

# Dalla formazione all'inquadramento clinico del giocatore: strumenti diagnostici e percorsi terapeutici

Daniela Capitanucci<sup>1</sup>  
Roberta Smaniotto<sup>2</sup>

## Associazione AND–Azzardo e Nuove Dipendenze

L'associazione di promozione sociale AND nasce nel 2003 per sensibilizzare gli operatori psico-socio-educativo-sanitari e legali, le istituzioni, ma anche la popolazione generale, sulle dipendenze senza sostanze ed in particolare sul gioco d'azzardo. L'Associazione organizza incontri di formazione, sensibilizzazione e informazione e realizza progetti clinici e preventivi sul tema delle dipendenze senza sostanze in tutta Italia, in collaborazione con Enti Pubblici e del Privato Sociale. E' presente sul web: [www.andinrete.it](http://www.andinrete.it)

## Introduzione

Fare formazione relativamente all'eziologia e alle traiettorie di situazioni di gioco d'azzardo patologico anche ad operatori esperti nel trattamento di dipendenze da sostanze comporta scontrarsi con una generale scarsa conoscenza del fenomeno, spesso veicolata in modo distorto dai mass media (Capitanucci et al., 2006). Ancor prima dunque di affrontare il tema da un punto di vista clinico psico-socio-sanitario si è reso necessario avvicinare in modo diretto anche coloro che mai prima d'ora hanno incontrato nella loro esperienza pratica questo problema. Scegliere di proiettare un film che narra la storia di una giocatrice eccessiva, dalla fase di gioco sociale a quella di gioco problematico, ha il vantaggio di porre all'attenzione dello specialista anche quegli aspetti più emotivi e meno tecnici che descrivono l'evoluzione del percorso dei nostri pazienti, che resterebbero altrimenti inaccessibili (Biganzoli et Al., 2005). Un ulteriore vantaggio dell'utilizzo di tale metodologia è che vengono posti immediatamente in evidenza i costi sociali di un disturbo estremamente critico in termini di salute pubblica. Non solo infatti vi sono risvolti negativi sulla famiglia e sulla rete sociale del giocatore patologico, ma vi sono anche costi per i trattamenti, impatto sul mondo del lavoro e minor produttività, reati commessi, detenzioni, sconfinamento nel giro dell'usura ed interesse da parte della criminalità (Croce, 2001; Vaillancourt e Roy, 2000).

## Eziologia, evoluzione e criteri distintivi della patologia

Vari sono i registri di osservazione che possono fornire elementi diversi e complementari. Da un punto di vista storico, la prima classificazione sistematica sull'evoluzione del disturbo è attribuibile a Robert Custer (1978), che identifica cinque fasi con caratteristiche salienti, ricorrenti nelle carriere dei giocatori patologici. L'inizio spesso casuale ed in ambienti di totale socialità non propri di sottoculture devianti e anzi spesso affatto connotati da pericolosità (il bar sottocasa, la sala bingo, la tabaccheria, ...). La fase vincente, caratterizzata in genere da una vincita importante che genera l'illusione di guadagno e successo attraverso il gioco. La fase perdente, contraddistinta invece dalla chimera dell'inseguimento di una vincita che non arriva. La fase della disperazione, contrassegnata da una sorta di "autismo" che vede il giocatore completamente assorto nella sua attività e nei suoi pensieri di gioco in condizione sovente critica anche rispetto al mantenimento degli impegni minimi a garanzia della sua sussistenza quotidiana. La fase della ricerca di una via nuova, che coincide con la determinazione ad interrompere l'attività di gioco cercando aiuto. Questa classificazione è ancora oggi valida, utile agli operatori dei servizi per comprendere le vicende dei loro pazienti e per inquadrare lo stadio in cui si trovano al momento della richiesta di aiuto. Il

---

<sup>1</sup> Psicologa e psicoterapeuta, è Dirigente presso l'ASL di Varese e Professore a contratto di Pedagogia Generale e Sociale presso l'Università degli Studi dell'Insubria. Socio fondatore e presidente dell'associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze, si occupa di gioco d'azzardo dal 1999 e ha assunto ruoli di coordinamento in numerosi progetti legge 45/99 sul gambling

<sup>2</sup> Psicologa e psicoterapeuta, libera professionista. Segretario dell'associazione AND-Azzardo e Nuove Dipendenze, si occupa di gioco d'azzardo dal 2001 e ha assunto ruoli di coordinamento in numerosi progetti legge 45/99, legge regionale 23/99

paziente potrà presentarsi al servizio in fasi diverse, ma difficilmente potrà beneficiare di una presa in carico efficace se ancora vive un momento idilliaco con il gioco, cosa che capita spesso quando sono i familiari a condurlo da noi. In questi casi sarà opportuno un intervento motivazionale (Miller e Rollnik, 2004). Le stesse fasi di Custer sono attraversate anche dalla famiglia del giocatore, che deve fare i conti con la propria co-dipendenza, caratterizzata da sensi di colpa, atteggiamento oscillante tra rabbia, aggressività e momenti collusivi in cui restituisce incautamente fiducia, affida precocemente denaro al congiunto e copre i suoi debiti, potenziando il circolo vizioso del gioco patologico. Osserviamo infatti nel familiare un primo momento in cui si sottovaluta il problema, e l'immagine del giocatore è condivisa ed apprezzata anche perché può portare vantaggi economici e sociali. A fronte delle prime perdite, se da un lato i congiunti cominciano a preoccuparsi per possibili ripercussioni sulla situazione familiare, dall'altro lato si autorassicurano illudendosi che la fase di gioco pesante sia solo passeggera e che prima o poi verrà risolta. Successivamente al persistere dei problemi e delle discussioni nate per la mancanza dei soldi e per i debiti, il familiare entra in un fase di stress perché cercando di opporsi al comportamento di gioco si sente impotente, depresso, stanco di dover rimediare ai guai creati dal proprio parente. La relazione spesso si incrina, diventa conflittuale, fondata su recriminazioni e minacce, e il giocatore viene visto come persona egoista piuttosto che malata. La sfiducia diventa totale, anche perché spesso le menzogne che hanno coperto quanto stava accadendo progressivamente si sgretolano, portando alla luce situazioni spesso impensate. La scoperta della reale entità del danno è spesso casuale ed è solo in questo momento che il familiare, compresa la situazione effettiva e trovato il coraggio per superare la vergogna, si muove per cercare aiuto. Spesso la sua idea è quella di far accedere il giocatore al trattamento; in realtà è necessario che tutta la famiglia sia presa in carico ed aiutata a comprendere quali siano le caratteristiche del gioco patologico, a evitare di premiare i comportamenti indesiderabili, a farsi carico della gestione economica, come pure del bilancio dei debiti, accompagnando il giocatore a formulare e a mettere in atto un realistico piano di risanamento. Nel 1982 compare per la prima volta all'interno del Manuale statistico diagnostico DSM III il disturbo da gioco d'azzardo patologico, collocato tra i Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, ossia tra quei disturbi caratterizzati dall'incapacità di resistere ad un impulso, ad un desiderio impellente, o alla tentazione di compiere una certa azione, anche pericolosa. Chi ne soffre riferisce perlopiù una sensazione crescente di tensione o di eccitazione prima di compiere l'azione, e in seguito prova piacere, gratificazione, o sollievo. Dopo l'azione, possono insorgere rimorso, autoriprovaione, o senso di colpa. I criteri diagnostici sono almeno 5 tra i seguenti, indicatori che evidenziano un persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattativo (laddove però questo non sia meglio attribuibile ad un episodio maniacale): eccessivo assorbimento nel gioco d'azzardo; bisogno di aumentare le quantità di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata; infruttuosi tentativi di controllare, ridurre, o interrompere l'attività di gioco; irrequietezza o irritabilità quando si tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo; giocare d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico; rincorrere le proprie perdite; mentire per occultare l'entità del proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo; commettere azioni illegali per finanziare il gioco d'azzardo; mettere a repentaglio o perdere relazioni significative, lavoro, scuola per il gioco d'azzardo; chiedere prestiti. Questa classificazione rappresenta ancora oggi una pietra miliare nella formulazione della diagnosi, anche se è stata più volte criticata per la sua collocazione al di fuori dell'ambito delle dipendenze che rimangono strettamente legate all'uso di sostanze. In tempi più recenti Ladouceur et Al. (2003) hanno proposto una semplice, ma efficace griglia di osservazione che consente di rilevare il disturbo sin dai suoi albori e non solo alla conclamazione dei danni (come fa invece il DSM che rileva già conseguenze negative di un comportamento di gioco eccessivo). Gli autori infatti pongono l'accento sulla perdita di controllo progressiva e ingravescente relativamente a tre indicatori: il tempo dedicato al gioco, sia in termini di durata che di frequenza, e il denaro speso, oltre a quanto ci si può permettere, ma anche rispetto a quanto si era preventivato. In base a queste osservazioni il giocatore patologico si distingue dal giocatore sociale perché perde il controllo sul gioco e a seguito di questo sperimenta conseguenze negative. Non gioca più infatti, come il giocatore sociale, per divertirsi, accettando di perdere il denaro puntato, rinunciando a rifarsi del denaro perso e giocando secondo le proprie possibilità, ma va oltre. Valleur e Matysiak (2004), avvalendosi proprio dello studio dell'eziopatogenesi e manifestazioni

cliniche delle dipendenze senza sostanze, sintetizzano gli elementi basilari delle dipendenze: da un lato essere dipendente significa non poter fare a meno di qualcosa o non poter rinunciare ad un comportamento, pena sperimentare un certo disagio; dall'altro lato il prodotto o il comportamento in questione diventa centro dell'esistenza, al di fuori del quale nulla più ha valore. In questo senso è possibile affermare senza dubbi che la persona dipendente è privata della sua libertà. L'evoluzione della dipendenza per Valleur e Matysiak è particolarmente insidiosa in quanto vengono attraversate due tappe: inizialmente la persona è convinta di potersi fermare da sola, quando lo desidera; solo nel momento in cui mette in atto il tentativo di farlo realmente, arriva a percepire la propria impotenza di fronte all'oggetto della sua dipendenza. A quel punto il suo comportamento è caratterizzato da astinenza, craving, tolleranza e perdita di controllo. Da ultimo, La Barbera et Al. (2006) presentano le dipendenze come un equilibrato mix di componenti ossessive, compulsive e impulsive, di fatto superando classificazioni statiche e settoriali in un'ottica psicodinamica dell'addiction. Le autrici ritengono di ulteriore valore clinico altri indicatori diagnostici. Già noti in letteratura e degni di attenzione all'atto della presa in carico sono la comorbilità ad altre dipendenze e a disturbi psichiatrici più in generale, tra cui spiccano oscillazione dell'umore, depressione, ansia, disturbo bipolare; la presenza di disturbi fisici stress correlati (insonnia, disturbi gastrici, ipertensione arteriosa...); un atteggiamento caratterizzato da frequenti richieste di scuse per promesse non mantenute e reiterate nel tempo. Spiccano dall'esperienza clinica altri fattori cui prestare attenzione: emerge frequentemente l'importanza dell'immagine di sé che il giocatore ha cercato di coltivare e potenziare, in modo fallimentare, attraverso il gioco: ciò evidenzia la necessità clinica di lavorare sul recupero dell'autostima. Si osserva la centralità del ruolo del denaro all'interno di molte famiglie con un membro giocatore: denaro visto come soluzione di problemi, denaro cui si attribuisce un valore variabile a seconda dei momenti e delle circostanze (denaro speso con leggerezza in alcuni momenti e con estrema cautela in altri), denaro usato in sostituzione di transazioni emotive ed affettive, sono solo alcuni esempi di quella che appunto abbiamo chiamato relazione distorta con il denaro. Infine si assiste nell'ambito del deterioramento delle relazioni familiari, ad un attenuato accudimento dei figli con scarsa rispondenza ai loro bisogni materiali e psicologici, cosa che parrebbe sfociare in situazioni traumatiche di stress perdurante nel tempo, relazioni di attaccamento insicuro, ribaltamento dei ruoli famigliari che esitano nell'adulterizzazione precoce. Anche la ricerca scientifica riferisce che i figli di giocatori patologici sono psicologicamente abbandonati, presentano un calo nei risultati scolastici, hanno una probabilità doppia di rischi suicidari, hanno maggiori probabilità di abusare di alcool e sostanze stupefacenti, come pure di diventare a loro volta giocatori patologici. Questo aspetto, sovente trascurato nella presa in carico del giocatore dipendente, andrebbe invece attentamente considerato dagli specialisti per opportuni interventi. All'interno della famiglia proprio i figli rappresentano l'anello più debole della catena, tra il giocatore dipendente e il familiare co-dipendente, e necessiterebbero di uno specifico intervento precoce di sostegno.

#### **Alcuni strumenti diagnostici**

Velocemente accenniamo ad alcuni strumenti diagnostici che più estensivamente si troveranno descritti nella Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici di Capitanucci e Carlevaro (2004).

#### ***SOGS***

Il questionario SOGS, steso da Lesieur e Blume (1987), è forse il più noto tra gli strumenti di rilevazione del gioco patologico a livello mondiale. Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, permette di evidenziare velocemente la probabile presenza di problemi di gioco, consentendo di conoscere nei dettagli le abitudini degli intervistati. Fornisce informazioni su molteplici aspetti: il tipo di gioco privilegiato, la frequenza delle attività di gioco, e buona parte dei criteri del DSM. Il SOGS fornisce anche indizi preziosi sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, specificando se i familiari hanno già criticato le sue abitudini di gioco, o se la gestione delle sue finanze personali o del bilancio familiare suscita conflitti. Viene rilevato anche se i familiari del giocatore hanno o hanno avuto a loro volta un problema di gioco.

Numerosi studi (Ladouceur et al., 2003) dimostrano però che questo strumento per sua stessa natura tende a sovrastimare il numero di giocatori eccessivi. Tenuto conto della quantità rilevante di risposte false positive ottenute, e del fatto che chiunque richieda un trattamento per il gioco patologico ottiene almeno

un punteggio sufficiente a classificarlo giocatore d'azzardo patologico, non si dovrebbe stabilire alcuna diagnosi utilizzando solo tale questionario, e pertanto ad esso andrebbe associato almeno un secondo strumento.

### **DSM**

Il DSM a nostro avviso è utile che rimanga lo strumento diagnostico principale all'atto della presa in carico del giocatore, per poter sia comprendere quali sono gli elementi critici della patologia per quello specifico giocatore, sia eventualmente per avere elementi certi utilizzabili laddove in futuro fosse richiesto di rilasciare una certificazione diagnostica a scopo legale. Una guida pratica, di facile uso e di elevato rigore scientifico, è quella proposta da Ladouceur et al (2003) che consente un'associazione univoca tra sintomo e criterio. Riteniamo questa razionalizzazione operata da Ladouceur et al. sia estremamente importante ai fini del processo diagnostico e di una corretta inclusione di un giocatore nel disturbo di "gioco d'azzardo patologico". Proprio la natura dettagliata del lavoro di Ladouceur et al. non consente un efficace riassunto; pertanto si invita alla lettura di questi approfondimenti diagnostici nella loro interezza nel libro menzionato. A titolo esemplificativo si riporta un passo tratto dal volume, che fornisce specifiche utili a rilevare correttamente la presenza del quarto criterio, relativo alla sensazione sperimentata dal giocatore all'atto di tentare di ridurre o di interrompere la pratica del gioco. Secondo Ladouceur et al. "Il quarto criterio ha come oggetto i sintomi psicologici dell'astinenza. Un certo numero di giocatori si sente agitato, impaziente, o irritabile, quando tenta di smettere di giocare, o anche solo di ridurre l'intensità della sua attività. Sono riferiti anche sintomi neurovegetativi. Alcuni hanno a volte l'impressione che, trattenendosi o impedendosi di giocare, perdano un'occasione di vincere". Tuttavia spesso nella clinica è difficile per un giocatore correlare le emozioni sgradevoli alla sospensione dell'attività di gioco, e così facendo lo strumento non rileva un criterio che invece potrebbe essere presente per quella persona. A riguardo Ladouceur et al. suggeriscono di approfondire l'indagine anche in caso di risposta negativa, sollecitando il giocatore ad immaginarsi "a caldo" nella situazione di gioco e di essere costretto a interrompersi per motivi contingenti che verosimilmente il giocatore ha sperimentato nella sua storia di gioco reale: per esempio, l'obbligo di smettere per la chiusura del locale, per altri suoi impegni o perché il denaro era finito. Questa metodologia di indagine clinica ottiene risultati molto più veritieri che non la semplice applicazione del questionario DSM.

### **LIE BET**

Questo rapidissimo questionario, da utilizzare anche da chi non è specialista formato per orientare una scelta diagnostica od operativa, si basa sul fatto che, secondo Johnson et Al. (1997), non tutti i criteri diagnostici elaborati nel DSM-IV hanno la stessa valenza predittiva. I più frequenti, sempre secondo gli autori, sono la tendenza ad aumentare la quantità di denaro giocata e la tendenza a raccontare menzogne. È statisticamente raro che uno di questi criteri, o magari anche ambedue siano presenti in una persona che non abbia problemi di gioco. Questo test non dà nessun altro dato, se non appunto la presenza di un gioco problematico. Non è quindi in grado di distinguere tra gioco problematico e gioco patologico. Lo svantaggio potrebbe essere una soglia di inclusione troppo elevata, che lascerebbe fuori soggetti patologici (al contrario del SOGS che ce l'ha troppo bassa e classifica come patologici più soggetti del dovuto). Evidentemente non è legittimo porre una diagnosi solo su due criteri diagnostici (il DSM ne prevede la presenza di almeno 5). Quindi, questo test non ha un'applicazione diagnostica in senso stretto: ma può servire da strumento di screening, in un contesto non clinico.

### **PG-CGI - Pathological Gambling – Clinical Global Impression Scale**

È una semplice e pratica griglia di valutazione della gravità del disturbo e del miglioramento nel corso del trattamento, ideata da Hollander et Al. (1998). Una parte del test permette di valutare anche l'impressione del paziente, che si esprime sul suo vissuto. Il PG-CGI, compilato dall'operatore con cadenza settimanale, può essere usato sin dalla prima settimana di trattamento da solo oppure associato con una raccolta settimanale del decorso della gravità del disturbo.

## **SLUGS**

Questo recente strumento (Blaszczynski et Al., 2004) ha la particolarità di rilevare il gioco d'azzardo patologico non tanto a partire dalle conseguenze negative che esso ha avuto nella vita del soggetto (come fanno la maggior parte dei questionari di screening), quanto piuttosto dalla misurazione della perdita di controllo sul comportamento stesso in termini percentuali (altro elemento interessante). In questo senso, esso potrebbe riuscire ad identificare situazioni patologiche o problematiche precocemente rispetto all'accadimento di conseguenze negative per il soggetto e la sua rete sociofamiliare, e ciò potrebbe essere estremamente utile nella prevenzione. Vengono scelti due parametri chiave per misurare tale perdita di controllo: il fattore denaro speso ed il fattore tempo impegnato (messi in rapporto alle intenzioni ed alle disponibilità del soggetto). La valutazione di tutti questi elementi da parte del soggetto conduce ad un'autovalutazione in merito alla rilevanza dei problemi causati dal gioco d'azzardo nella sua vita e conseguentemente in merito alla necessità di chiedere aiuto. Un ultimo pregio, si riferisce alla semplicità dello strumento e alla sua facilità di applicazione, che non richiede un dispendio eccessivo di tempo (può essere anche autocompilato dal paziente), pur fornendo interessanti dati clinici.

### ***La passione del gioco***

All'inizio della presa in carico, Ladouceur et al. (2003) propongono questo esercizio al giocatore allo scopo di fargli assumere un certo distacco rispetto al suo problema di gioco. Esso consiste nel rappresentare, annerendo l'interno d'un cerchio vuoto, il posto che il gioco occupa nella vita del paziente. Nella maggioranza dei casi il giocatore colora più della metà del cerchio, o magari anche i tre quarti. La porzione annerita indica fino a che punto il gioco ha invaso e distrutto l'universo del giocatore. Questo esercizio dà al giocatore l'occasione di constatare che non si impegna più nella sua vita coniugale o familiare o nelle sue relazioni sociali, e si rende conto di quanto tutte le altre sue passioni e tutti gli altri suoi campi d'interesse siano stati sostituiti ed accantonati per il gioco.

### ***Formulario di auto osservazione***

Un altro strumento utilizzato da Ladouceur e la sua équipe (2003) è il formulario di autoosservazione, una scheda da compilare giornalmente da parte del giocatore, con funzione contemporaneamente diagnostica e terapeutica. Su di essa il giocatore registra un certo numero di informazioni che si riferiscono al suo problema di gioco. Ogni giorno riporta la sua valutazione su una scala da 0 a 100, in merito a: il suo livello di autocontrollo in rapporto al problema di gioco e alla sua soglia di tolleranza personale, ossia fino a che punto crede di saper resistere al gioco o di astenersene; il suo desiderio di giocare; la sua frequenza di gioco, precisando il numero di episodi di gioco avuti nel corso della giornata, il numero totale di ore consacrate al gioco, e l'ammontare del denaro perso, senza contarvi però le vincite; e per terminare, le emozioni che ha provato nel corso della giornata e il contesto o gli avvenimenti particolari che hanno potuto provocare l'episodio di gioco o suscitare il desiderio di giocare. Tale impegno comporta numerosi vantaggi. Ad esempio, poiché i giocatori hanno spesso la tendenza a minimizzare la portata del loro problema e l'entità delle somme di denaro che hanno perso al gioco, la scheda contribuisce a rendere consapevole il giocatore circa il suo problema di gioco, l'intensità del suo desiderio di giocare, e specialmente la rilevanza delle somme di denaro perse. Inoltre, l'auto osservazione permette al giocatore di constatare i progressi fatti nel corso della terapia, quantificando od oggettivando meglio i cambiamenti che avvengono. È in questo modo che alcune persone si rendono conto del valore dei miglioramenti sopraggiunti e trovano gli elementi che li motivano a proseguire nella loro impresa, anche se in precedenza potevano aver l'impressione di aver fatto pochi progressi. Infine, quando è riempita con cura, la scheda d'auto osservazione fornisce informazioni preziose su quanto capita settimana dopo settimana.

### ***Altri due strumenti proposti da Ladouceur***

A compendio degli altri strumenti proposti, Ladouceur et al. (2003) suggeriscono due strumenti per approfondire l'aspetto della motivazione al cambiamento. Il questionario "Motivazione a smettere di giocare" è una sorta di contratto steso col paziente, che mira a sondare le aspettative che egli nutre rispetto al

cambiamento, lavorando su quelle irrealistiche prima di raccogliere l'adesione alla cura. L'esercizio "Aspetti positivi e aspetti negativi del gioco", in cui si raccolgono vantaggi e svantaggi del gioco d'azzardo, consente al paziente e all'operatore di evidenziare non solo i buoni motivi per smettere di giocare, ma anche tutto quanto d'importante il gioco ha rappresentato nella vita del paziente, e che verrà inevitabilmente a mancare se decide di cambiare il suo stile di vita, come pure sarà appiglio per ricadere.

### ***Tutoraggio***

Il tutoraggio nasce all'interno del programma multimodale proposto da Cesare Guerreschi nella sua esperienza comunitaria con i giocatori presso la SIIPAC di Bolzano (2000). Lo scopo del lavoro di tutoraggio è quello di fare recuperare al giocatore un rapporto sano con il denaro, che nella maggior parte dei casi perde il suo valore concreto e viene così "sperperato" senza criteri o regole. La figura del tutor nasce con la funzione di affiancare il lavoro del terapeuta nell'ambito del processo di riabilitazione del giocatore d'azzardo patologico. Con tale obiettivo, il lavoro del tutor ha una connotazione prevalentemente di tipo educativo, anche se è coinvolto in processi psicologici significativi e delicati; infatti deve creare le condizioni per un rapporto di alleanza con il giocatore, sia per motivi pratici, sia perché parlare del denaro e del suo uso "nei minimi particolari", in una patologia basata, a livello comportamentale, sull'uso improprio del denaro, richiede cautela e attenzione ai processi che si scatenano nel corso del tempo. I suoi compiti sono: tracciare la situazione finanziaria in cui si trova il giocatore nel modo più preciso possibile; individuare un referente interno alla famiglia che accetti di prendersi carico della situazione economica e dell'amministrazione del flusso di denaro del giocatore; raccogliere gli scontrini e le ricevute di spesa del giocatore, in modo da ricostruire (anche attraverso l'uso di una tabella studiata ad hoc) i movimenti di denaro del giocatore; fungere da punto di riferimento nel caso in cui il giocatore sia indeciso rispetto all'ordine di priorità delle spese o per qualsiasi altra difficoltà; fare in modo che il giocatore maneggi poco denaro al giorno e in vista di spese già definite o necessarie, in modo da evitare "tentazioni" al gioco oppure spese inutili e superflue; restituire al giocatore la totale responsabilità di ciò che fa. I familiari, i parenti e gli amici devono essere avvisati del fatto che in futuro non verranno loro restituiti i soldi chiesti in prestito dal giocatore (ciò significa che la famiglia non coprirà più i suoi debiti, anche se in passato ciò è capitato) e che lui stesso sarà responsabile in prima persona del ripianamento dei debiti contratti. Il tutor ha inoltre un ruolo delicato anche con il referente familiare, che a un certo punto può essere stanco del suo ruolo e, senza esplicitarlo verbalmente perché non ne ha il coraggio o perché non ne è consapevole, può creare delle difficoltà concrete (ad esempio potrebbe dare più denaro di quello pattuito al giocatore, oppure non controllare le spese, agendo con maggiore superficialità). Il tutor ha infine un ruolo chiave anche rispetto alla gestione delle ricadute, che non devono essere demonizzate, ma al contrario dovrebbero assumere una valenza positiva: al giocatore infatti deve essere restituito che esiste la possibilità di parlarne in famiglia, in quanto bugie, menzogne e sotterfugi impediscono di recuperare un rapporto di fiducia e comprensione. Le riflessioni, le osservazioni, i problemi sorti nel percorso di tutorship vengono condivise con il terapeuta e ciò permette di procedere in modo sinergico nel lavoro di riabilitazione. Sarebbe auspicabile, secondo le autrici, specialmente in quelle situazioni dove sussiste una grave situazione debitoria che coinvolge istituti di credito, finanziarie, e similari enti creditori "forti", la figura affine al tutor del "mediatore legale". Questi avrebbe il compito, dopo avere formulato un quadro accurato della situazione patrimoniale e debitoria del giocatore, di prendere contatto con i creditori allo scopo di conciliare piani di rientro compatibili con la situazione economica del giocatore per evitargli condanne penali. La permanenza in trattamento del giocatore è ovviamente *conditio sine qua non* indispensabile per attivare e proseguire questo tipo di intervento, che non vuole essere "deresponsabilizzante", bensì rinviare ad un momento più opportuno della cura il fronteggiamento degli impegni e degli obblighi avventatamente assunti nella fase di gioco eccessivo.

### ***La psicoeducazione***

Il progetto di psicoeducazione per giocatori e familiari (Carlevaro, 2004) nasce nel contesto svizzero, dove dal 1996 esiste un gruppo di professionisti che aderiscono al RAT (Rete Azzardo Ticino), i quali of-

frono la possibilità d'informarsi sul gioco d'azzardo patologico, sulla sua origine, sulle situazioni che lo sviluppano, e sulla sua terapia. Questo programma, uno degli strumenti utilizzati dal RAT, nasce dalla riflessione che l'aggancio con i giocatori eccessivi è piuttosto difficoltoso e discontinuo. Per tale ragione, è stato strutturato questo intervento breve che mira a fornire il minimo di stimoli utili per affrontare in prima battuta il problema del gioco d'azzardo patologico; la psicoeducazione è offerta anche all'intera famiglia, se lo desidera, ed è utilizzabile anche nel caso in cui ci fosse solo un familiare del giocatore, e non il giocatore stesso. Fa parte delle tecniche del campo dell'educazione degli adulti, che, grazie alla strutturazione del contenuto, alla personalizzazione del materiale, alle ripetizioni secondo diverse modalità di presentazione, permette di spiegare ad un adulto come funzionino alcuni aspetti del comportamento umano: motiva, di solito, alla riflessione su di sé, e, nei casi più favorevoli, alla terapia. È una modalità d'intervento facilmente standardizzabile, perché viene preparata "a blocchi", su conoscenze note e già standardizzate loro medesime, ed è facilmente insegnabile. C'è un aspetto particolare che riguarda il linguaggio: vi si trovano molte affermazioni di tipo ex cathedra, anche se la tecnica utilizzata è dialogica, maieutica: le domande vengono poste spesso "a cascata", guidando il paziente verso la risposta attesa, che però deve in linea di massima raggiungere lui. Il programma psicoeducativo si compone di materiale per tre ore di "lezione", suddiviso in testi, esercizi a casa, questionari clinici e valutativi, sia per comprendere la gravità della situazione, sia poi per valutarne l'esito (follow-up). Il questionario clinico permette di raccogliere dati a fini conoscitivi (scientifici), mentre i questionari di valutazione permettono di valutarne l'efficacia e di migliorare l'intervento proposto. Gli esercizi a casa, da verificare all'inizio dell'incontro successivo, misurano anche la motivazione del paziente.

### Conclusioni

Alla luce della sintetica esposizione delle caratteristiche salienti della patologia e degli strumenti disponibili a rilevarla, risulta evidente la complessità del disturbo e l'ampiezza delle esternalità negli ambiti in cui il giocatore si muove. Ciò suggerisce l'elevato livello di specializzazione agli operatori e la massima cautela per trattare questo tipo di pazienti, come pure la necessità di piani individualizzati di trattamento che a partire dalla diagnosi (intesa in senso lato) ricomprendano azioni terapeutiche, educative, legali, sociali, ecc. a seconda dell'analisi del caso specifico. Gli obiettivi di trattamento andranno dunque definiti di volta in volta con il paziente e i suoi familiari, a seconda della situazione evidenziata. Se da un lato è difficile fare generalizzazioni in merito ad un iter di cura standardizzato, dall'altro ci sentiamo di raccomandare la presa in carico della famiglia, stante il certo coinvolgimento della stessa nelle situazioni gioco-correlate, in termini di co-dipendenza o di danno ricevuto, con un approccio multimodale, prevedendo interventi mirati. Infine, proprio per gli spunti clinici recenti che le autrici stanno maturando, si segnala la necessità di coinvolgere i figli presenti in famiglie dove vi è un problema di gioco d'azzardo patologico, anche con specifiche iniziative di prevenzione al disagio connesso ed eventualmente già con iniziative precoci di trattamento ad hoc.

### Bibliografia

- American Psychiatric Association (1980), *DSM III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (Third Ed.), APA: Washington DC.
- Biganzoli A., Capitanucci D., Scalas M. e Smaniotto R. (2005), *Non solo droghe. Viaggio nelle Dipendenze senza Sostanze. Un'esperienza di prevenzione attraverso l'uso del cinema*, Ed. And-in-Carta, Gallarate (Va).
- Blaszczynski A., Ladouceur R. e Shaffer H. (2004), "A science-based framework for responsible gambling: The Reno model", *Journal of Gambling Study*, 20: 301-317.
- Capitanucci D. e Carlevaro T. (2004), *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nella dipendenza da gioco d'azzardo*, cd-rom, Hans Dubois Ed., Bellinzona (CH).
- Capitanucci D., Smaniotto R., Biganzoli A., Capelli M., Alippi M. e Fantoni M. (2006), "Indagine sulle attitudini di assessment della patologia del gioco d'azzardo patologico in un campione di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta", *Rivista della Società Italiana di Medicina Generale*, 3: 7-9.
- Carlevaro T. (2004), *Psico-educazione per chi ha problemi di gioco d'azzardo eccessivo*, cd-rom, Hans Dubois Ed., Bellinzona (CH).
- Croce M. (2001), "Il caso del gioco d'azzardo: una droga che non esiste, dei danni che esistono", *Personalità/Dipendenze*, II: 225-242.

- Custer R.L. e Custer L.F. (1978), "Characteristics of the recovering compulsive gambler: a survey of 150 members of Gamblers Anonymous". *Atti, Fourth Annual Conference on Gambling*, Reno (NV).
- Guerreschi C. (2000), *Giocati dal gioco*, Ed. San Paolo, Cinisello Balsamo (MI).
- Hollander E., DeCaria C.M., Mari E., Wong C.M., Mosovich S., Grossman R. e Begaz T. (1998), "Short-term single-blind fluvoxamine treatment of pathological gambling", *American Journal of Psychiatry*, 155: 1781-1783.
- Johnson E.E., Hamer R., Nora R.M. e Tan B. (1997), "The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers", *Psychological Reports*, 80: 83-88.
- La Barbera D., Caretti V. e Craparo G. (2006), "Ipotesi di nuovi criteri diagnostici per l'addiction", *S&P: Salute e Prevenzione: La rassegna Italiana delle Tossicodipendenze*, 22, 43: 13-21.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C. e Doucet C. (2003), *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*, Centro Scientifico Editore Torino.
- Lesieur H.R. e Blume S.B. (1987), "The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers", *American Journal of Psychiatry*, 144(9).
- Miller W. e Rollnik S. (2004), *Il colloquio di motivazione. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze*, Ed. It. Erickson, Trento.
- Vaillancourt F. e Roy A. (2000), "Gambling and Governments in Canada, 1969-1988 : How much? Who pays? What Payoff?", *Special studies in taxation and Public Finance*, 2, Toronto: Canadian Tax Foundation.
- Valleur M. e Matysiak J.C. (2004), *Sesso, passione e videogiochi. Le nuove forme di dipendenza*. Bollati Boringhieri. Torino.