

8.10

LO STORYTELLING THINKING® NEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO PER IL RAFFORZAMENTO DEL PROCESSO DECISIONALE E RIDUZIONE DELL'IMPULSIVITÀ

Zane G., Costa A., Magri C.

Università degli Studi di Brescia, Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali - Brescia - Italy

Lo studio verifica l'efficacia dello Storytelling Thinking® nel trattamento di pazienti affetti da Disturbo da Gioco d'Azzardo in servizi sia residenziali che ambulatoriali, grazie al miglioramento del processo decisionale tramite l'assunzione di obiettivi realistici per proiettarsi nel futuro consapevolmente e la riduzione dell'impulsività.

Introduzione

Il gioco d'azzardo è percepito come un'esperienza totalizzante, caratterizzata dalla ripetizione ipnotica delle azioni, causando disorientamento e perdita di senso del tempo, realtà e identità, portando a una fuga dal reale e a un'esperienza dissociativa transitoria (Croce, 2018a). I soggetti con Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) mostrano spesso elevata impulsività e difficoltà a proiettarsi realisticamente nel futuro, con influenze negative proprio processo decisionale e la definizione di sé (Canali et al., 2021).

Impulsività e proiezione mentale nel futuro:

Tra i tratti di personalità e psicopatologici che sono maggiormente riscontrabili nei giocatori d'azzardo la tendenza all'impulsività risulta uno dei più rilevanti (Caretto & Barbera, 2014; Cosenza et al., 2019).

L'impulsività si contraddistingue per la tendenza ad agire senza programmare e valutare opportunamente gli effetti futuri del proprio comportamento, agendo senza una concreta premeditazione (Cosenza et al. 2019). Si può infatti riscontrare un legame tra impulsività e percezione del tempo: maggiore è la gravità del DGA, maggiore è l'impulsività disfunzionale e minore è l'orizzonte temporale del soggetto.

Il processo decisionale è fortemente influenzato dalla capacità di immaginarsi nel futuro, in quanto fungendo da freno motivazionale può contrastare decisioni impulsive, supportando al contrario comportamenti adattivi e

di autocontrollo. Alcune indagini hanno segnalato difficoltà nelle capacità di viaggio mentale nel tempo orientate al futuro dei pazienti affetti da DGA, con conseguente mancanza di considerazione per le conseguenze delle proprie azioni (Canali, et al., 2021; Noël et al. 2017; Donati, et al. 2019). Si è altresì confermata la correlazione tra frequenza di inseguimento e tendenza a concentrarsi sulle conseguenze immediate piuttosto che proiettarsi mentalmente nel futuro, a causa di alcuni irrazionali modi di pensare che restringono la prospettiva temporale, alimentando l'illusione che il futuro sia controllabile (Nigro, et al. 2022).

La narrazione che cura

La narrazione è uno dei principali strumenti attraverso cui si costruisce l'identità umana, in particolare un'identità narrativa (Smorti, 2018). Il pensiero narrativo, accanto a quello logico, rappresenta una modalità di funzionamento della mente; entrambi offrono modalità per organizzare e ricostruire la realtà (Bruner, 2002). Quando pensiamo e scriviamo storie, la nostra percezione del mondo circostante si trasforma, e l'inconscio trova innovativi modi di espressione e rappresentazione (Maurelli, 2019). Così, la narrazione offre all'individuo un'ulteriore spinta interiore per reinterpretare la realtà, generando nuovi significati e permettendo l'emergere di visioni e prospettive alternative (Mezirow, 2003). Attraverso la narrazione, il paziente esprime significati ed emozioni legati a ciò che sta vivendo, che diventano elementi cruciali nel processo di cura (Demetrio, 1996). Così, il raccontarsi impegna la mente a rievocare esperienze vissute e riflettere sul loro significato.

Tecniche narrative nel trattamento delle dipendenze patologiche

Analizzando le modalità di raccontarsi dei pazienti si è colto il carattere sfuggente e confuso non solo di descrivere episodi vissuti ed emozioni provate, ma anche nell'espone la propria esperienza di desiderio con una deficitaria proiezione nel futuro (Canali, et al., 2021). È invece importante evidenziare come la coerenza narrativa di una persona risulti correlata ad un maggior autocontrollo e quindi ad una minore impulsività. Potenziare la capacità immaginativa e la capacità di costruzione di storie, soprattutto proiettandosi in una dimensione futura, può infatti aumentare autocontrollo e la ridefinizione di sé (Canali, et al., 2021).

Nel trattamento delle dipendenze, le narrazioni potrebbero dunque aiutare il processo di ricostruzione dell'identità soggettiva nella sua unitarietà riducendo la frammentarietà temporale dell'io tipica delle dipendenze (Canali, 2018).

Herrera-Sánchez et al. (2019) sottolineano infatti l'im-

portanza di delineare una nuova linea di ricerca che determini l'efficacia dello storytelling come meccanismo di motivazione al cambiamento grazie al processo di identificazione con la storia. Lo storytelling, non rappresenta solo una riflessione sul passato, ma prevede anche la comprensione dei dilemmi e delle sfide presenti oltre che la visione del futuro desiderato (Wilson, 2021).

Storytelling Thinking®

Lo Storytelling Thinking® -proprietà intellettuale di Cristina Maurelli e Giuditta Rossi- consiste nell'utilizzare la narrazione per immaginare il proprio futuro in modo più accessibile e realizzabile tramite l'ideazione di un racconto, che individui un obiettivo da raggiungere e suddividere questo obiettivo in più passaggi. Lo strumento si articola in cinque macro-fasi che a loro volta si sviluppano in sottopassaggi rappresentati nella figura 1.

Figura 1 – Fasi dello strumento Storytelling Thinking

1. <i>Quest-Obiettivo</i>	Analisi dei bisogni e dei desideri del protagonista della storia (il soggetto che svolge l'attività), la <i>mission</i> interiore, la sua esigenza drammatica; a sua volta comprende: a) <i>partire da sé stessi</i> ; b) <i>individuare l'obiettivo</i>
2. <i>Conflict-Confitto</i>	Individuazione di problemi e ostacoli che si oppongono alla realizzazione del proprio obiettivo; a sua volta comprende: a) <i>individuare le persone da conquistare</i> ; b) <i>individuare antagonisti ed ostacoli</i>
3. <i>Action- Azione</i>	Pianificazione di azioni rivolte al raggiungimento del proprio proposito non tralasciando il conflitto esistente; a sua volta comprende: a) <i>individuare idee relative a cosa si potrebbe fare</i> ; b) <i>porre le idee in ordine cronologico</i> ; c) <i>trasformare le idee in una trama, una storia da raccontare</i>
4. <i>Resilience-Resilienza</i>	Elaborazione di strategie di resistenza agli eventi contrari e sfavorevoli; a sua volta comprende: a) <i>rintracciare aiutanti ed ispiratori</i> ; b) <i>riconoscere competenze e skills personali</i>
5. <i>Transformation- Trasformazione</i>	Completamento della trasformazione con il raggiungimento dell'obiettivo e cambiamento del protagonista e della sua realtà; a sua volta comprende: a) <i>immaginarsi nella nuova condizione</i> ; b) <i>Immaginare un titolo per la propria storia</i>

Figura 1. Fasi dello strumento Storytelling Thinking

La struttura e le peculiarità visive di questo strumento fungono da stimolo per una riflessione sistematica sui diversi aspetti – rappresentati dai blocchi – del progetto. L'analisi condotta su ciascun blocco facilita una migliore visualizzazione del successivo o una riconsiderazione del precedente, mantenendo sempre al centro l'essenza dell'idea progettuale e definendo le relazioni tra le varie componenti.

Lo strumento viene abitualmente utilizzato in contesti di gruppo ed il processo – che si sviluppa in un'unica seduta della durata di circa 5 ore – ed è sostenuto da un facilitatore (Maurelli, 2019). Nel trattamento del DGA, si è pensato di proporre lo Storytelling Thinking, in modalità gruppale, ma in due distinte sedute di 1,30 ore ciascuna al fine di evitare una perdita di attenzione e favorire un processo di sedimentazione dei contenuti. Fase dopo fase si delinea un racconto e un profondo ragionamento su di sé su cui è necessario stare per del tempo prima di procedere. Il racconto che man mano si viene a creare vede il partecipante come protagonista, mentre

affronta un nuovo obiettivo; da qui, la necessità di delineare il contorno: programmando possibili ostacoli e azioni concrete da svolgere per il raggiungimento dello stesso.

La ricerca

Lo studio sperimentale multicentrico, randomizzato, controllato a gruppi paralleli è stato predisposto all'interno del Corso di Studio in Educazione professionale dell'Università degli Studi di Brescia ed attuato presso otto centri ubicati nella Lombardia orientale, tra strutture ambulatoriali pubbliche e private accreditate, nonché di strutture residenziali/semiresidenziali dedicate. L'attività di ricerca è stata preceduta da un incontro preliminare con i coordinatori dei servizi e dirigenti delle U.O. per presentare il progetto e verificare la disponibilità degli stessi; successivamente è avvenuto il reclutamento dei pazienti.

Dopo aver ottenuto il consenso informato al trattamento; i dati sono stati raccolti nel rispetto della privacy. L'intero studio è stato approvato dal Comitato Etico Territoriale Lombardia 6. Sono stati coinvolti 30 pazienti, suddivisi in un gruppo di trattamento e in un gruppo di controllo tramite randomizzazione semplice in linea con i criteri di inclusione ed esclusione stabiliti nel protocollo di ricerca.

Criteri di inclusione

- diagnosi primaria DGA, senza abuso di sostanze attivo concomitante;
- età > 18 anni (Nigro et. al. 2019; Noel et al. 2017; Ciccarelli et al. 2019; Cosenza et al. 2023)
- progetto nei servizi residenziali nelle fasi di Trattamento Residenziale - Trattamento residenziale Breve e Accompagnamento territoriale come previsto dalla DGR XI/585/2018 di Regione Lombardia;
- frequenza regolare agli appuntamenti e buon aggancio nei servizi ambulatoriali (SerD- SMI)

Criteri di esclusione

- disturbi psichiatrici che influiscono nella vita quotidiana, poiché variabili poco controllabili data la molteplicità dei disturbi e la soggettività della loro incidenza (Bellio & Croce, 2016);
- presenza di deficit cognitivi significativi che possano rendere difficile la comprensione dell'attività proposta.

Strumenti

La ricerca prevedeva la somministrazione dei seguenti strumenti di indagine:

1. Scheda sociodemografica: sono stati indagati genere ed età, percorso di studi o di lavoro intrapreso, tipo di servizio sanitario di presa in carico, tempo trascorso dal-

l'inizio della presa in carico, momento percepito in cui è iniziata la dipendenza e situazione familiare.

2. Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11): questionario self-report utilizzato per la valutazione dei tratti di impulsività (Patton et al., 1995); si compone di 30 item con risposte del tipo "raramente/mai", "occasionalmente", "spesso" e "quasi sempre/sempre". Il punteggio totale varia da 30 a 120 ed offre una stima quantitativa dell'impulsività che deriva dalla somma dei tre fattori di impulsività cognitiva, motoria e non pianificativa. Non vi sono valori di cut-off standardizzati, ma un punteggio tra 70 e 75 potrebbe indicare un tratto patologico di impulsività e che un punteggio superiore a 75 potrebbe indicare un disturbo del controllo degli impulsi (Stanford et al., 2009). Nel presente studio è stata utilizzata la versione italiana (Fossati et al., 2001).

3. Consideration of Future Consequences (CFC-14): scala di 14 elementi che misura le differenze individuali nella considerazione sulle conseguenze del futuro; si compone di 14 item suddivisi in due sottoscale: "considerazione delle conseguenze immediate" (CFC-I) e "considerazione delle conseguenze future" (CFC-F). Le opzioni di risposta si articolano su una scala Likert, da 1 ("per niente simile a me") a 7 ("molto simile a me"), mentre il punteggio totale va da 14 a 98, dove i punteggi più alti indicano una maggiore considerazione delle conseguenze future o un comportamento lungimirante. Il CFC-14 è costituito dalla scala originale di 12 item (Strathman et al., 1994) e da due item aggiuntivi orientati al futuro di (Joireman et al., 2012). Nel presente studio è stata utilizzata la versione italiana validata (Nigro et al., 2016).

4. South Oaks Gambling Screen (SOGS): il questionario (Lesieur & Blume, 1987) consente di evidenziare la possibile presenza di un problema di gioco e conoscere meglio le abitudini del soggetto intervistato. Lo strumento self-report è composto da 16 domande con quesiti relativi a vari comportamenti di gioco d'azzardo e alla propria percezione relativamente alle abitudini di gioco; prevede un valore massimo possibile di 20 punti, dove un valore di 3/4 punti indica possibili difficoltà nel gioco, mentre 5 punti o più indica la presenza di un evidente problema di gioco. Nel presente studio è stata utilizzata la versione italiana (Guerreschi e Gander, 2000).

Discussione degli incontri

Lo studio è stato realizzato secondo la timeline riportata in figura 2. Al tempo zero (T0) a tutti i pazienti coinvolti nello studio sono state somministrate sia la scheda sociodemografica che le scale psicometriche. Nella stessa occasione, i soli soggetti arruolati nel gruppo di trattamento sono stati sottoposti ad una prima seduta di Storytelling Thinking della durata di 1,30 ore; una seconda seduta si è svolta dopo una settimana. A

distanza di quattordici giorni dal T0, tutti i pazienti – sia gruppo di trattamento che di controllo – sono stati rivalutati per le scale BIS-11 e CFC-14.

Figura 2 – Timesheet dello studio

	Gruppo di trattamento	Gruppo di controllo
T0	<ul style="list-style-type: none"> Scheda sociodemografica Scale psicometriche (BIS-11, CFC-14, SOGS) 1° seduta di Storytelling Thinking 	<ul style="list-style-type: none"> Scheda sociodemografica Scale psicometriche (BIS-11, CFC-14, SOGS)
T1 (7gg)	<ul style="list-style-type: none"> 2° seduta di Storytelling Thinking 	
T2 (14gg)	<ul style="list-style-type: none"> Scale psicometriche (BIS-11, CFC-14, SOGS) 	<ul style="list-style-type: none"> Scale psicometriche (BIS-11, CFC-14)

Figura 2- Timesheet dello studio

Per la seguente sperimentazione sono stati considerate le diverse tipologie di servizi che si occupano in ottica multidisciplinare di cura di pazienti affetti da DGA, che si possono così suddividere: servizi a carattere ambulatoriale quali i Servizi per le Dipendenze a carattere pubblico (SerD) ed i Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI) a carattere privato

accreditato al Servizio Sanitario Nazionale; percorsi intensivi all'interno di contesti protetti come strutture residenziali e semiresidenziali; percorsi di psicoterapia e la partecipazione ai gruppi dei Giocatori Anonimi. Alla presente ricerca hanno risposto positivamente 8 strutture come mostrato in figura 3.

Figura 3 – Servizi aderenti allo studio

Servizio del trattamento		Tratt.	Contr.	Tot	%
Servizi ambulatoriali	- SMI Gli Acrobati di Concesio (Bs),	9	7	16	53,3
	- SMI Il Mago di OZ di Ospitaletto (Bs),				
	- NOA-Ser.D Asst Garda di Montichiari (Bs),				
	- Ser.D Asst Mantova di Mantova				
	- Centro Semiresidenziale Spazio Off Coop. Comunità Fratemità di Brescia	9	5	14	
Servizi semiresidenziali e residenziali	- C.T. Regina di Cuori Coop. di Bessimo di Cellatica (Bs)				46,7
	- Centro Residenziale DGA Coop. Gaia di Lumezzane (Bs)				
	- C.T. Il Frassino Coop. Comunità Fratemità di Travagliato (Bs)				

Figura 3- Servizi aderenti allo studio

I 30 soggetti reclutati per lo studio sono stati suddivisi in 18 nel gruppo di trattamento e 12 nel gruppo di controllo. La maggior parte di loro è in carico, presso i servizi da meno di un anno. Il campione, come mostrato in figura 4, è costituito per il 70% da maschi con un'età compresa fra i 23 e i 73 anni (età media 48 anni) – e il 30% da femmine, con un'età compresa fra i 37 e i 66 anni (età media 54,5 anni). Analizzando il campione si nota perciò una netta prevalenza del genere maschile – 21 maschi – contro le sole 9 donne partecipanti. Questo dato però conferma come in Italia sembrerebbe che la richiesta d'aiuto femminile rappresenti solo il 10% dell'utenza dei servizi dedicati (Prever, 2018). Sebbene

oltre il 60% dei pazienti abbia completato il ciclo di istruzione secondaria superiore, la maggior parte svolge un lavoro esecutivo (operaio ecc.). Inoltre, la maggioranza del campione dichiara che la dipendenza da DGA è in essere da oltre 10 anni.

Figura 4 – Dati sociodemografici

GENERE	M	F
Trattati	13	5
Controllo	8	4
Totale	21	9
ETA'		
Media	48,04	54,55
DEV.ST	12,65	11,09
Range	23-73	37-66
IMPIEGO		
Imprenditore	1	0
Tecnico/impiegato	2	1
Operaio	11	2
Autista	2	0
Professione non qualificata	1	1
Pensionato	2	3
Casalinga	0	2
Inattivo/invalido	2	0
ISTRUZIONE		
Istr. II inferiore	4	7
Istr. II superiore e/o III	17	2

Figura 4 – Dati sociodemografici

logico dell'impulsività sembra avere grande impatto sul comportamento di gioco. Diverse ricerche confermano infatti l'esistenza di una relazione tra la difficoltà di autoregolazione nel comportamento e il gioco patologico (Casciani, 2018).

Analizzando i punteggi del test BIS-11 somministrato inizialmente si nota come il 33,2% del campione mostri un punteggio complessivo > di 70, confermando la presenza di un livello patologico di impulsività. Inoltre, la totalità del campione ha ottenuto un punteggio SOGS > 5, inserendosi perciò nel cut-off previsto per il gioco d'azzardo patologico. In merito, però, le correlazioni svolte tra il test BIS-11 e SOGS non risultano significative.

I gruppi sono stati svolti con la supervisione degli operatori di riferimento dei servizi. In struttura è stato costruito il setting degli incontri, possibilmente con una disposizione a cerchio; sulle sedute ogni partecipante ha inoltre trovato il necessario per la partecipazione: fogli bianchi, una penna ed il Canvas dello strumento. La partecipazione dei pazienti è stata regolare, solo in un caso, infatti, una persona non si è presentata tra il primo ed il secondo incontro per motivi lavorativi.

Durante gli incontri si è respirato sempre un clima di grande confronto tra i partecipanti, curiosità ed evidente messa in discussione. Inizialmente è emersa difficoltà nell'immaginazione di obiettivi in una dimensione futura, in particolare nell'ideazione dei passaggi per il raggiungimento dell'obiettivo. Inoltre, tendenza comune, era l'identificazione con la propria sfera relazionale, spesso non funzionale e con le dinamiche di gioco alienanti, eclissando dunque possibili prospettive future e la propria individualità di persona. Era invece importante che lo svolgimento dell'attività fosse centrato sulla propria persona, non rendendone la riuscita dipendente dalla presenza di altri soggetti. Le emozioni espresse dopo l'attività, quasi totalmente legate a sensazioni di fiducia, rivincita e speranza confermano le potenzialità nel lavorare sulla proiezione mentale nel futuro. A seguito dell'attività di Storytelling si è indagato sulle differenze tra il gruppo di trattamento e il gruppo di controllo, per verificare l'ipotesi della ricerca che lo strumento potesse essere valido per migliorare il pensiero futuro. I punteggi delle scale – nel gruppo di trattamento – hanno subito alcuni cambiamenti suggestivi, seppur non significativi, successivamente l'attività, in particolare si nota un incremento nel sottoscala CFC-F indicante maggiore proiezione nel futuro. I miglioramenti nel gruppo di trattamento sono inoltre più evidenti nei soggetti inseriti all'interno dei servizi residenziali rispetto agli ambulatoriali, mostrando come lo strumento appaia essere risultato quindi più efficace nei trattamenti residenziali.

Conclusioni

L'utilizzo dello Storytelling Thinking mostra possibili potenzialità e possibili benefici nel trattamento del DGA: pur non essendo emersi dati statisticamente significativi, alcune informazioni sono risultate suggestive, offrendo perciò spunti di riflessione sull'utilizzo di tecniche narrative all'interno dell'ambito delle dipendenze. Nello specifico, attività centrate sulla dimensione futura ed il ragionare sulle proprie modalità nell'assunzione di scelte, sembrano poter essere più funzionali nelle opzioni trattamentali offerte dai servizi residenziali, aprendo perciò nuovi quesiti e riflessioni in merito alla apparente grande influenza del continuo e mantenuto contatto con la realtà, spesso limitante – nei servizi ambulatoriali – nel proiettarsi in là nel tempo e nei livelli di impulsività. Lo strumento porta con sé alcuni aspetti innovativi, tra cui proprio l'orientamento a guardare al futuro, rispetto ad altre tecniche narrative – come l'approccio autobiografico – che si concentrano sul potere terapeutico della rielaborazione scritta del proprio vissuto.

L'attività ha permesso ai pazienti coinvolti nel trattamento di prendere consapevolezza di sé, parzialmente contrastando la sensazione di spersonalizzazione che li

condiziona, di sperimentare un diverso paradigma indagando la possibilità di allontanarsi dal passato per concentrarsi su ciò che è presente per trasformarlo in qualcosa di funzionale per il proprio domani.

Lo strumento può assumere grande utilità per il trattamento dei pazienti all'interno dei servizi. Le informazioni ricavate dagli incontri sembrano potenzialmente preziose per cogliere aspetti caratteristici dell'utenza dopo il processo di assessment dei servizi. Può divenire un possibile punto di partenza per raccogliere informazioni sulla direzione da prendere durante la progettualità, rendendo gli utenti realmente protagonisti di tale processo, in quanto l'attività permette un lavoro attivo nella ricerca di una direzione e di obiettivi di vita. Gli operatori, quindi, potrebbero poi strutturare specifici interventi volti ad aiutare concretamente il soggetto, individuando insieme all'utente strategie utili per raggiungere ciò che è stato ritenuto importante da approfondire.

Questo studio, il primo a esaminare gli effetti dello storytelling nel trattamento di pazienti affetti da DGA, ha contribuito a chiarire l'entità dell'effetto del trattamento. Dal punto di vista statistico - considerate le variazioni osservate nella scala CFC-14-F prima e dopo il trattamento, nonché la variabilità delle misure, va detto che per ottenere una significatività statistica superiore all'80% nel rilevare effetti significativi, è necessario ampliare la coorte ad almeno ottanta pazienti.

Dal punto di vista della qualità degli interventi di cura a favore dei pazienti affetti da DGA, questo studio implementa la metodologia narrativa da affiancare agli strumenti di cui già si dispone.

Bibliografia

Bellio, G. & Croce, M. (a cura di) (2016). Manuale sul gioco d'azzardo; Diagnosi, valutazione e trattamenti. Milano: Franco Angeli

Brunella, B. & Faillace, G. (2019). La terapia come narrazione di sé: leggere al propria storia di dipendenza con lenti diverse. *Federserd Informa*, 33: 11-14

Bruner, J. (2002). La cultura dell'educazione. Milano: Feltrinelli

Canali, S. (2018). Il racconto delle storie nella diagnosi e nella clinica delle dipendenze. *Psychiatry on line Italia*. (<http://www.psychiatryonline.it/node/7714>)

Canali, S., Altavilla, D., Acciai, A., Deriu, V., Chiera, A., Adornetti, I. & Ferretti, F. (2021). The Narrative of Persons with Gambling Problems and Substance Use: A Multidimensional Analysis of the Language of Addiction. *Journal of Gambling Issues*, 167-198. DOI: 10.4309/jgi.2021.47.7

Carli, R. & Panizza, R.M. (2003). Analisi della domanda. Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica.

Bologna: Il Mulino

Casciani, O. (2018). Fattori di sviluppo e mantenimento del DGA. In O. Casciani, & O. De Luca (A cura di), *Il trattamento Psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da Gioco d'Azzardo in una prospettiva multidisciplinare* (p. 51-75). Roma: Publiedit.

Ciccarelli, M., Cosenza, M., Griffiths, M., D'Olimpio, F. & Nigro, G. (2019). The interplay between chasing behavior, time perspective, and gambling severity: An experimental study. *Journal of Behavioral Addictions*, 7: 259-267. DOI: 10.1556/2006.8.2019.29

Cosenza, M., Ciccarelli, M. & Nigro, G. (2019). The steamy mirror of adolescent gamblers: Mentalization, impulsivity, and time horizon. *Addictive Behaviors*, 89: 156-162. DOI: 10.1016/j.addbeh.2018.10.002

Cosenza, M., Ciccarelli, M., Matarazzo, O., Griffiths, M.D. & Nigro, G. (2023). The Role of Aging, Time Perspective, and Gambling-Related Cognitions in Affective Decision-Making. *International Journal of Mental Health and Addiction*. DOI: 10.1007/s11469-023-01046-6

Croce, M. (2018a). Il lavoro clinico nel gambling. Tra approcci di senso ed approcci oggettivanti. In: Casciani, O. & De Luca O. (a cura di), *Il trattamento Psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da Gioco d'Azzardo in una prospettiva multidisciplinare*. Roma: Publiedit

Demetrio, D. (1996). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Raffaello Cortina Editore

Donati, M. A., Sottili, E., Morsanyi, K. & Primi, C. (2019). Time Perspectives and Gambling in Adolescent Boys: Differential Effects of Present? and Future?Orientation. *Journal of Gambling Studies*, 107-124. DOI: 10.1007/s10899-018-9780-0

Fossati, A., Di Ceglie, A., Acquarini, E., & Barratt, E. S. (2001). Psychometric properties of an Italian version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in nonclinical subjects. *Journal of clinical psychology*, 57 (6), 815-828. DOI:10.1002/jclp.1051

Guerreschi, C., Gander, S. (2000). Versione Italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS) di

H. R. Lesieur e S. B. Blume. In C. Guerreschi. *Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico*. (pp.137-142) San Paolo.

Herrera-Sánchez, I.M., Rueda-Mendez, S., & Medina-Anzano, S. (2019). Storytelling in addiction prevention: a basis for developing effective programs from a systematic review. *Human Affairs*, 29(1): 32-47. DOI: 10.1515/humaff-2019-0004

Joireman, J., Shaffer, M.J., Balliet, D. & Strathman, A. (2012). Promotion orientation explain why future-oriented people exercise and eat healthy: Evidence from the two-factor Consideration of Future Consequences-14 Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38:

1272-1287. DOI:10.1177/0146167212449362

Lesieur, H. & Blume, S. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 1: 1184-1188. DOI:10.1176/ajp.144.9.1184

Maurelli, C. (2019). *Video Partecipativo. Fare cinema come strumento educativo: il metodo PVCODE*. Roma: Dino Audino Editore

Mezirow, J. (2003). *Apprendimento e trasformazione*. Milano: Raffaello Cortina

Nigro, G., Cosenza, M., Ciccarelli, M. & Joireman, J. (2016). An Italian translation and validation of the consideration of future consequences-14 scale. *Personality and Individual Differences*, 101: 333-340. DOI: 10.1016/j.paid.2016.06.014

Nigro, G., D'Olimpio, F., Ciccarelli, M. & Cosenza, M. (2019). The fuzzy future: Time horizon, memory failures, and emotional distress in gambling disorder. *Addictive Behaviors*, 97, 7-13. DOI: 10.1016/j.addbeh.2019.05.012

Nigro, G., Matarazzo, O., Ciccarelli, M., Pizzini, B., Sacco, M. & Cosenza, M. (2022). Positive Illusions: The Role of Cognitive Distortions Related to Gambling and Temporal Perspective in Chasing Behavior. *Journal of Gambling Studies*, 889-904. DOI:10.1007/s10899-021-10068-5

Noël, X., Saeremans, M., Kornreich, C., Jaafari, N. & D'Argembeau, A. (2017). Future-oriented mental time travel in individuals with disordered gambling. *Consciousness and Cognition*, 49: 227-236. DOI: 10.1016/j.concog.2017.02.006

Patton, J.H., Stanford, M.S. & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6): 768-774. DOI:10.1002/1097-4679(199511)51:6<768:aid-jclp2270510607>3.0.co;2-

Prever, F. (2018). Specificità della ricerca e del trattamento nel DGA femminile. In O. Casciani, & O. De Luca (A cura di), *Il trattamento Psicologico e Psicoterapeutico del Disturbo da Gioco d'Azzardo in una prospettiva multidisciplinare* (p. 362-372). Roma: Publiedit.

Smorti, A. (2018). *Raccontare per capire*. Bologna: Il Mulino

Strathman, A., Gleicher, F., Boninger, D.S. & Edwards, C.S. (1994). The consideration of future consequences: Weighing immediate and distant outcomes of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66: 742-752. DOI:10.1037/0022-3514.66.4.742

Wilson, M. (2021). Storytelling with a social purpose, or how we are trying to change the world, one story at a time. *Transactions of the Leicester Literary and Philosophical Society*, 115: 13-16. ISSN: 0141-3511