

® Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Psicoterapia di gruppo cognitivo comportamentale integrata con tecniche mindfulness e di matrice dialettico-comportamentale nel trattamento del Disturbo da Gioco d’Azzardo: descrizione di un percorso modulare (programma Alea) presso il Ser.D. di Palestrina

Francesca Costantini*

RIASSUNTO

■ *Alea è un programma di psicoterapia di gruppo modulare progettato per il trattamento psicologico del Disturbo da Gioco d’Azzardo, che tiene conto dei risultati delle ultime ricerche scientifiche meta-analitiche. Basato sui principi del modello di trattamento cognitivo-comportamentale, è stato integrato con strategie e strumenti delle modalità di mindfulness e comportamentale-dialettica. Include 7 sessioni organizzate in 14 moduli di trattamento e 3 sessioni di follow-up, mirate a decondizionare e ridurre il comportamento patologico di gioco d’azzardo, migliorare le abilità di auto-regolazione emotiva e gestione del desiderio, e promuovere comportamenti alternativi adattivi che favoriscono un nuovo stile di vita.*

Nelle sessioni iniziali del programma, i pazienti sono accompagnati ad aumentare il loro livello di “consapevolezza”, sviluppare una motivazione e un “bisogno di cura” autentici, a lavorare sulle ambivalenze e le resistenze riguardo alla cessazione del comportamento patologico, e ad adottare comportamenti protettivi (chiudere il rubinetto). Nelle sessioni centrali di trattamento, i pazienti vengono addestrati ad auto-monitorare il proprio comportamento di gioco, comprenderne il “significato” e lo scopo, misurare e gestire la propria esperienza di craving e i diversi fattori scatenanti che lo attivano (o amplificano), lavorare sulle principali distorsioni cognitive presenti, riconoscere situazioni a rischio, e adottare strategie di gestione emotiva, cognitiva e comportamentale. Le sessioni finali di trattamento mirano a promuovere e potenziare le abilità sociali e le capacità di problem-solving, e a lavorare sulla prevenzione delle ricadute. Il trattamento presentato è stato proposto nel 2024 a 12 pazienti diagnosticati con Dipendenza da Gioco presso il SerD di Palestrina. Dei 12 pazienti, 10 sono rimasti astinenti dopo 1 anno. I pazienti che non hanno beneficiato del trattamento lo hanno abbandonato durante il processo terapeutico. ■

Parole chiave: Terapia cognitivo comportamentale, Gioco d’azzardo patologico, Craving patologico, Mindfulness, Psicoterapia di gruppo.

SUMMARY

Cognitive-Behavioral Group Psychotherapy integrated with mindfulness and dialectical-behavioral techniques in the treatment of Gambling Disorder: Description of a Modular Program-Alea, at the Palestrina Ser.D.

■ *Alea is a modular group psychotherapy program designed for the psychological treatment of Gambling Disorder, which takes into account the results of the latest meta-analytical scientific research. Based on the principles of the cognitive-behavioral treatment model, it has been integrated with strategies and tools from mindfulness and dialectical-behavioral frameworks. It includes 7 sessions organized into 14 treatment modules and 3 follow-up sessions, aimed at deconditioning and reducing pathological gambling behavior, improving emotional self-regulation skills and craving management, and promoting alternative adaptive behaviors that foster a new lifestyle. In the initial sessions of the program, patients are guided to increase their level of “insight,” develop genuine motivation and a “need for care,” work on ambivalences and resistances regarding the cessation of pathological behavior, and adopt protective behaviors (turning off the tap). In the central treatment sessions, patients are trained to self-monitor their gambling behavior, understand its “meaning” and purpose, measure their personal experience of craving and the different triggers that activate (or amplify) it, work on the main cognitive distortions present, recognize risk situations, and adopt emotional, cognitive, and behavioral management strategies. The final treatment sessions aim to promote and enhance social skills and problem-solving abilities, and work on relapse prevention.*

The treatment presented was proposed in the year 2024 to 12 patients diagnosed with Gambling Addiction at the SerD of Palestrina. Of the 12 patients, 10 remained abstinent after 1 year. The patients who did not benefit from the treatment abandoned it during the therapeutic process. ■

Keywords: Psychological treatment of gambling disorder, Cognitive-behavioral therapy, Dialectical-behavioral therapy, Mindfulness, Craving, Group psychotherapy.

Articolo sottomesso: 25/05/2025, accettato: 16/06/2025

* Dirigente psicologa, DSMDP ASL Roma 5, Ser.D. Palestrina.

Introduzione

Benché fonte di piacere di per sé legittimo, il gioco d'azzardo può tuttavia assumere, per alcuni soggetti vulnerabili, la connotazione di un vero disturbo psichiatrico, caratterizzato da una perdita di controllo sul comportamento di gioco che si traduce in devastanti emorragie economiche, compromissioni del funzionamento psicologico e dell'adattamento personale e sociale di chi ne è affetto, smantellamento di famiglie e perdita di fortune. Nelle vesti di "disturbo psichiatrico", che necessita di diagnosi, cura e riabilitazione, il DSM 5 (APA, 2013) lo colloca nella categoria delle cosiddette dipendenze comportamentali, all'interno della sezione "*Disturbi Correlati a Sostanze e Disturbi da Addiction*". La ricerca scientifica ha infatti rilevato come le analogie tra il gioco d'azzardo patologico e le dipendenze chimiche vadano ben al di là della fenomenologia comportamentale, interessando anche il substrato neurologico (Conversano *et al.*, 2012, Serpelloni *et al.*, 2013). Nonostante vi siano evidenze sulla possibile remissione spontanea del disturbo in circa il 35% delle persone, più frequentemente il decorso è cronico (Slutske, 2006). Sebbene l'uso di farmaci stia ricevendo costantemente attenzione nella ricerca clinica (Di Nicola *et al.*, 2020), ad oggi ancora nessuna farmacoterapia ha una indicazione formale per il Disturbo da Gioco d'Azzardo (Kraus, Etuk & Potenza, 2020); l'intervento psicologico rimane l'approccio di elezione al trattamento (Potenza *et al.*, 2019). Tra le varie forme di intervento psicologico erogate ai pazienti con GAP, le più recenti meta-analisi evidenziano come la terapia cognitivo-comportamentale abbia, rispetto ad altre forme di psicoterapia, un *effect size* (indice di efficacia) significativamente maggiore (Yakovenko *et al.*, 2015; Ginley & Rash, 2017). Una meta analisi condotta da Pfund e collaboratori nel 2023 ha indicato che la CBT ha ridotto significativamente il numero di giorni di gioco, la quantità di denaro scommesso e la gravità del Disturbo da Gioco d'Azzardo al post-trattamento rispetto ai controlli minimamente trattati (brevi consigli) ed inattivi (lista d'attesa). Nel 2023 Eriksen e collaboratori hanno condotto una revisione della letteratura scientifica ed una meta-analisi volta ad indagare l'efficacia delle diverse forme di psicoterapia nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo includendo per la prima volta nello studio solo gli RCT per massimizzare la qualità della evidenza (Eriksen *et al.*, 2023). Confermando quanto osservato in precedenti meta-analisi (Cowlshaw *et al.*, 2012; Goslar *et al.*, 2017), è emerso che la terapia cognitivo comportamentale è associata alle maggiori prove di efficacia, seguita dalla CBT combinata con l'intervista/colloquio motivazionale. La maggior parte delle persone affette da DGA, dopo aver completato i percorsi di Terapia Cognitivo Comportamentale e la verifica del follow-up, mostra: (a) una riduzione dei criteri per soddisfare la diagnosi del disturbo; (b) una diminuzione del craving; (c) una maggiore astinenza; (d) una riduzione della frequenza e dell'intensità dei comportamenti di gioco e (e) un miglioramento della qualità della vita (McIntosh *et al.*, 2017; Menchon *et al.*, 2018, Bodor *et al.*, 2021). Promettenti sembrano gli interventi cognitivo comportamentali di terza generazione che includono l'introduzione nei protocolli CBT manualizzati di elementi e tecniche di mindfulness, quali la Mindfulness-Enhanced Cognitive Behavior Therapy (Toneatto *et al.*, 2014) e/o di strategie dell'ap-

proccio Dialettico Comportamentale (Linehan, 2014) orientati a promuovere migliorare l'autocontrollo e l'autoregolazione emotiva (Jiménez *et al.*, 2015). Scopo del presente lavoro è quello di presentare un percorso di psicoterapia di gruppo innovativo nel trattamento del Disturbo perché integra strumenti e tecniche sia di matrice cognitivo comportamentale che di natura dialettico comportamentale nella gestione del *craving*, fattore centrale nel mantenimento della dipendenza patologica.

Il Disturbo da Gioco D'Azzardo nel modello Cognitivo-Comportamentale

Gli autori di matrice cognitivo comportamentale definiscono il gioco d'azzardo come un comportamento maladattivo appreso mediante i meccanismi di condizionamento classico ed operante. Il condizionamento operante ha spesso un valore iniziatico nella storia del giocatore d'azzardo. Di solito è presente una grossa vincita (big win) che innesca il nuovo repertorio comportamentale. Il condizionamento è insito nella azione stessa del gioco ed è dovuto al fatto che si stabilisce un nesso di tipo associativo tra il "puntare" (stimolo neutro) e la vincita (rinforzo positivo) costituendo così uno schema comportamentale. Vi sono poi altri stimoli situazionali ed ambientali che mantengono il comportamento di gioco funzionando come premi e rinforzi; è il caso dei rinforzi di tipo sociale che si possono ottenere frequentando sempre la stessa sala giochi o la sensazione di apparente benessere provato da persone che giocando ricevono un rinforzo negativo emotivo potente di sollievo da preoccupazioni e stati d'animo negativi che spesso rappresentano l'innescio del comportamento di gioco (Battersby *et al.*, 2008; Sharpe & Terrier, 1993). Dalla fase iniziatica si passa al consolidamento del comportamento acquisito attraverso il rinforzo intermittente, ovvero l'esperienza della vincita saltuaria. Il rinforzo intermittente risulta essere il più potente nel consolidare il comportamento appreso. Skinner (1948) aveva sottolineato come gli uomini, di fronte a questo modello di rinforzo intermittente, possono interagire sviluppando comportamenti superstiziosi e idee irrazionali che acquistano un valore rinforzante e che, a lungo andare mantengono il comportamento anche in assenza di rinforzi diretti. Se la teoria comportamentale ha delineato i meccanismi responsabili dell'insorgenza e del mantenimento del comportamento disfunzionale di gioco, quella cognitiva ha illustrato come alcune distorsioni cognitive, presenti nella mente del giocatore contribuiscano a mantenere attivo il comportamento di gioco. Tali credenze sono difficili da individuare e, almeno all'inizio, impossibili da fronteggiare poiché il soggetto non ne è direttamente consapevole, configurandosi le stesse come degli automatismi cognitivi. Le distorsioni cognitive legate al gioco d'azzardo possono essere concettualizzate come convinzioni errate, apprese, che facilitano il coinvolgimento ripetuto nel gioco nonostante le perdite (Raylu & Oei, 2004). In quanto tali, esse hanno un ruolo cruciale nello sviluppo e nel mantenimento di comportamenti di gioco problematici (Ladocuer, 1996; Raylu *et al.*, 2016). In letteratura sono presenti differenti classificazioni delle distorsioni cognitive legate al gioco d'azzardo. Ad esempio, Toneatto *et al.* (1997) ne hanno proposto tre tipologie: *l'illusione di controllo*, che implica la convinzione di poter controllare i risultati attraverso la messa in atto di rituali o il possesso di oggetti fortunati; il controllo predittivo, ovvero la credenza di poter prevedere gli esiti del gioco sulla base di modelli precedenti; *i pregiudizi interpretativi*, che deter-

minano una riformulazione delle proprie esperienze, che causa un ricordo selettivo delle vittorie, a discapito delle perdite, che vengono dunque dimenticate. Nel 2004, Raylu e Oei hanno proposto due ulteriori distorsioni: le aspettative legate al gioco, che implicano la convinzione che il gioco determinerà una sensazione di benessere, e l'incapacità di smettere di giocare, che si riferisce all'impotenza di poter controllare e/o modificare il proprio comportamento problematico. Le distorsioni appena descritte sono state formalizzate in uno strumento di autovalutazione e costituiscono le sotto-scale della *Gambling Related Cognition Scale* (GRCS; Raylu & Oei, 2004; validazione italiana Ilceto *et al.*, 2014, 2015). Le distorsioni cognitive implicate nel gioco d'azzardo sembrano essere correlate alla gravità del comportamento; difatti, all'aumentare di quest'ultimo, aumenta l'intensità delle distorsioni legate al gioco (Romo *et al.*, 2016). Tutti i protocolli di terapia cognitivo comportamentale (Ladouceur *et al.*, 2002; Petry, 2005; Raylu & Oei, 2010) considerano quali elementi necessari nel trattamento del disturbo la psicoeducazione, l'analisi funzionale del comportamento di gioco, la modifica delle distorsioni cognitive, il fronteggiamento del craving, lo sviluppo di nuove abilità di coping e di soluzione di problemi, l'acquisizione di abilità sociali e l'apprendimento di tecniche di prevenzione delle ricadute. I vantaggi dell'utilizzo della TCC si riferiscono al fatto che si tratta di una terapia ben strutturata, che viene effettuata per un periodo di tempo limitato, richiede costi limitati e produce benefici a lungo termine con percentuali di successo, come evidenziato dalla letteratura scientifica, molto più alte rispetto ad altre forme di psicoterapia.

Trattare il Disturbo da Gioco d'Azzardo con la Mindfulness

Mindfulness significa portare attenzione al momento presente in modo curioso e non giudicante (Kabat-Zinn, 1994). Kabat-Zinn (1985, 1990) è stato il pioniere dell'implementazione della mindfulness nella medicina occidentale attraverso lo sviluppo del suo programma di riduzione dello stress basato sulla mindfulness, Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), orientato ad aiutare pazienti affetti da dolore cronico e una varietà di altri problemi medici (infezione da HIV, problemi cardiaci, ecc.). L'obiettivo dell'approccio MBSR è che i clienti diventino consapevoli e accettino, senza giudizio, la loro esperienza del momento presente e imparino a vedere i pensieri negativi e le emozioni dolorose come eventi mentali passeggeri. Tale pratica permette ai pazienti di fare un passo indietro, di stoppare le loro risposte automatiche, interrompendo il pensiero ruminativo ed evitando che stati mentali ed emotivi negativi diventino stabili quando si presentano. Marlatt (1985) è stato uno dei primi ricercatori nel campo delle dipendenze a riconoscere il potenziale dell'uso della meditazione come strategia di coping per gli individui con dipendenza da alcol che erano a rischio di ricaduta. Essa viene pensata come un'abilità di coping affettivo poiché aiuta i pazienti a mantenere la distanza dalle loro cognizioni ed emozioni, tramite due processi chiamati decentramento (Hofmann, 2012) e distanziamento (Hayes, 2012). I pazienti imparano a vivere nel qui ed ora e che le loro cognizioni ed emozioni sono solo eventi mentali, piuttosto che fatti. I pazienti apprendono anche che ciascun momento è unico e che l'angoscia emotiva provata in un dato momento non implica necessariamente angoscia emotiva in momenti successivi. Uno degli effetti più significativi della pratica rego-

lare della meditazione è lo sviluppo della consapevolezza, la capacità di osservare il processo continuo dell'esperienza senza allo stesso tempo identificarsi con il contenuto di ogni pensiero, sentimento o immagine. La consapevolezza è un'abilità cognitiva particolarmente efficace per la pratica della prevenzione delle ricadute. Se i clienti possono acquisire questa capacità attraverso la pratica regolare della meditazione, possono essere in grado di 'distaccarsi' dal craving e dalle emozioni intense e i pensieri disfunzionali che spesso lo attivano. Bowen (Bowen e coll., 2009a) ha introdotto la Mindfulness nel trattamento delle dipendenze, realizzando un programma di prevenzione della ricaduta denominato MBRP-Mindfulness Based Relapse Prevention. Obiettivo del trattamento è modificare il rapporto che l'individuo ha con se stesso, osservandosi senza giudicarsi, riconoscendo i propri processi cognitivi-affettivi che lo inducono a comportarsi in maniera disfunzionale aiutandolo a sviluppare la capacità di mentalizzare i propri stati affettivi, senza regolarli attraverso l'uso di sostanze. L'atteggiamento non giudicante facilita anche la riduzione dei sentimenti di colpa e di fallimento durante il periodo della ricaduta. Bowen e collaboratori (Bowen, Chawla & Marlatt, 2010) hanno notato che, adoperando la mindfulness con i pazienti che usano il gioco come modulatore delle emozioni e come strategia disfunzionale di adattamento alla realtà, diminuiva nei giocatori la "ruminazione mentale" associata al gioco e il potere dei triggers di attivare la messa in atto del comportamento di gioco. Toneatto (2007) sostiene che, per il giocatore, imparare a relazionarsi in modo diverso, più consapevole e meno respingente, con i propri pensieri sul gioco d'azzardo può essere altrettanto importante, se non più importante, che sfidare il contenuto specifico dei pensieri. Bowen *et al.* (2011) utilizza un'analogia di "urge surfing" per aiutare i clienti a far fronte all'intensità del craving. Cavalcare l'onda del craving (ad esempio, l'impulso di giocare d'azzardo) è come cavalcare una tavola da surf senza essere sommersi dall'intensità dell'onda. L'idea è che attraverso questo esercizio di meditazione, i pazienti diventano consapevoli delle sensazioni corporee, i pensieri e le emozioni coinvolti nel craving senza esserne governati. L'effetto atteso è quello di ridurre la durata, l'intensità e l'importanza del desiderio di giocare d'azzardo. Ad oggi non ci sono studi clinici controllati randomizzati sulla efficacia dell'utilizzo della sola Mindfulness nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (Dowling & Allen, 2012). In uno studio della psichiatra canadese Diane McIntosh e colleghi (2017), sono stati messi a confronto l'efficacia della CBT attraverso la formulazione e la condivisione del caso, i protocolli classici e la MBCT per trattare il GAP. Tutti e tre gli interventi hanno ottenuto miglioramenti significativi a tre e sei mesi di follow-up. La Mindfulness è stata più efficace dei classici protocolli CBT nel ridurre la gravità del Disturbo da Gioco d'Azzardo, l'impulso a giocare e i sintomi psichiatrici alla fine del trattamento. Al follow-up di 3 mesi i risultati sono stati mantenuti. Gli autori hanno concluso che un breve intervento integrato di Mindfulness, psicoeducazione e CBT, possono essere un utile complemento rispetto ai soli protocolli CBT, favorendo la riduzione della ruminazione e la soppressione del pensiero disfunzionale automatico. Gli elementi della Mindfulness da utilizzare nel trattamento sono i seguenti: la pratica di consapevolezza sul momento presente, la tecnica dell'urge surfing (Harris, 2017), l'accettazione ed il lasciar andare, l'osservazione non giudicante, la respirazione consapevole e l'immagine guidata, che incoraggia le persone a visualizzare scene pacifiche

o risultati positivi non correlati al gioco d'azzardo, che possono alleviare lo stress e ridurre le voglie. Questa tecnica offre anche l'opportunità di sostituire i pensieri relativi al gioco d'azzardo con immagini più costruttive.

La DBT nel trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo

Sviluppata dalla psicologa Marsha Linehan e dai suoi colleghi negli anni '80, la Terapia Dialettico Comportamentale, in gran parte basata sulla terapia cognitivo-comportamentale (CBT), è stata utilizzata per trattare prioritariamente soggetti con ideazione suicidaria cronica (Linehan, 1987, 1993a, 1993b). Successivamente, la DBT è stata adattata per l'uso con individui con disturbo da uso di sostanze gravi e disturbo borderline di personalità (Linehan *et al.*, 1999, 2002), una delle doppie diagnosi più comuni nell'abuso di sostanze e nella pratica clinica della salute mentale. Scopo della terapia DBT è aiutare i pazienti sofferenti a costruire una vita "degnata di essere vissuta" (Linehan, 2021). La DBT incorpora tecniche cognitivo-comportamentali standard per la regolazione delle emozioni con concetti influenzati dalla pratica meditativa buddista, come la consapevolezza e l'accettazione. La principale differenza tra CBT e DBT è che mentre la prima, attraverso un approccio strutturato, si concentra principalmente sul cambiamento di pensieri, convinzioni e comportamenti disfunzionali e sullo sviluppo di modi di pensare più equilibrati e costruttivi, la DBT include una forte enfasi sulla validazione del paziente e della sua sofferenza e sugli aspetti emotivi e sociali, con particolare attenzione alla gestione delle emozioni e al miglioramento delle relazioni interpersonali. La DBT integra la mindfulness come componente fondamentale, che aiuta gli individui a diventare più consapevoli e presenti nel momento, aumentando così il loro controllo sulle loro azioni. La parola *dialettica* si riferisce alla sintesi di due opposti. Il principio fondamentale della DBT è quello di creare una dinamica che promuova due obiettivi opposti per i pazienti: il cambiamento e l'accettazione. Attraverso esercizi specifici, la terapia DBT si concentra sulla promozione di quattro abilità chiave: consapevolezza, autoregolazione emotiva, tolleranza della sofferenza, efficacia interpersonale. Ad oggi, i risultati di alcuni studi randomizzati controllati (RCT) supportano l'efficacia della DBT nel ridurre una serie di problemi comportamentali, tra cui tentativi di suicidio e comportamenti autolesionistici (Koons *et al.*, 2001; Linehan *et al.*, 1991, 2006; Linehan, Heard & Armstrong, 1993; van den Bosch *et al.*, 2005; Verheul *et al.*, 2003), l'abuso di sostanze (Linehan *et al.*, 1999, 2002), la bulimia (Safer, Telch & Agras, 2001), le abbuffate (Telch, Agras & Linehan, 2001) e la depressione negli anziani (Lynch *et al.*, 2003). Cristensen e collaboratori (2013) hanno condotto il primo studio volto a valutare l'efficacia di un trattamento breve di terapia Dialettico Comportamentale erogato a 14 giocatori d'azzardo problematici, resistenti al trattamento, con un focus sulla misurazione del cambiamento nelle 4 abilità chiave della DBT. Sebbene non vi siano stati miglioramenti significativi nella misurazione del comportamento di gioco, l'83% dei partecipanti è rimasto in astensione e/o ha ridotto la spesa per il gioco d'azzardo dopo il trattamento. I partecipanti hanno inoltre riportato miglioramenti statisticamente e clinicamente significativi nelle dimensioni del disagio psicologico, consapevolezza, e tolleranza dell'angoscia.

Il trattamento di psicoterapia di gruppo effettuato presso il Ser.D. di Palestrina

Il Ser.D. di Palestrina ha progressivamente registrato, a partire dall'anno 2018, un sensibile incremento di richieste di trattamento da parte di persone con problemi di gioco d'azzardo patologico. Il percorso di cura proposto, dopo la necessaria fase di accesso e valutazione multidisciplinare, è composto da interventi di counseling di tipo supportivo e motivazionale, interventi di psicoeducazione, interventi di psicoterapia individuale e/o di gruppo, interventi di reinserimento sociale ed eventuale terapia farmacologica. Per la valutazione di presenza e gravità del Disturbo da Gioco d'Azzardo, oltre ai colloqui clinici, si fa riferimento ai criteri diagnostici del DSM 5 (APA, 2013) e a specifici strumenti diagnostici, riportati nella tabella seguente.

Tab. 1 - Strumenti per l'assessment del GAP negli ambulatori del Ser.D. della Asl Roma 5

Strumento	Finalità
pG – CGI <i>Pathological Gambling – Clinical Impression Scale</i> (Hollander, 1998; Capitanucci, 2004)	Griglia di valutazione della gravità del disturbo e il miglioramento nel corso del trattamento; compilata dall'operatore. Una parte del test permette anche di valutare l'impressione del paziente che si esprime sul suo vissuto.
ABQ <i>Addictive Behavior Questionnaire</i> (Caretti <i>et al.</i> , 2016)	Questionario self report a 146 item. Consente la formulazione di un Disturbo additivo secondo le indicazioni fornite dal DSM 5. Consente di valutare la gravità del craving e la presenza e gravità di diverse condizioni psicologiche indicate dalla letteratura come fattori di rischio per lo sviluppo ed il mantenimento di un comportamento additivo.
GRCS <i>Gambling Related Cognition Scale</i> (Raylu & Oei, 2004; Ilceto <i>et al.</i> , 2014)	È un questionario autosomministrato composto da 23 item disposti su una scala Likert a 7 punti (da completamente in disaccordo a completamente in accordo). Misura 5 dimensioni: aspettative dal gioco, illusione di controllo della sorte, controllo predittivo dell'esito, incapacità a smettere di giocare, distorsioni interpretative.
<i>Gambling Follow up Scale</i> (De Castro <i>et al.</i> , 2005; Bellio & Fiorin, 2015)	Questionario specificatamente sviluppato per misurare l'impatto del trattamento secondo un'ottica dimensionale. Somministrabile come self report o intervista semi strutturata. Ha 5 item e copre una finestra temporale di 4 settimane.
SCL 90 R <i>Symptom Checklist – 90 - Revised</i> (De Rogatis, 1994; Sarno <i>et al.</i> , 2011)	Questionario autosomministrato a 90 item. Valuta un ampio spettro di problemi e di sintomi psicopatologici misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, ansia, somatizzazione) tanto quelli esternalizzanti (aggressività, impulsività, ostilità).

Gli stessi strumenti diagnostici vengono somministrati ai pazienti alla fine del percorso psicoterapeutico.

Il gruppo

La psicoterapia di gruppo è da tempo considerata il trattamento di elezione delle diverse forme di dipendenza patologica (Cooper, 1987; Flores, 1988). Yalom (1995) ha individuato una serie di fattori terapeutici trasversali, comuni alle diverse forme di psicoterapia di gruppo, che rendono il gruppo stesso curativo; i seguenti: infusione di speranza, universalità (percezione di poter condividere tutti i sintomi), informazione, altruismo, comportamento imitativo, sviluppo di tecniche di socializzazione. Il gruppo favorisce la normalizzazione del disturbo, l'apprendimento per imitazione, riduce lo stigma ed amplia le strategie di problem solving. Rispetto alla psicoterapia individuale il gruppo costituisce una vera forma di supporto sociale; aiuta ad alleviare il senso di isolamento, il disagio e l'ansia presenti nel giocatore. Esso facilita, inoltre, la ristrutturazione cognitiva poiché potendo ascoltare le convinzioni erronee presenti negli altri giocatori il paziente può riconoscerle come operanti anche in se stesso e può più facilmente metterle in discussione. Le caratteristiche peculiari di una psicoterapia di gruppo ad orientamento cognitivo-comportamentale sono le seguenti: lavora sul qui ed ora (in termini di funzionamento del paziente), è orientata al problema, si concentra su problemi specifici ed identifica obiettivi concreti, lavora sul rapporto tra pensieri, emozioni e comportamenti, è più breve rispetto ad altre forme di psicoterapia di gruppo.

Il percorso proposto; materiali e metodi

Il percorso di psicoterapia di gruppo proposto si basa, in quanto a contenuti, sulle sessioni dei modelli trattamentali di Ladouceur (2002), Petry (2005), Ralyou (2010) e Blaszczynski (2010) integrati da strumenti di matrice mindfulness e strategie della terapia dialettico comportamentale (Linehan, 2014). Il programma proposto si articola in incontri bisettimanali di un'ora e trenta ciascuno e si divide in 7 moduli più di 3 sessioni di follow-up; dopo 1 mese, 3 mesi e 6 mesi dal completamento. Ogni modulo può essere svolto in due (o più) sessioni. Gli obiettivi principali del programma di trattamento sono i seguenti:

- decondizionare le situazioni che inducono il comportamento del gioco d'azzardo;
- addestrare il paziente ad acquisire ed utilizzare strategie per ridurre o estinguere il comportamento di gioco;
- modificare pensieri, credenze, convinzioni e atteggiamenti verso il gioco d'azzardo;
- promuovere alternative comportamentali che generano un nuovo stile di vita.

Modulo 1. La passione per il gioco

Nel corso delle prime sessioni lo psicoterapeuta che conduce gli incontri di gruppo presenta il percorso di psicoterapia e le sue finalità ed esplicita le regole di partecipazione alle sedute di gruppo. Ai partecipanti viene chiesto di fornire una presentazione di sé e delle personali motivazioni legate alla decisione di partecipare agli incontri. Attraverso la psicoeducazione vengono fornite ai pazienti tutte le informazioni utili che possono aiutarli a conoscere meglio il loro disturbo. Tra i tanti obiettivi, il primo da acquisire è il concetto di *disturbo*, alternativo a quello di *vizio* anche al fine di ridurre il senso di colpa che i giocatori patologici hanno verso se stessi e i propri familiari. I familiari

stessi, quando comprendono che il paziente è affetto da un disturbo anziché dedicarsi ad un vizio, adottano nei suoi confronti un atteggiamento meno giudicante, con iniziale riduzione del clima di emotività espressa in famiglia. La psicoeducazione offre al giocatore una ricca quantità di informazioni sul concetto di azzardo, sulla regola che il banco vince sempre, e sui "trucchi" utilizzati dai gestori dei dispositivi di gioco per avvicinare quante più persone possibili. Vengono poi esplorati e messi a fuoco gli elementi personali che hanno dato il via al gioco d'azzardo e al suo mantenimento. Con l'esercizio *La Passione per il Gioco* (Ladouceur, 2000; Capitanucci & Carlevaro, 2004) viene chiesto di pazienti di annerire l'interno di un cerchio vuoto per rappresentare lo spazio che il gioco d'azzardo occupa nelle loro vite e le conseguenze che ha determinato. Un esercizio simile a quello sopra menzionato è quello in cui si chiede al giocatore di compilare una scheda volta ad indagare in che modo il comportamento di gioco ha influenzato (positivamente o negativamente) la sua salute fisica, emotiva, economica, la vita familiare e sociale. Nella fase iniziale del percorso di cura è centrale persuadere i pazienti a riconoscere l'esistenza del problema attraverso la compilazione di schede che indagano quale sia *"La motivazione a smettere di giocare"* (Ladouceur, 2000; Capitanucci & Carlevaro, 2004). Con la tecnica della *Bilancio Decisionale* (Ladouceur & Lachance, 2007; Fiorin & Gaddi, 2013) viene chiesto ai giocatori di effettuare una valutazione comparativa dei pro e dei contro del cambiamento desiderato. Quando i giocatori hanno riconosciuto di avere un problema con il gioco e accettano le condizioni del trattamento proposto viene stabilito un contratto comportamentale, attraverso la scheda *"Recovery Plan"* (Houmanfar et al., 2003) tra paziente, terapeuta e co-terapeuta. Questo mini-contratto specifica gli obiettivi del trattamento e gli impegni concordati dalle parti. Al fine di contrastare l'emorragia economica in corso, sin dal primo incontro di gruppo bisogna lavorare con i pazienti sulla adozione di comportamenti protettivi. I debiti contratti tramite il gioco d'azzardo e la mancanza di disponibilità economica sono un'altra fonte di disagio e spesso causano ricadute (Mathew & Volberg, 2013), quindi sarà necessario intervenire per aiutare i pazienti a risolvere i problemi economici. Ciò può essere realizzato attraverso tecniche comportamentali di controllo dello stimolo; tali tecniche mirano a modificare le condizioni ambientali che inducono o facilitano il gioco d'azzardo con l'obiettivo di impedire al paziente di giocare d'azzardo (Echeburúa et al., 1996). Le tecniche più rilevanti sono le seguenti:

- evitare di avere denaro contante; una persona di fiducia deve gestire il denaro del paziente e dargli solo ciò di cui ha bisogno. Il paziente deve giustificare qualsiasi spesa tramite ricevute;
- annullare le carte di credito e/o debito e qualsiasi altro strumento per ottenere denaro elettronicamente (conti Pay Pal, Poste Pay, ecc.);
- auto escludersi dai siti web di gioco d'azzardo, che sono spesso inclusi nei protocolli di gioco responsabile delle società di gioco d'azzardo e sono anche forniti dal Governo;
- non entrare nei luoghi dove sono presenti dispositivi legati al gioco d'azzardo; non entrare nei siti web di gioco d'azzardo e formattare il computer per eliminare i cookie delle società di gioco d'azzardo;
- stabilire un piano di pagamento per saldare i debiti contratti anche con i parenti più stretti come i genitori. Nel caso di debiti verso creditori o entità finanziarie, potrebbe essere necessario indirizzare i pazienti ad una consulenza legale.

Può essere utile compilare un modello di *Patto di Autotutela*, adattato alle esigenze di ogni giocatore, che raccoglie tutte le

possibili limitazioni concordate con il giocatore (Fiorin & Gaddi, 2015). L'evitamento di situazioni stimolo e ad alto rischio e le altre misure concordate sono contemplate solo nella fase iniziale e mirano ad ostacolare l'insorgere di comportamenti di gioco d'azzardo ormai diventati una abitudine. A poco a poco queste misure saranno ridotte se il giocatore affronterà gli stimoli attivanti il gioco con le strategie di controllo apprese.

Modulo 2. Il mio gioco

Obiettivo di questo modulo, da realizzarsi in due o più sessioni, è attivare nei giocatori le capacità di auto-monitoraggio ed auto-osservazione del loro comportamento di gioco e delle situazioni di rischio, definire la percezione che il giocatore ha della propria efficacia nella gestione delle situazioni di rischio e il senso di controllo sui comportamenti di gioco, e iniziare la formazione sulle strategie di fronteggiamento. Un ruolo centrale per la terapia comportamentale del gioco d'azzardo è occupato dall'*Analisi Funzionale del Comportamento*, una metodica di tipo osservativo capace di individuare gli antecedenti (luoghi, persone, pensieri, emozioni), i conseguenti e la possibile funzione o scopo del comportamento (Skinner, 1953); è uno strumento molto potente ed efficace perché permette ai giocatori di dividere e scomporre il comportamento di gioco e/o la ricaduta nelle singole fasi che lo hanno determinato. Solitamente, è sufficiente chiedere al giocatore di analizzare l'ultima giocata e sulla scorta del racconto si possono ricavare innumerevoli informazioni e rendere consapevoli i pazienti del circolo vizioso del comportamento di gioco. Ci sono situazioni in seguito alle quali o all'interno delle quali è molto difficile per un giocatore non emettere il comportamento di gioco; queste situazioni vengono chiamate nella letteratura internazionale (dizionario APA, 2019), *triggers*, cioè "innesco" o "grilletto". Si tratta di stimoli interni (emozioni, pensieri) e/o esterni (luoghi, persone etc.) capaci di attivare la catena di comportamenti che conducono a giocare (Asensio et al., 2020). Ai giocatori viene richiesto inoltre di compilare un diario delle situazioni e dei fattori di rischio, con la scheda *Scopri Cosa Attiva e Disattiva il tuo Gioco d'Azzardo* (Petry, 2005; Fiorin & Gaddi, 2015), così da avere un quadro di tutti gli stimoli (interni o esterni) che attivano il comportamento di gioco e conseguentemente a trovare alternative possibili. Uno dei modi per ridurre il comportamento di gioco è rafforzare i comportamenti alternativi (Wallace & Robles, 2003).

Modulo 3. Craving, strumenti di gestione

Obiettivo di questo modulo è dare ai giocatori informazioni e strumenti di gestione del craving. Come nei Disturbi da Uso di Sostanze il Disturbo da Gioco d'Azzardo è caratterizzato dal craving, inteso come urgenza e/o brama e/o desiderio incontrollabile ed irrefrenabile di giocare (APA, 2019). Secondo alcuni studiosi, il craving gioca un ruolo predittivo in relazione alla gravità del gioco d'azzardo (Ciccarelli et al., 2019; Hawker et al., 2021; Quintero et al., 2020). Inoltre, il desiderio sembra essere correlato agli aspetti cognitivi alla base del gioco d'azzardo. In particolare, il forte e urgente desiderio di giocare d'azzardo è associato a maggiori distorsioni cognitive legate al gioco d'azzardo e a percezioni positive del gioco d'azzardo (Ashrafioun & Rosenberg, 2012). Questa relazione è particolarmente importante in quanto le distorsioni cognitive svolgono un ruolo centrale nel meccanismo che spiega il comportamento di gioco e il gioco d'azzardo problematico (Cornil et al., 2018). Il

craving è una sensazione molto sgradevole e difficile da affrontare e costituisce il fattore centrale del mantenimento della dipendenza. L'impulso verso il gioco può essere attivato da situazioni ambientali, sensazioni fisiche, emozioni e sentimenti. A livello esperienziale si manifesta sul piano somatico, cognitivo ed emotivo. È importante ricordare ai giocatori che il craving non è perenne ma ha una durata limitata; di solito ha un inizio graduale, un picco di intensità ed una diminuzione graduale sino alla scomparsa come un'onda. Il protrarsi del fenomeno si verifica soprattutto se viene alimentato da pensieri e fantasie del giocatore inerenti il gioco stesso (Månsson et al., 2022). Un importante strumento di auto-osservazione e di monitoraggio è il *Diario dei Craving* (Fiorin & Gaddi, 2015), che permette al giocatore di registrare pensieri, sensazioni, emozioni e l'intensità del craving su una scala da 0 (assenza di craving) a 10 (craving non controllabile) e gli elementi conseguenti. Il diario del craving va compilato ogni volta che il giocatore sente il desiderio di giocare; assegnare un voto alla intensità della esperienza è una informazione molto utile per imparare a gestire l'impulso. Il *Calendario del craving* (Fiorin & Gaddi, 2015) aiuta il giocatore a registrare i giorni in cui ha avvertito craving e il livello più intenso che ha sperimentato, su una scala da 0 (assenza di craving) a 10 (craving incontrollabile). Il giocatore può in tal modo osservare che, con il prolungarsi della astensione, il craving diminuisce in intensità, durata e frequenza. Dopo aver analizzato l'esperienza del craving occorre sviluppare e far adottare ai pazienti adeguate tecniche di fronteggiamento. Tra le strategie di gestione craving, la letteratura scientifica recente (Matheson et al., 2019), indica le seguenti:

- evitamento comportamentale delle situazioni attivanti; si stila con i giocatori una lista di comportamenti positivi alternativi al gioco, in caso di craving.
- *Tecnica dell'Urge Surfing* (Marlatt & Gordon, 1985): tale tecnica, di stampo mindfulness, paragona il desiderio di giocare a un'onda molto alta e potente che con il tempo però si riduce fino a scomparire. L'individuo è incoraggiato a "immaginare gli impulsi come onde" e immaginare di cavalcarli come fluiscono e rifluiscono naturalmente, piuttosto che combattere l'impulso o cedere ad esso, usando il respiro come una tavola da surf per cavalcare l'onda.

Nella terapia dialettico comportamentale, quando la situazione emotiva è "fuori controllo", possono essere utilizzate le "Abilità di Tolleranza dello Stress", quali la tecnica dello *STOP*, *L'Analisi dei Pro e dei Contro*", le abilità *TIPPS*, la *Distrazione* e le *Attività Auto-Calmanti* (Linehan, 1993, 2014). Queste stesse abilità, nel paziente con Disturbo da Gioco d'Azzardo, consentono, attraverso la promozione di effetti psicofisiologici ottenuti rapidamente, di moderare e ridurre l'attivazione fisica, fisiologica ed emotiva che sperimenta durante il craving, e di farlo nell'arco temporale di pochi minuti, rendendo il disagio più tollerabile e la mente lucida per poter ricominciare a pensare padroneggiando meglio le strategie di reazione. Può essere utile, per i giocatori, ed anzi è raccomandato scrivere le strategie di fronteggiamento comportamentali su un foglio da portare sempre con sé. Tra le tecniche di fronteggiamento del craving di tipo cognitivo vi è la *Ristrutturazione dei pensieri disfunzionali* associati al craving, che bloccano e mantengono il giocatore ancorato alla sua dipendenza.

Modulo 4. Giochi, illusioni ed inganni della mente

Obiettivo di questo modulo è far conoscere ai giocatori d'azzardo cosa sono e come agiscono le distorsioni cognitive, quali

sono presenti nella loro mente e gli strumenti atti a modificarle. La conoscenza e l'analisi delle distorsioni cognitive del giocatore patologico assumono un ruolo di fondamentale importanza in quanto esse rappresentano la base cognitiva su cui il giocatore struttura e mantiene il suo comportamento patologico.

L'analisi dei racconti e dei dialoghi dei giocatori è, di per sé, uno strumento prezioso per il conduttore dei gruppi. Un ulteriore strumento utile per far emergere le distorsioni cognitive presenti nei giocatori è la *Gambling Related Cognition Scale* (Raylu & Oei, 2004; Illceto & Fino, 2014; Illceto et al., 2015). Si tratta di un questionario self-report che misura 5 variabili: aspettative dal gioco, illusione di controllo della sorte, controllo predittivo dell'esito, incapacità a smettere di giocare, distorsioni interpretative. Quando il giocatore arriva a riconoscere le proprie distorsioni cognitive e le conseguenze che hanno sulle proprie decisioni si può iniziare il lavoro di ristrutturazione cognitiva che è il nucleo centrale del processo terapeutico. In questo modulo possono essere ulteriormente approfonditi con i giocatori i concetti di *caso* e *probabilità* e può essere fornito loro materiale psicoeducativo inerente le reali probabilità di vincita associate ai diversi dispositivi di gioco, reperibile on line presso l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. Pochi sanno ad esempio che la reale probabilità di indovinare una sestina al Super Enalotto è pari, 0,000000016, una misura molto vicina all'impossibile che è pari a 0.

Modulo 5. Riorganizzare il tempo

Il tempo è una variabile importante; è uno dei livelli di gravità del disturbo e, durante il trattamento, è un fattore utile a monitorare e comprendere l'esposizione al condizionamento. È opportuno informare i giocatori che attivando la sospensione del gioco andranno incontro ad alcuni importanti fenomeni quali: un risparmio di denaro, un recupero di tempo, un recupero di energie. Il tempo tuttavia, se non adeguatamente strutturato, così come la solitudine possono rappresentare, almeno nel primo periodo, un fattore di rischio per la ricaduta, soprattutto nei casi di ricomparsa di episodi di craving che può contribuire a sollecitare (Jackson et al., 2023). Strutturare le proprie giornate con nuove attività, alternative al gioco, si pone come potente rinforzo positivo e alternativo al gioco. Occorre verificare come i pazienti gestiscono le loro giornate partendo da una *Scheda settimanale delle attività* (Bellio et al., 2011). Occorre altresì indagare quali erano gli interessi e le passioni che i pazienti avevano prima del gioco e/o svilupparne di nuovi. Per i pazienti che hanno difficoltà si può proporre loro una lista di attività piacevoli da sperimentare.

Modulo 6. Essere efficaci: sviluppo di abilità relazionali e di problem solving

Il giocatore patologico spesso giunge, ancor prima di chiedere il trattamento, ad una situazione di isolamento sociale e talvolta familiare che si è determinato a causa o come conseguenza del manifestarsi del disturbo, con una atrofizzazione di alcune delle più essenziali funzioni sociali. Spesso molti pazienti per vissuti di colpa e/o di vergogna tendono ad isolarsi perdendo in tal modo anche relazioni significative che possono attenuare stati d'animo negativi. In altri casi la mancanza di abilità sociali, la presenza di stili di comunicazione disfunzionali (passivo vs aggressivo) e scarse abilità di coping, in occasione di conflitti o

di eventi avversi, agiscono come triggers della condotta di gioco. Queste sessioni sono rivolte a fornire ai pazienti una serie di abilità per diventare più efficaci sia nelle loro relazioni interpersonali, a cominciare da quelle esistenti, sia nella capacità di risolvere problemi e difficoltà della vita quotidiana che possono presentarsi al di là del gioco o che in passato, il gioco, nella loro mente, risolveva. A tale scopo si possono usare le strategie e tecniche dello skills training di gruppo della terapia dialettico comportamentale, in particolare del modulo di apprendimento delle *Abilità di efficacia nelle relazioni interpersonali*, quali le tecniche *Dear Man, Give, Fast e Boundary Building* (Linehan, 2014, 2015). Gli obiettivi dell'efficacia interpersonale includono far sì che le persone rispettino i propri bisogni ed opinioni imparando a comunicarli in maniera efficace a se stessi e agli altri. Può essere utile aiutare i pazienti a capire quale sia il loro stile comunicativo, attraverso il *Test sugli Stili Comunicativi* (Van Dick, 2012; Di Trapani, 2021) per avere la possibilità di modificarlo qualora lo desiderassero e/o qualora tale stile avesse un impatto negativo sulle loro relazioni interpersonali. Vengono poi fornite loro le *Linee guida per la Comunicazione Assertiva* (Linehan, 1993b). All'interno di tale modulo vengono inoltre veicolate e fatte applicare ai pazienti le abilità di *Problem solving e Decision making* (D'Zurilla & Golfired, 1971).

Modulo 7. Prevenzione delle ricadute

Obiettivo di questo modulo è imparare la natura e le cause delle scivolate e/o delle ricadute, e a reagire ad esse in modo appropriato. Il modello della *Relapse Prevention* di Marlatt e Gordon (1985), è uno schema molto utile per la comprensione dei processi psicologici che sono alla base della ricaduta ed essendo i meccanismi della ricaduta analoghi nelle varie forme di dipendenza (Ladd & Petry, 2002), esso può essere valido anche per le dipendenze senza sostanza, come il Disturbo da Gioco d'Azzardo. Occorre distinguere tra *scivolata* e *ricaduta*; la scivolata (Marlatt, 1985) è una interruzione della astensione, da intendersi come un incidente di percorso limitato nel tempo, un intoppo dal quale trarre insegnamenti per il futuro. La ricaduta è una interruzione della astensione ed un ritorno a un comportamento di dipendenza continuativo. A determinare se una scivolata rimarrà tale o evolverà in una ricaduta è il modo in cui la persona interpreta l'incidente di percorso e il comportamento che attiverà come conseguenza di questa interpretazione; se di una abilità ancora parziale e pertanto da rinforzare oppure di fallimento e inadeguatezza. In quest'ultimo caso è altamente probabile un atteggiamento di "resa" e quindi di ritorno al comportamento patologico, elemento questo che ha l'effetto di consolidare la dipendenza (Marlatt & Gordon, 1985). È buona norma informare il paziente sul fatto che la scivolata può verificarsi durante il trattamento, che non ne inficia l'esito e che può essere fronteggiata con un piano di emergenza, la scheda *My Safety Plan*, contenente le strategie e le tecniche di fronteggiamento maturate negli incontri precedenti. Scivolata e ricadute possono essere analizzate da una prospettiva di condizionamento, riconoscendone antecedenti e conseguenze. Alcuni dei principali antecedenti sono:

- risposte di ritiro condizionate che non sono ancora state decondizionate;
- ricomparsa di risposte di astinenza condizionate precedentemente estinte;
- comparsa di reazioni emotive simili alle precedenti ma causate, ad esempio, da altre reazioni, personali o ambientali, avverse (Steiner & Barry, 2014).

Per quanto riguarda le conseguenze, le ricadute comportano:

- riapprendimento rapido e consolidamento della dipendenza;
- AVE, abstinence violation effect (Marlatt & Gordon, 1980, 1985): la violazione della astinenza determina alcune reazioni emotive e cognitive che, se disfunzionali, favoriscono un ritorno al gioco d'azzardo.

Di fronte ad una ricaduta e/o scivolata occorre promuovere con il paziente un dialogo compassionevole, e riconoscere lo sforzo ed i progressi compiuti prima di essa. La ricaduta va poi intesa e riconcettualizzata non come un fallimento personale, ma come una opportunità di apprendimento e di un nuovo momento di insegnamento. Attraverso *L'Analisi della Scivolata/Ricaduta* (Bellio et al., 2011) nel comportamento di gioco i pazienti vengono aiutati a comprendere quale anello della catena è stato "debole" e quale fattore di rischio (interno o esterno) è stato sottovalutato. Il ventaglio di strategie che si possono utilizzare, per prevenire le ricadute, comprende tecniche sia cognitive che comportamentali, di seguito elencate (Echeburúa, 2020):

- distrazione;
- evitamento;
- ricordare e rinforzare positivamente i successi raggiunti sino a quel momento;
- lavorare sui pensieri automatici negativi che il giocatore può sperimentare;
- utilizzare la tecnica del problem solving che permette di affrontare gli elementi che hanno condotto alla ricaduta in modo rapido;
- utilizzare la *tecnica HALT* (Alcolisti Anonimi, 1999); tale tecnica indaga la presenza di alcune condizioni psicofisiologiche che possono precedere una ricaduta e che anzi tendono a favorirla.

Ultima seduta e follow-up

L'ultima seduta avviene quando sono stati completati tutti i moduli di trattamento. Al termine del percorso ai pazienti vengono nuovamente somministrati i test ABQ (Caretta et al., 2016) volto a valutare il disturbo da Gioco d'Azzardo, e la scala SCL 90-R (De Rogatis, 1983; Sarno & Preti, 2011), per valutare lo status psicologico e psicopatologico. Tuttavia ciò non significa che il trattamento sia terminato in quanto durante il primo anno dopo il trattamento le ricadute sono piuttosto frequenti. Per questo motivo vengono programmate sedute di follow-up in cui paziente e terapeuta valutano se si è verificata una ricaduta, le condizioni generali del paziente ed il suo livello di soddisfazione di vita. Queste sedute tendono ad essere brevi, di 15-20 minuti; se la persona non ha giocato vengono rinforzati i comportamenti che mantengono l'astensione dal gioco (Choliz & Marcos, 2024). Se il paziente ha avuto una ricaduta si fissa un colloquio di terapia individuale. La procedura di follow-up implementata si basa su 4 tempi:

- valutazione iniziale; T_0
- valutazione a breve termine: - 3 mesi da T_0 (T_1);
- valutazione a brev-medio termine: - 6 mesi da T_0 (T_2);
- valutazione a medio-lungo termine: 9 mesi da T_0 (T_3).

Queste 3 valutazioni vengono condotte tramite colloquio clinico, con verifica dei criteri del DSM 5 per la presenza/assenza del disturbo e somministrazione della scala *Gambling Follow up Scale* (de Castro, Fuentes & Tavares, 2005), scala specificamente sviluppata per misurare l'impatto del trattamento secondo un'ottica multidimensionale. Ha 5 item (frequenza e tempo di gioco, posizione lavorativa, relazioni familiari, tempo libero e frequenza di gioco d'azzardo. Ogni item ha 5 opzioni

di risposta (da 1 a 5 punti). Copre una finestra temporale di 4 settimane. Più alto è il punteggio, più positivo è l'esito. Nella versione italiana modificata da Bellio e Fiorin, l'item di frequenza del gioco è stato sostituito con "pensieri sul gioco o sul puntare denaro".

Risultati e conclusioni

Dei 12 soggetti inclusi nel gruppo 3 erano donne e 9 uomini. L'età media è 45 anni con un livello medio di istruzione di 9 anni ed una età media di esordio del Disturbo da Gioco d'Azzardo di 28 anni. 7 pazienti su 12 (58%) erano disoccupati e 6 su 12 (50%) non avevano una relazione affettiva stabile. 10 pazienti su 12 hanno partecipato a tutti gli incontri del gruppo. I due drop out sono composti da un paziente che, inviato al Ser.D. dalla compagna, dopo valutazione e primo incontro non ha fatto ulteriori accessi al servizio ed un paziente che avendo trovato occupazione nella fascia oraria dedicata al gruppo ha chiesto di poter effettuare psicoterapia individuale. Ai test ABQ somministrati ai pazienti alla fine del percorso, i punteggi percentili della Scala S1.3 della sezione A (gravità del Disturbo da gioco d'Azzardo) si collocavano tutti al di sotto della soglia della significatività clinica (PP. < 60); nella sezione B della scala S3 si è osservata in tutti i pazienti una notevole riduzione del livello di craving. I giorni di astensione completa dal gioco sono aumentati in modo significativo. Quasi tutte le variabili psicologiche connesse all'addiction (7 Das dell'ABQ) hanno inoltre mostrato riduzioni significative a poche settimane dalla astensione del trattamento. L'astensione dal gioco raggiunta dopo il percorso di gruppo è stata mantenuta da tutti i pazienti che hanno completato il percorso ai controlli di follow-up.

Riferimenti bibliografici

- Alcoholics Anonymous (1976). *The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism. Third Edition*. Alcoholics Anonymous World Service. Inc. New York City. 3a ed. Roma 1999. Bulzoni Editore.
- American Psychological Association (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4): 271-285. Doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596.
- APA dictionary (2019). *APA dictionary of Psychology*. -- Available online, at: <https://dictionary.apa.org/trigger>.
- Asensio S., Hernández-Rabaza V., Orón Semper J.V. (2020). What is the "trigger" of addiction?. *Front. Behav. Neurosci.*, April 21, 14, 54. Doi: 10.3389/fnbeh.2020.00054.
- Ashrafioun L., Rosenberg H. (2012). Methods of assessing craving to gamble: A narrative review. *Psychol Addict Behav.*, Sep, 26(3): 536-49. Doi: 10.1037/a0026367. Epub 2011 Nov 28.
- Battersby M., Oakes J., Tolchard B., Forbes A., Pols R. (2008). Cognitive-behavioral therapy for problem gambler. In: Zangeneh M., Blaszczynski A., Turner N., *Pursuit of Winning; Problem Gambling, Theory, Research and Treatment*. New York: Springer.
- Bellio G., Fiorin A., Giacomazzi S. (2011). *Vincere il gioco d'Azzardo. Manuale di Auto Aiuto per il giocatore che vuole smettere*. Ulss 8. Regione Veneto. Progetto Jackpot 2010.
- Bodor D., Ricijaš N., Filipčić I. (2021). Treatment of Gambling Disorder: review of evidence-based aspects for best practice. *Curr Opin Psychiatry*, Sep1, 34(5): 508-513. Doi: 10.1097/YCO.0000000000000728.
- Bowen S., Marlatt A. (2009). Surfing the urge; brief mindfulness-based intervention for college student smokers. *Psychology of Addictive Behaviors*, Dec., 23(4): 666-671. Doi: 10.1037/a0017127.

- Bowen S., Chawla N., Collins S., Witkiewitz K., Hsu S., Grow J., Clifasefi S., Garner M., Douglass A., Larimer M., Marlatt A. (2009a). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, Oct-Dec., 30: 205-305. Doi: 10.1080/08897070903250084.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors. A clinician's guide*. New York: Guilford.
- Capitanucci D., Carlevaro T. (2004). *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo da Gioco d'Azzardo Patologico*. "Hans Duboi" Editore.
- Caretti V., Craparo G., Giannini M., Gori A., Iraci G., Lucchini A., Rusignuolo I., Schimmenti A. (2016). *Addictive Behavior Questionnaire (ABQ). Manuale e questionari*. Hogrefe.
- Cholz M. Marcos A. (2024). "Gambler": Behavioural-Cognitive Treatment of Online Gambling Disorder. A Step-by-Step Treatment Guide. *BRS.BioRes Scientia. Clinical Case Report Studies*, March, 5(2). Doi: 10.59657/2837-2565.brs.24.095.
- Ciccarelli M., Cosenza M., Griffiths M.D., Nigro G., D'Olimpo F. (2019). Facilitated attention for gambling cues in adolescent problem gamblers: An experimental study. *Journal of Affective Disorder*, June, 252: 39-46. Doi: 10.1016/j.jad.2019.04.012.
- Conversano C., Marazziti D., Carmassi C., Baldini S., Barnabei G., Dell'Osso L. (2012). Pathological gambling: a systematic review of biochemical, neuroimaging, and neuropsychological findings. *Harv Rev Psychiatry*, May, 20(3): 130-48. Doi: 10.3109/10673229.2012.694318.
- Cooper D.E. (1987). The role of group psychotherapy in the treatment of substance abusers. *American Journal of Psychotherapy*, Jan., 41(1): 55-67. Doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.1.55.
- Cornil A., Lopez-Fernandez O., Devos G., de Timary P., Goudriaan A.E., Billieux J. (2018). Exploring gambling craving through the elaborated intrusion theory of desire: A mixed methods approach. *International Gambling Studies*, Jan., 18(1): 1-21. Doi: 10.1080/14459795.2017.1368686.
- De Catro V., Fuentes D., Tavares H. (2005). The Gambling Follow-Up Scale: Development and Reliability Testing of a Scale for Pathological Gamblers Under Treatment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Feb., 50(2): 81-6. Doi: 10.1177/070674370505000202.
- De Castro V., Fong T., Rosenthal T., Tavares H. (2007). A comparison of craving and emotional states between pathological gambler and alcoholics. *Addictive Behaviors*, 32(8): 1555-1564. Doi: 10.1016/j.addbeh.2006.11.014.
- Derogatis L.R. (1994). *SCL-90-R Symptom Checklist-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual*. NCS Pearson. Adattamento italiano a cura di Sarno et al. (2011). Firenze: Giunti, Organizzazioni Speciali.
- Di Nicola M., De Crescenzo F., D'Alò G.L., Remondi C., Panaccione I., Moccia L., Molinaro M., Dattoli L., Lauriola A., Martinelli S., Giuseppin G., Maisto F., Crosta M.L., Di Pietro S., Amato L., Janiri L. (2020). Pharmacological and Psychosocial Treatment of Adult with Gambling Disorder: A Meta-Review. *J. Addict. Med.*, Jul/Aug., 14(4): e15-e23. Doi: 10.1097/ADM.0000000000000574.
- Dowling N.A., Allen J.S. (2012). Mindfulness and Problem Gambling: A Review of literature. *J Gambli Stud.*, Dec., 28(4): 719-39. Doi: 10.1007/s10899-011-9284-7.
- D'Zurilla T.J., Goldfried M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, Aug., 78(1): 107-126. Doi: 10.1037/h0031360.
- Echeburúa E., Fernández-Montalvo J., Báez C. (2000). Relapse prevention in the treatment of slot-machine pathological gambling: Long-term outcome. *Behavior Therapy*, Spring, 31(2): 351-364. Doi: 10.1016/S0005-7894(00)80019-2.
- Echeburúa E., Báez C., Fernández-Montalvo J. (1996). Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(1): 51-72. Doi: 10.1017/S1352465800016830.
- Ellis A. (1957). Rational Psychotherapy and Individual Psychology. *Journal of Individual Psychology*, May, 1, 13(1), 38.
- Eriksen J.W., Fiskaali A., Zachariae R., Wellnitz K.B., Oernboel E., Stenbro A.W., Marcussen T., Petersen M. (2023). Psychological intervention for gambling disorder: A systematic review and meta analysis. *J Behav Addict.*, Jul 14, 12(3): 613-630, Oct 05. Doi: 10.1556/2006.2023.00034.
- Flores P.J. (1988). Group Psychotherapy with Addicted Populations. An integration of twelve step and psychodynamic theory (2nd ed.). *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2(2): 132-137. Doi: 10.1037/1089-2699.2.2.132.
- Fiorin A., Gaddi R. (2015). *Gioco d'Azzardo. Guida pratica di intervento. Manuale per l'operatore*. Dipartimento per le Dipendenze Ulss. Technical Paper, 8. Regione Veneto, Progetto GAP-NET-2W 2013.
- Harris J.S., Stewart D.G., Stanton B.C. (2017). Urge surfing as aftercare in adolescent alcohol use: A randomized control trial. *Mindfulness*, 8(1): 144-149. Doi: 10.1007/s12671-016-0588-7.
- Hawker C.O., Merkouris S.S., Youssef G.J., Dowling N.A. (2021). Exploring the association between gambling cravings, self-efficacy and gambling episodes: An Ecological Momentary Assessment Study. *Addictive Behavior.*, Jan., 112,106574. Doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106574. Epub 2020 Jul 24.
- Houmanfar R., Maglieri K., Roman H. (2003). Behavioral Contracting. In: W. O'Donohue, J. Fisher, S. Hayes (Eds.). *Cognitive Behavior Therapy: Applying empirically supported technique in your practice*. New York: John Wiley & Sons, pp. 40-45.
- Iliceto P., Fino E. (2014). La Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I): Uno strumento valido nell'assessment di cognizioni relative al gioco d'azzardo nella popolazione italiana. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, febbraio, 20(1): 71-77.
- Iliceto P., Fino E., Cammarota C., Giovani E., Petrucci F., Desimoni M., Sabatello U., Candilera G., Oei T.P. (2015). *Gambling-Related Cognitions Scale – Italian Version (GRCS-I)* [Database record]. APA PsycTests. Doi: 10.1037/t40845-000.
- Jackson A.C., Francis K.L., Byrne G., Christensen D.R. (2013). Leisure substitution and problem gambling: Report of a proof of concept group intervention. *International Journal of Mental Health and Addiction*, February, 11(1): 64-74. Doi: 10.1007/s11469-012-9399-9.
- Jiménez-Murcia S., Granero R., Fernández-Aranda F., Arcelus J., Aymami M.N., Gomez-Pena M., Tarrega S., Moragas L., Del Pino-Gutierrez A., Sauchelli S., Fagundo A.B., Brewin N., Menchon J.M. (2015). Predictors of Outcome among Pathological Gamblers Receiving Cognitive Behavioral Group Therapy. *Eur Addict Res.*, Apr 1, 21(4): 169-78. Doi: 10.1159/000369528.
- Kabat-Zinn J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion. Traduzione Italiana: *Dovunque tu vada ci sei già*. Giorgio Arduin, Carocci Editore, Milano, 8ª Edizione, 2019.
- Kabat-Zinn J., Lipworth L., Burney R. (1985). The clinical use of self meditation for self-regulation if chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, Jun., 8(2): 163-190. Doi: 10.1007/BF00845519.
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- Koons C.R., Robins C.J., Tweed L., Lynch T.R., Gonzales A.M., Morse J.Q., Bishop G.K., Butterfield M.I., Bastian L.A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, Dec., 32(2): 371-390. Doi: 10.1016/S0005-7894(01)80009-5.
- Kraus S.W., Etuk R., Potenza M.N. (2020). Current pharmacotherapy for gambling disorder: A systematic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, Feb., 21(3): 287-296. Doi: 10.1080/14656566.2019.1702969.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2000). *Le jeu excessif. Comprendre et vaincre le gambling*. Montréal, Canada: Les Editions de l'homme. Traduzione italiana a cura di Carlevaro T. e Capitanucci G. (2003). *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling, edizione italiana*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2002). *Understanding and treating pathological gamblers*. West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Lachance S., Doucet C., Leblond J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, May, 41(5): 587-96. Doi: 10.1016/s0005-7967(02)00036-0.
- Ladouceur R., Lachance S. (2007). *Overcoming Pathological Gambling. Therapist Guide*. New York: Oxford University Press.
- Lesieur H.R., Blume S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, Sep., 144(9): 1184-8. Doi: 10.1176/ajp.144.9.1184.
- Linehan M., Armstrong H.E., Suarez A., Allmon D., Heard H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, Dec., 48(12): 1060-1064. Doi: 10.1001/archpsyc.1991.01810360024003.
- Linehan M.M. (1987). Dialectical behavior therapy: A cognitive behavioral approach to parasuicide. *Journal of Personality Disorders*, Dec., 1(4): 328-333. Doi: 10.1521/pedi.1987.1.4.328.

- Linehan M.M., Heard H.L., Armstrong H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, Dec., 50(12): 971-974. Doi: 10.1001/archpsyc.1993.01820240055007.
- Linehan M.M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. Trad. it. *Trattamento cognitivo comportamentale del Disturbo Borderline di Personalità. Il Modello DBT*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2021.
- Linehan M.M. (1993b). *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press. Trad. It. *DBT. Skills training. Manuale-Schede e fogli di lavoro*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2015.
- Linehan M., Schmid H. 3rd., Dimeff L.A., Craft J.C., Kanter J., Comtois K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, Fall, 8(4): 279-292. Doi: 10.1080/105504999305686.
- Linehan M.M., Dimeff L.A., Reynolds S. K., Comtois K.A., Welch S. S., Heagerty P., Kivlahan D. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, Jun. 1, 67(1): 13-26. Doi: 10.1016/S0376-8716(02)00011-x.
- Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A.M., Brown M.Z., Gallop R.J., Heard H.L., Korslund K.E., Tutek D.A., Reynolds S.K., Lindenboim N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, Jul., 63(7): 757-766. Doi: 10.1001/archpsyc.63.7.757.
- Linehan M.M. (2014). *DBT® skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press. Traduzione italiana *DBT Skills Training. Manuale*. Raffaello Cortina Editore, 2015.
- Lynch T.R., Morse J.Q., Mendelson T., Robins C.J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, Jan-Feb., 11(1): 33-45.
- Månsson V. Andrade J., Jayaram-Lindström N., Ber-man A.H. (2022). "I see myself": Craving imagery among individuals with addictive disorders. *Journal of Addictive Diseases*, Apr., 41(1): 64-77. Doi: 10.1080/10550887.2022.2058299.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1980). Determinants of relapse: Implication for the maintenance of behavior change. In: P.O. Davidson, S.M. Davidson (Eds.). *Behavioral Medicine: Changing Health Lifestyles* (pp. 410-452). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt G.A. (1985). Lifestyle modification. In: G.A. Marlatt, J.R. Gordon (Eds.). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours* (pp. 280-349). New York: Guilford.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Matheson F.I., Hamilton-Wright S., Kryszajts D.T., Wiese J.L., Cadel L., Ziegler C., Hwang S.W., Guilcher S.J.T. (2019). The use of self-management strategies for problem gambling: a scoping review. *BMC Public Health*, Apr. 29, 19(1): 445. Doi: 10.1186/s12889-019-6755-8.
- McIntosh C., O'Neill K. (2017) *Evidence based treatments for Problem Gambling*. Springer
- Petry N.M. (2000). Psychiatric symptoms in problem gambling and non-problem gambling substance abusers. *American Journal on Addictions*, April, 9(2): 163-171. Doi: 10.1080/10550490050173235.
- Petry N.M. (2005). *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Petry N.M., Stinson F.S., Grant B.F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, May, 66(5): 564-574. Doi: 10.4088/JCP.v66n0504.
- Petry N.M., Ginley M.K., Rash C.J. (2017). A systematic review of treatments for problem gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, Dec., 31(8): 951-961. Doi: 10.1037/adb0000290.
- Petry N.M. (2001). Pathological gamblers, with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. *Journal of Abnormal Psychology*, Aug., 110(3): 482-487. Doi: 10.1037/0021-843X.110.3.482.
- Petry N.M. (2005). *Pathological Gambling: Etiology, Comorbidity and Treatment*. Washington, DC US: American Psychological Association.
- Pfund R.A., King S.A., Forman D.P., Zech J.M., Ginley M.K., Peter S.C., McAfee N.W., Witkiewitz K., Whelan J.P. (2023). Effects of cognitive-behavioral techniques for gambling on recovery defined by gambling, psychological functioning, and quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, Nov., 37(7): 936-945. Doi: 10.1037/adb0000910.
- Potenza M.N., Balodis I.M., Derevensky J., Grant J.E., Petry N.M., Verdejo-Garcia A., Yip S.W. (2019). Gambling disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, July 25, 5(1), 51. Doi: 10.1038/s41572-019-0099-7.
- Publii Ovidii Nasonis, *Opera Omnia. Volumen Primum. VENETUS EXCUDIT JOSEPH ANTONELLI AUREIS DONATUS NUMISMATIBUS M.DCCC.XLIV. Opere di Publio Ovidio Nasone*. Tradotte ed illustrate. Volume Primo. Venezia. Dalla tip. di Giuseppe Antonelli Ed. 1844.
- Quintero M.J., Navas J.F., Perales J.C. (2020). The associative underpinnings of negative urgency and its role in problematic gambling behavior. *Addict Behav.*, Dec., 111, 106533. Doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106533.
- Raylu N., Oei T.P. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, Jun., 99(6): 757-769. Doi: 10.1111/j.1360-0443.2004.00753.x.
- Raylu N., Oei T.P.S., Loo J.M.Y., Tsai J. S. (2016). Testing the validity of a cognitive behavioral model for gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, Jun., 32(2): 773-788. Doi: 10.1007/s10899-015-9567-5.
- Raylu N., Oei T.P. (2010). *A Cognitive Behavioural Therapy Programme for Problem Gambling*. East Sussex: Routledge/Taylor & Francis Group. Doi: 10.4324/9780203850428.
- Romo L., Legauffre C., Guilleux A., Valleur M., Magalon D., Fatseas M. et al. (2016). Cognitive distortions and ADHD in pathological gambling: A national longitudinal case-control cohort study. *Journal of Behavioral Addictions*, Dec., 5(4): 649-657. Doi: 10.1556/2006.5.2016.070.
- Safer D.L., Telch C.F., Agras W.S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, Apr., 158(4): 632-634. Doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.632.
- Sharpe L., Tarriner N. (1993). Towards a cognitive behavioral model for problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, March, 162(3): 407-412. Doi: 10.1192/bjp.162.3.407.
- Skinner B.F. (1948). "Superstition" in the pigeon. *Journal of Experimental Psychology*, 38: 168-172.
- Slutske W.S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: Results of two US national surveys. *American Journal of Psychiatry*, Feb., 163(2): 297-302. Doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.297.
- Steiner G.Z., Barry R.J. (2014). The mechanism of dishabituation. *Frontiers in Integrative Neuroscience*, 8, 14. Doi: 10.3389/fnint.2014.00014.
- Telch C.F., Agras W.S., Linehan M.M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Dec., 69(6): 1061-1065. Doi: 10.1037/0022-006x.69.6.106.
- Toneatto T., Blitz-miller T., Calderwood K., Dragonetti R., Tsanos A. (1997). Cognitive distortions in heavy gambling. *Journal of Gambling Studies*, Autumn, 13: 253-266. Doi: 10.1023/A:1024983300428.
- Toneatto T., Vettese L., Nguyen L. (2007). The role of mindfulness in the cognitive-behavioral treatment of problem gambling. *Journal of Gambling Issues*, Jan, 19(9): 91-100. Doi: 10.4309/jgi.2007.19.10.
- Toneatto T., Pillai S., Courtice E.L. (2014). Mindfulness – Enhanced Behavior Therapy for Problem Gambling: A controlled Pilot Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, Feb., 12(2): 197-205. Doi: 10.1007/s11469-014-9481-6.
- van den Bosch L.M., Koeter M.W.J., Stijnen T., Verheul R., van den Brink W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, Sept., 43(9): 1231-1241. Doi: 10.1016/j.brat.2004.09.008.
- Van Dijk S. (2012). *DBT made simple: A step-by-step guide to dialectical behavior therapy*. New Harbinger Publications. Traduzione italiana a cura di Silvia di Trapani, FrancoAngeli (2021).
- Verheul R., Van Den Bosch L.M.C., Koeter M.W.J., De Ridder A.J., Stijnen T., Van Den Brink W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, Feb., 182: 135-140. Doi: 10.1192/bjp.182.2.135.
- Wallace M.D., Robles A.C. (2003). Differential reinforcement of other behavior and differential reinforcement of alternative behaviors. In: W. O'Donohue, J. Fische, S. Hayes (Eds.). *Cognitive Behavior Therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 136-143). New York: John Wiley & Sons.
- Yakovenko I., Quigley L., Hemmelgarn B.R., Hodgins D.C., Ronksley P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling: Systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, Apr., 43: 72-82. Doi: 10.1016/j.addbeh.2014.12.011.
- Yalom I.D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). Basic Books.