

La presa in carico del giocatore d'azzardo patologico: il modello del SerT di Lucca

Patrizia Mannari¹

In questi anni, con precisione dal 2001, abbiamo partecipato pienamente alla querelle scientifica che poneva il problema della definizione diagnostica e del mandato istituzionale per la cura del gioco d'azzardo patologico accogliendola sfida nel definire opportunità di trattamento soprattutto per colmare un vuoto assistenziale e rispondere alle richieste di aiuto che via via giungevano criticamente al nostro Servizio. L'ipotesi di lavoro dalla quale è partita la nostra esperienza è stata quella di considerare il gioco d'azzardo patologico come una dipendenza, un'addiction o, per usare l'espressione di Orford, un "appetito eccessivo". All'interno di tale ipotesi si è ovviamente svolto uno specifico percorso formativo, che ha in qualche modo autorizzato gli operatori, già competenti nel trattamento delle dipendenze da sostanze, a cimentarsi in un'area solo apparentemente molto diversa. A conforto di quanto appena detto va sottolineato che durante tale percorso è risultato evidente che la posizione mentale degli operatori del SerT ha rappresentato una sorta di pregiudiziale positiva, cioè una mappa teorica ed esperienziale utile ad orientarsi nella relazione terapeutica con il giocatore d'azzardo patologico e la sua famiglia. Il fatto, poi, che i pazienti giocatori abbiano riscontrato negli operatori del SerT competenze specifiche nell'area del Gap ha favorito che gli stessi si affidassero ad una relazione di tipo terapeutico, notoriamente caratterizzata da resistenze, dinamiche di potere e meccanismi di negazione. Il trattamento è ambulatoriale ed è di tipo integrato, cioè viene svolto da un'equipe terapeutica formata da diverse figure professionali (psichiatra, psicologo, educatore professionale) il che permette la definizione di un sistema terapeutico allargato, capace di stabilire connessioni a diversi livelli (individuale, familiare, gruppal). I componenti dell'equipe affrontano le problematiche dei singoli pazienti senza un modello interpretativo rigidamente preconstituito, ma avviano, per così dire, un percorso-rapporto di conoscenza che è, allo stesso tempo, un percorso-rapporto di cura. Al paziente e alla sua famiglia viene, innanzitutto, offerto uno spazio di accoglienza della dimensione emotivo-affettiva, dimensione fondamentale per il riavviarsi del processo evolutivo. Il percorso terapeutico viene sempre orientato in modo coerente con le risorse del paziente e della sua famiglia e tiene conto della complessità della situazione generale di ogni singolo sistema familiare. In tale ottica vengono valutati gli aspetti motivazionali, cognitivo-comportamentali, affettivi e relazionali con particolare attenzione allo stadio del cambiamento del paziente, alla funzione e al senso del sintomo nell'equilibrio personale e familiare, al ciclo vitale della famiglia e al suo stile monetario. La "cura" dell'aspetto finanziario è parte essenziale del trattamento integrato e rappresenta un focus parallelo di attenzione nella cura, perché la tutela e il sostegno relativamente ai debiti quasi sempre contratti sono necessari sia per evitare il rischio di una caduta depressiva del paziente, sia per dare speranza al cambiamento, e per far sì che questo problema non venga utilizzato collusivamente all'interno delle dinamiche familiari. In sintesi, il modello di trattamento adottato nel SerT di Lucca è il seguente:

Il paziente, preferibilmente accompagnato da un familiare, effettua una visita psichiatrica, nella quale vengono raccolte le principali notizie anamnestiche, viene fatta una prima valutazione della fase del gioco patologico (schema di Custer) viene posta particolare attenzione all'eventuale comorbidità psichiatrica ed ai trattamenti già fatti in corso e vengono date chiaramente le seguenti prescrizioni riguardo il percorso della cura:

- Il paziente viene indirizzato allo psicologo per il trattamento psicoterapeutico
- Il familiare, quando consenziente e attendibile viene indirizzato all'educatore per accordarsi sul come impiantare e successivamente monitorare una praticabile strategia di tutela finanziaria del paziente; se il familiare presente alla prima visita non si rivela idoneo, l'inizio del trattamento viene rimandato a quando non si individua un altro familiare che abbia le necessarie caratteristi-

¹ Psicologa, Psicoterapeuta, Referente Equipe GAP SerT Lucca

che. Successivamente lo psichiatra segue il paziente personalmente con regolarità solo se la situazione clinica necessita di un trattamento psicofarmacologico.

Il trattamento psicoterapeutico è strettamente collegato al lavoro svolto in parallelo dall'educatore, la cui funzione appare centrale nel modello di cura adottato, che prevede anche il ricorso al gruppo come strumento di sostegno e/o di aiuto-aiuto dei diversi attori coinvolti. Attualmente sono attivi due gruppi: un primo gruppo nel quale si ritrovano periodicamente i familiari "tutori", che si possono scambiare informazioni, darsi consigli, suggerirsi reciprocamente strategie di comportamento, ma anche sostenersi nei casi in cui lo sconforto e la perdita di speranza sembrano ineluttabili conseguenze delle possibili ricadute dei loro congiunti; ed un secondo gruppo, nel quale si ritrovano settimanalmente i pazienti in fase di remissione del sintomo o di gioco "controllato". Si tratta di una sorta di gruppo di aiuto-aiuto, le cui finalità sono di prevenire le ricadute, rinforzare l'autostima e le strategie cognitive, acquisire la capacità di affrontare conflitti e problemi senza ricorrere al gioco, imparare a gestire diversamente il tempo libero. Ricordo, e mi avvio a concludere, che l'astinenza dal gioco è l'obiettivo fondamentale del trattamento, anche se raggiungere l'astinenza in tempi brevi non può essere un parametro valido per tutti. La durata della cura o la durata del programma è il miglior predittore per un risultato positivo. Da sottolineare unitamente all'economia del modello riferita al setting ambulatoriale di trattamento, come l'agire terapeutico si articola sempre in una dimensione complessa, all'interno di un campo relazionale rispetto al quale il concetto guida è "non ricriminare sulle colpe del passato", poiché esso appare come un potente meccanismo morfostatico all'interno di un sistema che si presenta, per lo meno alla nostra osservazione clinica, come un "sistema rigido".