

## 7.7

## IL TRATTAMENTO DEI GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICO: LE VARIABILI IN GIOCO

**Benaglio Annamaria,**

*Psicologa Psicoterapeuta U.O. Ser.d Bergamo, ASST PG23*

In questo mio contributo analizzo le variabili in gioco nel trattamento dei giocatori patologici che possono influenzare, in misura notevole, l'esito di un trattamento, rilevandone analogie e differenze con le altre dipendenze patologiche.

### Il trattamento

La letteratura nel campo delle dipendenze patologiche, evidenzia che l'approccio al paziente con DGA deve essere integrato e multidimensionale, deve coinvolgere non solo il paziente ma anche i familiari, in affinità con le altre dipendenze, a cui spesso si associa.

A livello scientifico, l'approccio psicologico più studiato e le cui evidenze di efficacia sono state dimostrate è quello cognitivo-comportamentale. All'interno del mio servizio di appartenenza altri approcci (psicodinamico, sistemico, ecc.), in integrazione con l'utilizzo di alcune tecniche cognitive comportamentali, caratterizzano il trattamento dei giocatori patologici da parte degli operatori psicologi del Servizio Dipendenze di Bergamo.

La domanda di cura, spesso è mediata nei giocatori patologici da altri, sia per la difficoltà del giocatore a riconoscere il gioco, come un problema, in quanto egosintonico che per la convinzione di potercela fare da solo a risolverlo. Spesso essa è innescata da elementi di criticità esterni: la fine della disponibilità di denaro o della possibilità di procurarselo, la contrazione di debiti con amici e conoscenti, con banche e finanziarie, ecc., la scoperta da parte dei famigliari di ammanchi economici, più che da una presa di consapevolezza personale del gioco come problema. Un'altra difficoltà a varcare la soglia di un servizio può essere collegata alla scarsa conoscenza dei servizi e degli strumenti da essi utilizzati per affrontare il problema. Sono frequenti le domande del paziente e dei famigliari su "in che cosa consiste l'aiuto che il servizio offre, qual è il percorso previsto, quali professionisti dovranno incontrare, per quanto tempo". Quando questi pazienti varcano la soglia dei nostri servizi, si è già attivato un processo "perturbante" gli assetti di funzionamento precedente (es. la scoperta del problema, le azioni di controllo

esercitate dai famigliari, gli interrogativi emersi, il vissuto di colpa e di vergogna, ecc.). Su questi importanti elementi di perturbazione si può innescare un processo di cambiamento che necessita, però, di essere costantemente rivalutato, accompagnato e sostenuto nel tempo.

Gli obiettivi di cambiamento vanno diversamente declinati nella fase iniziale e durante il percorso terapeutico, tenendo conto della valutazione dell'entità dei problemi, del livello di compromissione psichico e relazionale del paziente, delle risorse personali, relazionali, sociali a cui il paziente può attingere. Rispetto al paziente che incontriamo e alle ipotesi formulate intorno al problema dobbiamo porci la domanda se è possibile finalizzare, in quel momento, il trattamento all'astinenza completa dal gioco o è più utile proporre un gioco responsabile e quali altri possibili obiettivi di cambiamento sono percorribili. Nei sistemi patologici il sintomo ha una valenza fortemente omeostatica nel mantenimento dell'equilibrio psichico e relazionale del paziente.

L'impiego di prescrizioni comportamentali (controllo del denaro da parte di un familiare, evitamento di luoghi o situazioni di rischio, ecc..) sono finalizzate a proteggere il paziente dal contatto con l'esperienza di gioco. Queste protezioni, pur non avendo la pretesa di essere risolutive, possono tuttavia aiutare il paziente a contenere i propri comportamenti; le retroazioni dei pazienti e dei famigliari a queste prescrizioni comportamentali possono costituire informazioni importanti per il terapeuta da utilizzare all'interno del processo terapeutico. L'impiego di tecniche di ristrutturazione cognitiva sono orientate a modificare pensieri disfunzionali che caratterizzano e sostengono il gioco patologico, come, per es., la tendenza a sovrastimare la probabilità di vincita, l'illusione di avere di avere un controllo sulla vincita, la convinzione che una vincita debba necessariamente verificarsi dopo una sequenza di perdite, la tendenza a ricordare solo le vincite e dimenticare le esperienze negative connesse alle perdite.

L'obiettivo terapeutico primario rimane la costruzione dell'alleanza terapeutica con il paziente per sostenere e rinforzare la sua motivazione e compliance al trattamento. All'interno della relazione terapeutica il paziente, che porta vissuti di colpa e vergogna per il proprio comportamento, sente di potersi fidare, si sente accolto, ascoltato, assicurato, non giudicato, sente di aver ricevuto risposte competenti alle sue domande. Il terapeuta è vicino alla condizione esistenziale che il paziente sta vivendo in quel momento; rispettoso dei suoi tempi e della sua fatica rispetto alla ricostruzione di una diversa e più solida percezione identitaria. Il processo terapeutico deve essere co-costruito con il paziente in modo da permettergli di assumere un ruolo attivo e responsabile nella terapia; costantemente ricalibrato nei tempi (durata e frequenza delle sedute)

e nelle modalità di accesso ai contenuti e ai vissuti del paziente. Dentro la relazione terapeutica, attraverso la ricostruzione del comportamento problematico e la sua evoluzione all'interno della storia personale e relazionale dei pazienti, il contatto con dimensioni interne, terapeuta e paziente co-costruiscono il significato dei comportamenti problematici, introducono una "visione altra" dei problemi, ricercano insieme possibili alternative e modalità per affrontarli.

Come per le altre dipendenze patologiche, la relazione terapeutica, è fragile ed ambivalente, può essere soggetta a interruzioni, ricadute nel sintomo, riavvicinamenti talora faticosi da parte dei pazienti o dei loro familiari.

Ciò è legato non solo alla scarsa motivazione iniziale ma, principalmente, al fatto che qualsiasi oggetto della dipendenza è sentito dal paziente come più immediatamente disponibile, manipolabile, dominabile, controllabile di quanto possa essere la relazione terapeutica.

Il terapeuta si trova perciò a dover competere con un oggetto fortemente idealizzato e percepito come onnipotente ed infallibile rispetto alla "risoluzione" dei suoi problemi/ bisogni.

Il processo terapeutico può essere inconsapevolmente "boicottato" dai familiari che vedono nella terapia e nel cambiamento del proprio familiare una minaccia rispetto ad una omeostasi familiare patologica in cui il paziente svolge la funzione di "capro espiatorio".

Spesso la risposta ai problemi dei pazienti e dei loro familiari necessita dell'integrazione e coordinamento, con altre tipologie di presa in carico interne al servizio: sociale in risposta a problematiche sociali, (lavoro, richiesta amministratore di sostegno...); medico sanitario per valutare lo stato di salute generale, la presenza di concomitanti disturbi d'ansia o dell'umore o di comorbidità con altre tipologie di dipendenza e esterne al servizio: gruppi di auto mutuo aiuto, servizi sociali dei comuni, psichiatria, ecc.

Come per le altre dipendenze lo sguardo terapeutico sul paziente necessita di integrare e coordinare i diversi punti di vista per restituire integrità ed unità all'esperienza soggettiva di questi pazienti spesso confusi e poco integrati sul piano identitario.