



Gambling: il gioco da sociale a patologico, il caso di Matteo

Il passaggio da ludico a patologico, le interpretazioni
psicoanalitiche, le implicazioni cliniche e le fasi del trattamento

INDICE:

1. Introduzione
2. Dal gioco sociale al gioco patologico
3. Il passaggio dal gioco sociale al gioco patologico
4. Principali interpretazioni psicoanalitiche
5. Meccanismi difensivi: negazione, onnipotenza, ciclo di rincorsa
6. Criticità delle interpretazioni psicoanalitiche
7. Implicazioni cliniche e terapeutiche
8. Il trattamento di Matteo
9. Conclusioni
10. Bibliografia
11. Altre letture su HT

1. Introduzione

In questo lavoro, il gioco d'azzardo si colloca lungo un asse che va dal gioco sociale e ricreativo al gioco patologico, distinto in diversi livelli di gravità e diverse caratteristiche psicologiche, neurobiologiche e ambientali.

Il modello teorico di riferimento con cui si analizza il disturbo è quello **psicoanalitico** che considera il gioco come espressione di conflitti inconsci, legati a fasi psicologiche infantili, difese narcisistiche e desideri masochisti, spesso connessi a relazioni familiari problematiche.

Il caso di Matteo, un giocatore patologico, ne è una esemplificazione.

Attraverso il trattamento psicoanalitico, Matteo riconosce e rielabora le radici profonde della dipendenza e integra le esperienze emotive e relazionali.

2. Dal gioco sociale al gioco patologico

Il **gambling** (gioco d'azzardo) si manifesta con diverse declinazioni che possono seguire una specifica sequenza; da un lato esiste un gioco d'azzardo sociale e ricreativo e dall'altro un gioco d'azzardo problematico e patologico.

A una estremità dell'asse si trovano i soggetti che giocano per **motivi sociali e ricreativi** che



solitamente lo fanno senza subire alcun danno economico, psicologico o interpersonale, oppure riportando danni di lieve entità; seguono, i soggetti che presentano **problematiche sottosoglia**, con sintomi da gioco d'azzardo patologico o con manifestazioni problematiche legate a esso ma che non soddisfano tutti i criteri per la diagnosi; al lato opposto del continuum, si situano coloro che soddisfano i criteri diagnostici del **disturbo da gioco d'azzardo patologico**; queste persone presentano sintomi gravi e persistenti che diventano disabilitanti e provocano un significativo danno del funzionamento quotidiano.

Appartenere a una o a un'altra categoria, dipende dalla personalità del giocatore, dal contesto sociale di appartenenza, dalle caratteristiche genetiche e neurobiologiche e anche dai cluster diagnostici presenti nel DSM-5-TR che definisce la dipendenza da gioco d'azzardo patologico un comportamento persistente e maladattivo precursore di disagio e compromissione clinicamente significativi di durata almeno annuale.

Il manuale classifica il disturbo in lieve, moderato e grave e sottolinea i sintomi seguenti (almeno 4 per effettuare la diagnosi):

1. Bisogno di quantità sempre maggiori di denaro affinché si arrivi all'eccitazione desiderata
2. Sensazione di agitazione e irritabilità nel tentativo di ridurre il gioco
3. Si attuano continui tentativi vani di controllare, ridurre o smettere il gioco
4. Continua preoccupazione relativa al gioco d'azzardo
5. Gioca molto spesso per nascondere il proprio disagio
6. Quando perde, vi è più probabilità che vada a ritentare
7. Si attuano menzogne pur di nascondere l'entità del coinvolgimento con il gioco
8. È molto probabile perdere una relazione significativa, il lavoro proprio per il gioco d'azzardo
9. Chiede molto spesso denaro agli altri per recuperare le situazioni finanziarie causate dal gioco d'azzardo.

La distinzione tra giocatori sociali e giocatori patologici dipende da diversi fattori emotivi, cognitivi e comportamentali.

Il giocatore sociale gioca per divertimento, intrattenimento, socializzazione, sfida o relax.

Adotta un pensiero razionale che confluisce nell'autocontrollo, e nella regolazione emotiva.

In questo caso il gioco è un passatempo che non interferisce con il lavoro, con le relazioni e con la vita quotidiana.

Sul versante opposto, si trova il giocatore patologico, egli sviluppa una dipendenza comportamentale con meccanismi simili a quelli delle dipendenze da sostanze con le seguenti caratteristiche: perdita di controllo, compulsione, distorsioni cognitive da cui deriva l'illusione di controllare la fortuna e l'illusione di competenza.

Il gioco gli serve per regolare lo stress, la noia, la tristezza o l'ansia.

Attraverso le vincite occasionali struttura un rinforzo positivo associato a rilascio di dopamina.

Subentrano problemi economici, familiari, lavorativi, isolamento sociale, minimizzazione del problema e una tendenza a volere giustificare il proprio comportamento.

3. Il passaggio dal gioco sociale al gioco patologico

Meccanismi neurobiologici. Il passaggio verso il gioco patologico coinvolge modificazioni nei principali sistemi cerebrali della ricompensa, del controllo degli impulsi e dello stress.

Il gioco attiva il circuito della ricompensa (nucleo accumbens, via dopaminergica) e con esposizioni ripetute si sviluppano:

- la sensibilizzazione allo stimolo (il gioco diventa ipersaliente),
- la tolleranza (giocare di più per provare un effetto potenziante),
- le quasi-vincite che aumentano la spinta dopaminergica anche grazie al rinforzo variabile.



A causa di una ridotta attività delle aree prefrontali è presente un deficit della pianificazione, della inibizione, della valutazione dei rischi e delle ricompense, così come una peggiore capacità di resistere all'impulso e di valutare razionalmente le perdite.

Le perdite e l'eccitazione attivano il sistema dello stress neurobiologico con conseguente produzione di cortisolo.

Subentra un meccanismo di apprendimento maladattivo che con il rinforzo intermittente rende il comportamento resistente all'estinzione; ancora bias cognitivi come la fallacia del giocatore (dopo tante perdite, una vincita deve arrivare) vengono a consolidarsi neurologicamente fino a diventare automatici.

Fattori psicologici di rischio. La ricerca di nuove sensazioni, il discontrollo degli impulsi, le distorsioni cognitive (illusione di controllo e di influenzare l'esito), la sovrastima delle quasi-vincite, la fallacia del giocatore (errori logici), la memoria selettiva delle vincite, sono fattori psicologici di rischio, insieme alla convinzione illusoria che il gioco possa inibire ansia, depressione, stress, solitudine, ecc.

Altro indice di rischio è la comorbidità psicopatologica con disturbi quali ansia, depressione, ADHD, disturbi di personalità, uso di sostanze.

Fattori ambientali e sociali. La facile accessibilità (giochi online 24h su 24), la disponibilità del gioco, la pubblicità aggressiva e normalizzante, sono anch'essi elementi che contribuiscono a creare una escalation del disturbo.

Contesto familiare. La presenza di familiari giocatori o permissivi, esperienze infantili avverse, lo stress socioeconomico, facilitano lo stabilizzarsi della dipendenza.

Pressioni finanziarie. Spesso il gioco comincia come tentativo di risolvere problemi economici.

4. Principali interpretazioni psicoanalitiche

Come illustravo nel [precedente articolo](#), alcuni Psicoanalisti, a partire da Freud, interpretano il gioco d'azzardo come espressione di **impulsi inconsci**, spesso connessi a **conflitti edipici** mal risolti. In questa chiave, il giocatore patologico manifesterebbe un desiderio inconscio di perdere, quasi come un atto di autopunizione; il gioco diventerebbe uno spazio simbolico per espiare sensi di colpa profondi e primordiali.

Il ricorso al gioco si configurerebbe quindi come una regressione a pulsioni parziali, in particolare pulsioni sessuali, aggressive o autoaggressive, che non possono essere espresse in modo diretto. Il rischio, la scommessa, la potenziale perdita - tutte queste componenti - costituirebbero un equivalente simbolico di pulsioni inconscie.

Una delle interpretazioni più attuali in ambito psicodinamico sottolinea come, nei soggetti con GAP, possa esserci un **vuoto affettivo** o un **buco nell'Io**: una struttura egoica poco coesa, segnata da fragilità narcisistiche, carenze affettive precoci, mancanza di legami significativi.

Come illustravo nel precedente articolo, il gioco d'azzardo diventa allora un tentativo - spesso inconsapevole - di colmare quel vuoto: non tanto per la vincita o il guadagno materiale, quanto come ricerca simbolica di eccitazione, novità e intensità emotiva, ovvero per rivivere sensazioni primitive e fare i conti con internalizzazioni di mancanza, desiderio e perdita.

5. Meccanismi difensivi: negazione, onnipotenza, ciclo di rincorsa

Nel percorso terapeutico psicoanalitico/psicodinamico del GAP, si osservano frequentemente meccanismi difensivi come la negazione, l'onnipotenza, l'intenzionale minimizzazione dei danni reali e la razionalizzazione del comportamento di gioco.



Questo rende difficile la presa di consapevolezza del disturbo e il riconoscimento della sua portata autodistruttiva.

Il trattamento prevede la comprensione dei meccanismi difensivi, per agevolare lo svincolo dal ciclo dell'inseguimento della vincita, l'interrompere della rincorsa compulsiva, l'incentivazione della motivazione affinché il paziente partecipi attivamente al trattamento.

6. Criticità delle interpretazioni psicoanalitiche

Pur offrendo una cornice simbolica profonda, l'approccio psicoanalitico presenta alcune criticità. In molti casi, non è possibile isolare meccanismi inconsci specifici: le storie individuali sono molto eterogenee, il che rende difficile costruire una teoria generale valida per tutti i soggetti con GAP. Le spiegazioni simboliche e intrapsichiche rischiano di sottovalutare fattori neurobiologici, ambientali e strutturali (accessibilità del gioco, contesto economico, manipolazione del comportamento da parte dell'industria del gioco), i cui contributi sono stati evidenziati da ricerche psichiatrico-biologiche.

L'utilità clinica dell'approccio psicoanalitico dipende fortemente dalla capacità terapeutica di stabilire un setting analitico adeguato e dalla motivazione del paziente a collaborare; in assenza di questi elementi, il rischio è di restare in una fase di negazione/difesa e non arrivare a una reale elaborazione del conflitto psichico.

Per queste ragioni molti autori contemporanei propongono un modello integrato: psicodinamico, cognitivo-comportamentale e psichiatrico/neurobiologico.

7. Implicazioni cliniche e terapeutiche

L'approccio psicodinamico al GAP cerca di far emergere la funzione simbolica connessa all'evasione, alla riparazione, alle pulsioni inconscie, ai conflitti intrapsichici; tutti elementi che possono alimentare la compulsione legata al gioco.

Risulta importante integrare il lavoro psicodinamico con interventi strutturati quali la gestione del rischio, il supporto cognitivo-comportamentale per correggere le distorsioni cognitive della casualità e del controllo.

Inoltre è indispensabile la promozione della consapevolezza, la sospensione della difesa di negazione e la costruzione di nuovi legami simbolici e relazionali che possano sostituire la funzione del gioco.

Quindi, un modello terapeutico ad orientamento psicodinamico prevede, un focus su: consapevolezza della negazione; confronto con le difese onnipotenti; interruzione del ciclo della rincorsa; individuazione delle ragioni profonde del gioco; motivazione del paziente a partecipare attivamente al processo terapeutico.

8. Il trattamento di Matteo

Matteo è un uomo di circa 30 anni che gioca da circa dieci anni.

Nei primi anni gioca con gli amici per passatempo, poi tutto un crescendo che gli sfugge di mano.

Un giorno, per caso, un amico lo invita a giocare su una scommessa di calcio online. Da lì, comincia un rituale compulsivo associato a gravi ripercussioni sul piano emotivo, sociale e lavorativo.

Durante la sua carriera di giocatore sperimenta periodi di euforia dovuti alle vincite e periodi di sconforto, frustrazione, sensi di colpa legati alle perdite.

La sua vita, in breve, diventa un ciclo ripetitivo di speranza e disperazione.



Dopo un lungo periodo di negazione e giustificazioni, Matteo finalmente decide di cercare aiuto e contatta il Ser.d. (Servizio per le dipendenze).

Fase 1: La valutazione iniziale e la creazione di una relazione terapeutica

Il trattamento terapeutico di Matteo inizia con la valutazione diagnostica svolta con colloquio clinico e la somministrazione di test specifici.

Durante i primi colloqui, emerge la storia personale di Matteo, il contesto in cui si è sviluppata la dipendenza e i fattori emotivi e psicologici sottostanti.

La sua infanzia è segnata da una figura paterna assente e critica, da cui non riceve un reale supporto emotivo e una madre presente ma molto proiettata sul lavoro tanto da lasciare spesso Matteo in solitudine affettiva.

Nel tempo Matteo sente un vuoto affettivo che cerca di colmare attraverso il gioco d'azzardo patologico, da cui trae momenti di eccitazione e la sensazione di ottenere il controllo sulla sua vita. La creazione di un setting sicuro e basato sulla fiducia, gli consente di esplorare la relazione con il denaro e con il rischio.

Realizza che il gioco gli dava una sensazione di potenza, una costante paura di perdere, di essere rifiutato o non amato.

Inoltre prende coscienza delle distorsioni cognitive e di come l'impulso legato al gioco sia di antica memoria: a casa il padre assente, spesso si dedicava al gioco.

Fase 2: Esplorazione dell'inconscio e dei meccanismi di difesa

Durante il trattamento, Matteo comincia a comprendere come il gioco d'azzardo sia una strategia di difesa contro i conflitti interni, la scommessa una battaglia simbolica contro il passato e una ricerca di approvazione da parte del padre.

Nel suo inconscio, Matteo associa il gioco alla possibilità di ottenere un risarcimento simbolico: una vittoria contro la figura paterna irraggiungibile.

Nel corso delle sedute, Matteo inizia a esplorare in modo profondo i meccanismi difensivi e a considerare il gioco d'azzardo come forma di evitamento emotivo.

Quando si sente in ansia o in difficoltà, il comportamento da giocatore lo aiuta a distrarsi, a scappare dai sentimenti di inadeguatezza e solitudine.

Il gioco gli permette di entrare in un mondo parallelo con regole chiare, dove esistono vincitori e vinti, e dove lui pensa di avere il controllo anche se solo temporaneamente.

In terapia si comincia a lavorare sulla comprensione dei suoi fantasmi interiori e su come questi influiscono sulle sue scelte.

Dalle dinamiche familiari e dalla relazione con il padre emergono temi ricorrenti, che rivelano come il desiderio di approvazione paterna non realizzato si sia trasformato in una dipendenza patologica dal gioco.

Il sogno, l'incubo e il simbolismo del rischio sono diventati aspetti centrali nel trattamento.

Matteo inizia a riflettere sul rischio, come metafora della sua vita emotiva: il gioco gli dava l'illusione di controllo in un contesto dove, in realtà, non si sentiva mai veramente sicuro o capito.

Ogni scommessa era, inconsciamente, un modo per affrontare suo padre, per vincere su di lui, ma ogni perdita diveniva una punizione, un segno che non sarebbe mai riuscito a ottenere il riconoscimento e l'amore che cercava.

Fase 3: La costruzione di un nuovo sé e il lavoro sul transfert

Nel corso dei mesi successivi, il lavoro terapeutico porta Matteo a una maggiore consapevolezza dei suoi meccanismi inconsci e delle sue dinamiche relazionali.

Il trattamento gli ha permesso di esplorare le sue difficoltà relazionali, come la difficoltà di intimità e la paura dell'abbandono.

Matteo ha sempre avuto la paura di essere lasciato, di non essere all'altezza delle aspettative degli



altri, e questo si traduceva in una continua ricerca di conferme e approvazione tramite il gioco, che gli dava un senso di potere temporaneo.

Uno degli aspetti cruciali del trattamento è stato l'esplorazione del transfert.

Matteo ha cominciato a trasferire sul terapeuta alcune delle emozioni e dei conflitti che provava nei confronti del padre.

L'intensità del suo transfert, inizialmente caratterizzata da idealizzazione e poi da frustrazione, ha permesso di lavorare più profondamente sui temi dell'abbandono, della rabbia e della perdita di controllo.

Il terapeuta ha utilizzato questa dinamica per aiutare Matteo a riconoscere i suoi bisogni insoddisfatti e la sua paura di essere rifiutato o ignorato.

In questo momento del trattamento, Matteo ha fatto un passo importante, rendendosi conto che la sua dipendenza non era solo un tentativo di sfidare il destino, ma una forma di difesa dalla paura di essere vulnerabile, di affrontare le proprie emozioni e di relazionarsi in modo sano con gli altri.

L'autocompassione e la capacità di accettare la propria imperfezione sono diventate risorse centrali nel percorso di cura.

Fase 4: Il passaggio al gruppo terapeutico e la riflessione sull'integrazione

Il trattamento individuale, pur dando buoni frutti, giunse a un punto in cui Matteo cominciò a sentire la necessità di confrontarsi con gli altri in modo più diretto.

Il terapeuta suggerì l'inserimento di Matteo in un gruppo terapeutico a orientamento psicoanalitico. L'obiettivo di questo gruppo era di lavorare sulla dimensione relazionale del suo disturbo, favorendo la condivisione e il confronto con altri pazienti che vivevano problematiche simili.

Nel gruppo, Matteo si confrontò con altri giocatori d'azzardo patologici, che portavano con sé storie diverse ma simili.

Il gruppo, formato da individui con esperienze di vita comuni, divenne un luogo in cui Matteo poté esprimere le sue emozioni più profonde e riconoscere come le sue dinamiche emotive fossero influenzate dal contesto familiare e dalle relazioni interpersonali.

Ogni membro del gruppo rappresentava una parte di Matteo o un angolo della sua psiche che poteva venire esplorato in un ambiente protetto e terapeutico.

La possibilità di parlare con gli altri, di ricevere supporto e, al tempo stesso, di riflettere sulle proprie dinamiche di gioco in un contesto collettivo, ha permesso a Matteo di rafforzare la consapevolezza di sé e di sviluppare una nuova visione dei suoi comportamenti.

La condivisione emotiva con gli altri membri del gruppo divenne un'opportunità di crescita e un'opposizione alle sue difese, che non si limitavano più al gioco come unica soluzione al dolore interiore.

Fase 5: Conclusione della terapia

Il trattamento psicoanalitico di Matteo, cominciato con un lavoro individuale focalizzato sull'esplorazione dei conflitti inconsci, ha trovato il suo sviluppo e completamento nell'inserimento in un gruppo terapeutico.

Attraverso il processo psicoanalitico, Matteo è riuscito a comprendere le radici emotive della sua dipendenza dal gioco d'azzardo e a rielaborare i suoi vissuti di solitudine, rifiuto e ricerca di approvazione.

La Psicoterapia psicoanalitica, nella sua dimensione individuale e di gruppo, ha rappresentato per lui un cammino di consapevolezza e di costruzione di un nuovo sé, più consapevole delle proprie necessità emotive e relazionali.



9. Conclusioni

La lettura psicoanalitica del GAP non pretende di ridurre il disturbo a una sola causa, né di sostituire in modo esclusivo gli approcci neurobiologici o comportamentali.

Tuttavia, essa offre un contributo ricco e insostituibile per comprendere il valore simbolico, affettivo e inconscio del gioco per molte persone che ne soffrono.

In questo senso, un modello terapeutico multidisciplinare e integrato che tenga insieme dinamiche intrapsichiche, contesto ambientale, vulnerabilità neurobiologiche e diverse strategie di intervento appare il più adatto per affrontare la complessità del disturbo.

10. Bibliografia

- **Alexander B.K. (1987)**, *The disease and adaptive models of addiction: A framework evaluation*, Journal of Drug Issues, 17
- **American Psychiatric Association (2013)**, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - Quinta Edizione - DSM-5 - Tr.it Behaviour Research and Therapy, Cognitive treatment of pathological gamblers*, 1998;36(12):1111-1119
- **Bergler E. (1967)**, *The psychology of gambling*, In R.D. Herman (Ed.), *Gambling*, New York, Harper & Row
- **Blaszczynski A.P. & Nower L. (2002)**, *A pathways model of problem and pathological gambling*, *Addiction*, 97, 487-499
- **National Research Council (1999)**, *Pathological Gambling: A Critical Review*, Washington (DC), National Academy Press
- **Bowlby J. (1979)**, *Attaccamento e perdita. La separazione dalla madre (Vol. 2)*, Torino, Boringhieri
- **Caretti V., Craparo G. & Schimmenti A. (2010)**, *Fattori evolutivi-relazionali dell'addiction. Uno studio sulla dipendenza da eroina*, In V. Caretti & D. La Barbera (a cura di), *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*. Milano, Raffaello CortinaEditore
- **Greenberg H.R. (1980)**, *Psychology of gambling*, In H. Kaplan, A. Freedman & B. Sadock (Eds), *Comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimora, Williams & Wilkins
- **Lavanco G. (2013)**, *Un'introduzione. Psicodinamica del gioco d'azzardo*. In: Lavanco G. (a cura di), *Il gioco d'azzardo patologico. Orientamenti per la prevenzione e la cura*, Pisa, Pacini editore
- **Ralph R. Greenson (1978)**, *Esplorazioni psicoanalitiche*, Torino, Bollati Boringhieri
- **Tani F., Ilari A., Tapinassi M. (2014)**, *Il gioco d'azzardo patologico: una rassegna*, *Psicologia clinica dello sviluppo*, 1, pp: 3-36

11. Altre letture su HT

- Caterina Panzeca, "[La lettura psicoanalitica del gioco d'azzardo patologico: dinamiche inconscie, strutture del desiderio e scenari clinici](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 223, 2026
- Dalila Borrelli, "[Il vizio del gioco, ovvero il gioco d'azzardo patologico](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 14, 2005
- Adriana Leone, "[Psicologia e Ricerca: Relazione fra gioco d'azzardo patologico e impulsività](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 126, 2016
- Redazione, "[Dipendenza da gioco d'azzardo e alterazioni cerebrali: nuova correlazione](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 136, 2017
- Redazione, "[Il ruolo dei genitori nel gioco d'azzardo degli adolescenti italiani](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 222, 2025
- Redazione, "[ICD 11: Gaming-disorder inserito nella classificazione internazionale delle malattie](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika n. 143, 2018