libere associazioni e favorire lo sviluppo di fattori trasformativi.

Aggiornamenti: è auspicabile prevedere degli aggiornamenti almeno trimestrali con gli operatori che conducono il gruppo rivolto ai familiari dei pazienti GAP al fine di monitorare l'efficacia dell'intervento.

In sostanza ho cercato di curare il più possibile, all'interno del servizio, la costruzione della rappresentazione mentale di ciò che sarei andata a fare e ancor prima di cominciare ho dettagliato con cura i confini del setting scivolando a volte in un rigore forte ma, ritengo, non eccessivo poiché l'ambito di lavoro sulle Dipendenze è solitamente delicato e spesso saturo di morte, urgenze e disperazione.

Alla prima seduta di avvio, nel Marzo del 2014, su 17 pazienti selezionati se ne sono presentati 10 e di questi nel corso dei primi sei mesi ne sono rimasti 5. A Settembre dello stesso anno ho riaperto l'ingresso al gruppo a nuovi pazienti e su 12 selezionati ne sono arrivati 8 e di questi ne è rimasto 1. L'anno successivo, a Settembre 2015, su 10 pazienti se ne sono presentati 6 e di questi sono rimasti in 5. Infine a Settembre 2016, su 5 se ne presentano 3 e rimangono in 2.

Attualmente il gruppo è composto da 9 partecipanti stabili, ormai astinenti da condotte di gioco patologico da molti mesi, e giusto in questi giorni, per la prima volta, la persona più anziana per partecipazione al gruppo ha terminato il programma ed è stato un momento emozionalmente forte per tutti noi.