

Il gioco patologico

Michela Carreri¹

¹ Psicologo, psicoterapeuta, Povegliano Veronese

Riassunto

I “giochi d’azzardo” sono giochi il cui risultato è determinato dal caso. Per lo più sono ammessi in ogni parte del mondo e rappresentano un innocuo passatempo per le persone. Nel 3% dei casi, però, il gioco d’azzardo diventa patologico.

Il gioco d’azzardo patologico rientra nei Disturbi del Controllo degli Impulsi, inseriti nel DSM IV.

Secondo il cognitivismo, il gioco diventa patologico per il desiderio di guadagnare soldi, per un’erronea concezione dell’andamento del caso e per la differenza con cui vengono memorizzati gli eventi positivi e quelli negativi.

La terapia consigliata è un approccio che integra tra loro varie modalità di intervento.

Summary

Gamblings are all the games that have a result establish of the chance. Mostly, they are allow in each region of the world and they are harmless hobby for the people. Gambling is pathologic for a few people (3%).

Phatological gambling, in DSM IV, is in Impulse Control Disorders.

For the cognitive science, gambling is pathologic for desire to win money, for a wrong conception of the chance and for the difference which are memorize the positive and the negative events.

The most effective therapy is an approach that integrate different intervention.

Introduzione

La parola “azzardo” deriva dal francese *hasard*, che a sua volta deriva dall’arabo e significa “dado”. Oggi si è soliti riferirsi al gioco d’azzardo con la parola inglese *gambling* e ai giocatori col termine *gamblers*.

Vengono definiti “giochi d’azzardo” tutti quei giochi il cui risultato finale è determinato dal caso; rientrano in questa categoria i giochi dentro i casinò, le scommesse sulle corse dei cavalli e dei cani, le lotterie, il totocalcio, il lotto, il superenalotto, ecc. Tutte queste forme di gioco d’azzardo sono ammesse nella maggior parte dei paesi del mondo, e costituiscono una fiorente industria sia in Europa che negli Stati Uniti.

Il gioco d’azzardo ha profonde radici nella storia e nella cultura dei popoli: troviamo notizie già a partire dal 3000 a.C. nell’antico Egitto, ma anche in India, Cina e Giappone i più antichi manoscritti

portano testimonianze riguardanti scommesse al gioco dei dadi e alle corse dei carri. Le scommesse sulle corse dei cavalli nacquero in Gran Bretagna con Giacomo I all'inizio del 1600. Si sostiene che, visto che le corse dei cavalli erano generalmente popolari, rappresentavano l'opportunità più a portata di mano per chi volesse scommettere. Le lotterie divennero popolari in Europa quando, nel XVI secolo, Elisabetta I d'Inghilterra utilizzò questa forma di gioco d'azzardo per raccogliere soldi destinati alla riparazione dei ponti e delle fortificazioni costiere. A Blaise Pascal si deve l'invenzione della roulette e nel 1895 all'americano Charles Fey l'invenzione delle slot-machine (Caroli- Marinello, 1996).

Tra i primi "giocatori compulsivi" possiamo citare gli imperatori romani Caligola e Nerone, mentre in tempi più recenti si annoverano tra i celebri "perdenti" personaggi quali George Washington, il duca di Wellington, Dostoevskij e l'Aga Khan (Guerreschi, 1998).

Lo scrittore francese Roger Caillois (1958) definisce i giochi d'azzardo come "giochi umani per antonomasia". Solo l'uomo è stato in grado di inventare giochi che, anziché basarsi sull'abilità o sulle caratteristiche fisiche di un elemento, facessero solo riferimento al caso.

Nella maggioranza dei casi, per queste persone il gioco d'azzardo rappresenta un innocuo passatempo, che non mette a repentaglio i loro bilanci economici, la loro vita sociale, lavorativa e familiare. Per una minoranza, il tre per cento dei giocatori, rappresenta l'attività principale della loro vita: si tratta in questo caso di giocatori patologici. Le donne rappresentano il trenta per cento circa (Guerreschi, 1998).

In Italia si stima che su 45 milioni di persone tra i 18 e gli 80 anni, 8 milioni giochino a un solo gioco e 24 milioni a più di un gioco (Eurispes, 2000); nel 2008 gli italiani hanno speso circa 48 miliardi di euro per giocare. A questa impressionante cifra vanno aggiunti i miliardi spesi nel gioco clandestino, stimabile in circa un terzo di quanto speso nel gioco legale.

Il DSM-IV (APA, 1994) colloca il gioco d'azzardo patologico tra i Disturbi del Controllo degli Impulsi non classificati altrove, cioè tra quelle patologie caratterizzate dall'incapacità di resistere ad un desiderio non prorogabile, ad un impulso, o alla tentazione di compiere un certo comportamento, anche pericoloso. Chi ne soffre dice di provare una crescente sensazione di tensione o di eccitazione prima di compiere l'azione, seguite da piacere, gratificazione, sollievo. Dopo l'azione, si possono provare rimorso, autocolpevolizzazione, senso di colpa.

La caratteristica fondamentale del Gioco d'Azzardo Patologico è un comportamento persistente, ricorrente, e maladattivo di gioco d'azzardo che compromette le attività personali, familiari, o lavorative.

Fattori predisponenti

Il gioco d'azzardo patologico nasce dall'intreccio di fattori costituzionali e ambientali. Innanzitutto, il gioco d'azzardo patologico è più comune fra gli uomini che fra le donne. Significativi sono eventi luttuosi o di perdita, in conseguenza di divorzi o separazioni.

Moran (1975) rileva che persone soggette a sviluppare dipendenza abbiano una personalità insicura, immatura, inadeguata; la disponibilità ambientale è poi fattore di rischio per lo sviluppo del gioco problematico.

Secondo Volberg (1998) ci sono alcune variabili socio-demografiche, tipiche del giocatore patologico rispetto a quello non problematico:

- età non inferiore ai trent'anni;
- etnia non europea;
- celibato;
- mancanza di titolo di studio di scuola superiore;
- età in cui si incomincia a giocare più precoce (21 contro i 29 anni)

Tra i fattori a rischio familiare si può includere il fatto che i padri dei giocatori e le madri delle giocatrici presentano lo stesso problema dei figli rispetto al resto della popolazione (Pani-Biolcati, 2006).

Inoltre, è più probabile che le donne giocatrici siano sposate con un alcolista, spesso assente da casa.

Tra i fattori predisponenti si segnalano (Guerreschi, 1998):

- genitore alcolista;
- perdita di un genitore (per decesso, divorzio o abbandono) prima dell'adolescenza;
- assenza affettiva dei genitori;
- incongruenza delle regole date dai genitori o rigidità eccessiva;
- poca attenzione al risparmio e alla pianificazione del bilancio familiare;
- esposizione al gioco d'azzardo in famiglia.

Fasi del gioco d'azzardo patologico

Si è già detto che il gioco d'azzardo patologico è una malattia progressiva; ciò significa che è possibile individuare delle fasi di sviluppo della patologia. Lo schema più frequentemente utilizzato è quello elaborato da Custer (1982).

1) Fase Vincente

È caratterizzata dal gioco occasionale. In questa fase, il giocatore gioca soprattutto per divertirsi e passare il tempo.

Si tratta di una fase tipicamente maschile: è difficile che le donne (a causa di vari fattori, quali il minore interesse per i numeri e le strategie di gioco) attraversino una fase iniziale di vincita. Tale fase dura generalmente dai tre ai cinque anni e durante questo periodo il giocatore vince più spesso di quanto perda. Questo fatto, insieme alla presenza, di solito, di una "grossa vincita" (intendendosi con questa una vincita uguale ad almeno un anno di stipendio), rinforzano nel giocatore l'idea di essere più abile degli altri e di

essere un grande giocatore. Si convince di potere diventare un giocatore “professionista”, e spesso si percepisce come tale, sviluppando fantasie di vittoria e di successi esagerati.

Questa situazione lo fa investire sempre più tempo e più denaro nelle attività di gioco, e da questo momento in poi incomincia a perdere.

2) Fase Perdente

Durante questa fase, che dura in media più di cinque anni, il giocatore spende sempre più tempo e più soldi nel gioco. Non è più un passatempo per stare insieme agli altri, diventa un gioco solitario.

Quando incomincia a perdere, il giocatore dà la colpa ad un periodo sfortunato. Cambia anche il tipo di scommesse: punta sui giochi che gli danno poche possibilità di vincita, ma che promettono vincite molto alte. Le perdite, a questo punto, superano le vincite.

A questo punto inizia “l’inseguimento della perdita”: il giocatore torna spesso a giocare per recuperare il denaro. A causa dell’urgente bisogno di denaro con cui giocare, il giocatore incomincia a chiedere prestiti, ed incominciano le bugie. Parla spesso della sua abilità nel gioco e delle sue vincite, molto più raramente delle perdite.

Il giocatore si trova sempre più in gravi difficoltà finanziarie, solitamente riesce a convincere i suoi familiari, parenti o amici, di qualche causa di forza maggiore, che rende necessario il ricorso ad un prestito. Il gambler chiede più denaro di quanto non gli serva per saldare i debiti di gioco, in modo da averne anche per giocare. Spesso preferisce “investire nel gioco” i soldi prestatigli, che pagare i debiti.

In questa fase il soggetto diventa più irritabile e agitato.

3) Fase Della Disperazione.

In questa fase, il giocatore ha perso completamente il controllo sul gioco.

Gioca per lenire le sofferenze, per lo più causate dal gioco stesso, e continua a giocare anche se sa che continuerà a perdere. Anche le bugie sono fuori del suo controllo: quando gli altri non gli credono, diventa aggressivo e li accusa di essere la causa del suo problema.

Ha un assoluto bisogno di ottenere il denaro con cui giocare. La sua famiglia è allo stremo e prende in considerazione l’idea di abbandonarlo (quando non lo ha già fatto).

In questo periodo il giocatore, per procurarsi soldi, può far ricorso ad attività illegali, quali appropriazione indebita e furti di vario genere. Considererà il denaro così ottenuto come un prestito, da restituire grazie alla “grossa vincita” che è sicuro di ottenere di lì a poco.

4) Fase Cruciale

Le sofferenze che si riversano sui famigliari del giocatore (se li ha ancora vicini) si manifestano in vari modi: sono indietro con i pagamenti, sono senza risparmi, hanno difficoltà a procurarsi soldi, alcuni parenti o amici non gli rivolgono più la parola, le carte di credito sono state bloccate. I familiari sanno che il loro congiunto continua a giocare e mente continuamente. Lo hanno sentito più volte promettere di

smettere di giocare, ed hanno potuto constatare che le promesse non hanno avuto seguito. Il partner, spesso, cede alla depressione, ma, poiché non vuole che si sappia del problema di gioco, si limita a chiedere al coniuge di smettere di giocare.

Da parte sua, il giocatore persiste nel suo comportamento. È convinto che le sue bugie siano credute ed aumenta l'intolleranza verso coloro che non soddisfano le sue richieste. Esteriormente, incolpa tutti tranne se stesso per la situazione nella quale si trova. Internamente, invece, il giocatore è angosciato. Vorrebbe smettere, ma “deve giocare”; non sa spiegare perché, ma deve farlo. Il suo desiderio di autopunirsi lo porta a pensare frequentemente di farla finita e, molto più spesso di quanto si pensi, arriva al suicidio.

La mancanza di informazioni sulla malattia, uniti all'orgoglio, impediscono al partner di reagire. Devono accadere fatti traumatici, quali un arresto del giocatore o un tentativo di suicidio, perché il coniuge dia un ultimatum al suo partner o lo abbandoni. La maggior parte dei giocatori (in particolare quelli di sesso maschile) accetta di intraprendere una terapia solo dopo avere ottenuto un ultimatum dal coniuge e dopo avere esaurito tutte le possibili fonti di denaro per giocare.

Le ultime tre fasi sono le cosiddette “fasi di guarigione”, durante le quali il gambler chiede aiuto e inizia la terapia riabilitativa.

5) Fase Critica

In questa fase il giocatore ritiene di avere realisticamente bisogno di aiuto e smette di giocare.

Insieme a professionisti incomincia a rendersi conto della patologia, affronta i suoi problemi, torna a lavorare e sviluppa un programma di risarcimento dei debiti.

6) Fase di Ricostruzione

È il momento di un miglioramento dei rapporti familiari, di una riprogettazione del futuro, del recupero del rispetto di se stesso. Il paziente è meno irascibile.

7) Fase di Crescita

In questa fase diminuisce la preoccupazione legata al gioco, si recuperano in modo più stabile i rapporti con gli altri e si affrontano con maggiore lucidità i problemi.

L'approccio cognitivo-comportamentale

Secondo il cognitivismo, il fattore principale che fa diventare patologico il gioco d'azzardo è il desiderio di guadagnare soldi. A questo si accompagna la concezione erronea dell'andamento del gioco, che consiste in un'errata interpretazione del caso: il giocatore crede di poter prevenire alcune situazioni, casuali, in base a “calcoli” (illusione di controllo) o a credenze erronee (per esempio, si crede di essere in procinto di vincere perché fino a quel momento si sono ottenute solo delle sconfitte). La mente umana attribuisce significati, opera con senso logico e spiega, in maniera ingannevole, i dati percettivi. Ciò porta il soggetto a ripetere i suoi tentativi di gioco.

Con un esperimento, Ladouceur e Walker (1996) dimostrano come i fattori cognitivi siano determinanti nello sviluppo e nel mantenimento del gioco problematico. Ai soggetti dell'esperimento era chiesto di pensare ad alta voce mentre giocavano al black jack, alla roulette, al video-poker, alle slot-machine. I risultati evidenziano che "il 75% delle loro percezioni erano erronee e la maggior parte deriva dalla nozione di azzardo. Ciò porta i giocatori ad alimentare illusioni di controllo e favorisce l'idea che potessero predire i risultati di questi giochi. Queste concezioni errate li spingevano inoltre a sviluppare delle strategie e a credere che la loro abilità avrebbe aumentato le possibilità di vincita" (Ladouceur e Walker, 1996).

Alcune credenze erronee tratte dall'esperimento sono:

- sento che sto per vincere, aumento la puntata;
- punto sempre gli stessi numeri, prima o dopo usciranno;
- sono ispirato, scelgo la macchina buona;
- quando gioco di notte vinco di più;
- perdo da tre volte di seguito, ora devo vincere;
- se continuo a giocare, la fortuna arriverà prima o poi.

La teoria cognitiva oltre a prestare attenzione al rapporto che il giocatore ha con il caso, tiene conto anche del collegamento tra gioco e assunzione di rischio: tale comportamento a rischio è un mezzo per raggiungere uno scopo. Il giocatore vede nel gioco un'opportunità. Anche in questo caso, alla base c'è una concezione disfunzionale che motiva il giocatore a ripetere il comportamento problematico. Il soggetto sembra rispondere alla definizione che Zuckerman (1979) dà di *sensation seeker*, cioè persona che ha una forte propensione al rischio. Secondo Zuckerman c'è una connessione tra propensione al rischio come tratto di personalità e gioco patologico.

Le caratteristiche collegate a questo tratto sono analoghe a quelle del gambler:

- ricerca del brivido tramite continuo desiderio di esperienze;
- disinibizione;
- tendenza a evitare situazioni poco stimolanti e quindi a provare inquietudine se le si sperimenta.

Anche Le Breton (1995) è d'accordo che l'assunzione di rischio (risk-taking) cresce mano a mano che il gioco diventa un'abitudine per il giocatore. Essi sovrastimano le probabilità che hanno di vincere e continuano a giocare perché prima o poi si rifaranno delle perdite.

Da ultimo si deve ricordare che gli eventi positivi sono appresi più velocemente e vengono memorizzati più a lungo di quelli negativi. I gamblers ricordano le vincite che hanno innalzato il loro arousal e dimenticano le perdite (Dickerson, 1984). Sembra che l'innalzamento dell'arousal agisca da rinforzo nel mantenimento del gioco. Una variazione dell'arousal, unita ai tempi, ai luoghi e ai vari tipi di gioco, contribuisce a sviluppare la dipendenza dal gioco d'azzardo.

Indicazioni terapeutiche

Data la complessità del disturbo, tale da modificare molte aree della vita della persona, è utile usare un approccio che implichi più modalità di intervento che interagiscono tra loro.

Indispensabile è formare tutti gli operatori coinvolti nel processo terapeutico, facendogli acquisire nozioni indispensabili a conoscere la malattia e le terapie che ad essa si applicano.

La cosa fondamentale da dire e ricordare al paziente è che la malattia si può solo sospendere: questo significa che il giocatore deve rimanere in astinenza. Diversamente, il rischio di ricadute è sempre in agguato (Guerreschi, 1998).

Psicoterapia individuale

Il giocatore che chiede aiuto è giunto ad un punto tale che si trova di fronte ad una situazione ingestibile, soprattutto dal punto di vista finanziario. Di solito sono i familiari che prendono i primi contatti con i professionisti. La prima questione da porsi è stabilire se il problema del gioco patologico sussiste oppure no e quale sia la gravità della situazione, attraverso colloqui e strumenti diagnostici specifici.

Bisognerà, inoltre, indagare la presenza di eventuali patologie in comorbilità, che renderebbero necessari trattamenti specifici prima di prendere in carico il paziente per il problema del gioco d'azzardo. Spesso, tuttavia, le persone cercano aiuto per le malattie comorbili e poi manifestano di essere gamblers, poiché non considerano tale disturbo molto invalidante.

In seguito, anche se il giocatore è deciso a entrare in trattamento, bisogna stabilire un contratto con esso, che raccolga l'adesione alla cura e indaghi le aspettative che ha il paziente rispetto al trattamento e al cambiamento che il percorso comporterà.

È necessario indagare anche l'area affettiva e relazionale, perché il giocatore chiede una consultazione quando le sue relazioni hanno già subito gravi danni. Ciò lo porta a provare sentimenti d'impotenza, colpa, angoscia che potrebbero minare la possibilità di ottenere benefici dal trattamento.

Uno dei primi problemi da affrontare è una distorta percezione della realtà che porta il giocatore a ritenere che il problema da risolvere sia rappresentato dai debiti e non dal gioco. Il terapeuta deve aiutare il paziente a spostare il problema dalla crisi economica al comportamento. Bisogna fargli assumere un certo distacco rispetto al problema del gioco per fargli capire il carattere distruttivo che esso ha. Per far ciò si può usare uno strumento proposto da Ladouceur (2003), che consiste nel rappresentare, annerendo l'interno di un cerchio vuoto, il posto che il gioco occupa nella vita del paziente. La maggior parte colora più della metà del cerchio. La persona, parlando delle cose a cui ha dovuto rinunciare si rende conto di quanto le sue relazioni e le sue passioni siano state accantonate o sostituite dal gioco. Successivamente è necessario far emergere in lui la volontà di riprogettare un futuro senza gioco.

Di grande utilità è la compilazione da parte del giocatore di una scheda d'auto-osservazione, che andrà fatta per tutta la durata della terapia (Ladouceur, 2003). Tale scheda misura, su una scala da 0 a 100, il livello di autocontrollo in rapporto al problema di gioco e alla tolleranza personale, il desiderio di giocare, la frequenza di gioco, l'ammontare del denaro perso (senza contare le vincite). Poiché i gamblers tendono a minimizzare il loro problema e la quantità di soldi persi al gioco, la scheda rende consapevole il soggetto del suo problema, dell'intensità del desiderio di giocare e della rilevanza delle somme di denaro perse. Inoltre, gli permette di rendersi conto dei progressi fatti durante la terapia, quantificando e oggettivando i cambiamenti che avvengono. In questa maniera le persone trovano elementi che li motivano a proseguire il percorso terapeutico.

La valutazione dell'aspetto cognitivo è molto importante, poiché guida i comportamenti dei giocatori. Sembra, infatti, che i pensieri erranei rispetto al gioco (superstizioni, illusioni di controllo, speranza di rifarsi) siano fattori critici per una buona o cattiva terapia (Ladouceur, 2003). Si deve usare la ristrutturazione per modificare i percorsi cognitivi dei giocatori. Non appena le persone capiscono quali sono gli errori di pensiero che compiono e quali conseguenze hanno nel processo usato per prendere decisioni, gli è più facile metterli in discussione. Riconoscere la relazione tra i pensieri e la decisione di giocare o non giocare, permette al soggetto di considerare la rinuncia al gioco come una scelta ragionevole e non come una privazione.

Il terapeuta deve far esprimere al giocatore i pensieri legati alla convinzione di vincere o di prevedere il risultato (elementi indispensabili da eliminare per ottenere risultati positivi a lungo termine) (Ladouceur, 2003). Evidenziando le principali distorsioni cognitive, il giocatore dovrà metterle in dubbio e identificare nuovi pensieri, per lui significativi, che lo aiutino a recuperare il controllo e a dominare il desiderio di giocare.

Attraverso la psicoterapia individuale e l'apprendimento di strategie di coping, alla base delle quali c'è il pensare prima dell'agire, il paziente prenderà anche coscienza dei propri limiti e delle sue reali possibilità, dei propri bisogni e desideri che gli consentiranno di fissare obiettivi raggiungibili. Si aiuterà inoltre la persona a riscoprire interessi che aveva in precedenza o a trovarne di nuovi che sostituiscano il gioco.

Psicoterapia della famiglia

La terapia familiare porta la famiglia a imparare ad accettare che il gioco d'azzardo è un sintomo. La famiglia si rende inoltre consapevole che anche le relazioni familiari possono essere o possono essere state malate, contribuendo alla nascita e allo sviluppo della patologia in un suo componente.

Il gioco aggredisce un sistema, la famiglia, attraverso il comportamento del giocatore che mira al proprio interesse. Ciò rompe un equilibrio e comporta lo sviluppo di una situazione instabile, arginata dal tentativo di creare un nuovo equilibrio, patologico. I comportamenti dei familiari cambiano. Il giocatore

viene etichettato come colui che "ha il problema", colui che bisogna controllare, al quale dare poche responsabilità. La terapia deve agire sulla famiglia cercando di modificare quei comportamenti patologici quasi automatici, che tutti i membri della famiglia hanno in funzione della ricerca di nuovi atteggiamenti.

Il primo passo consiste nel conoscere il gioco d'azzardo e imparare ad accettarlo come una malattia, per togliere al giocatore l'etichetta di deviante. Inoltre, i membri della famiglia devono essere disposti sia a ridare fiducia a una persona che per molto tempo ha mentito, sia i ruoli che gli competono (per esempio marito, padre, figlio, fratello). Per ottenere ciò bisogna puntare sullo sviluppo di una nuova comunicazione, che elimini quella preesistente e sulla modificazione delle relazioni, entrambe patologiche.

Programma di psico-educazione

Il programma di psico-educazione è stato elaborato perché sono pochi i giocatori patologici che si impegnano nella terapia, così come i loro familiari (Capitanucci-Carlevaro, 2004).

Generalmente, chi prosegue le sedute è perché ha anche problemi familiari, con l'alcol, o è in fase depressiva.

Tale programma offre la possibilità di informare sul gioco d'azzardo patologico in breve tempo: sulla sua origine, sulle situazioni che lo mantengono e sulla sua terapia. Ha anche funzione preventiva, poiché conoscere le circostanze rende attenti, perché aumenta la possibilità di discriminare. Può essere usato dai familiari, anche senza il giocatore stesso. Consiste di poche sedute con un terapeuta e in esercizi da fare a casa. Le domande della psico-educazione sono "a cascata", guidano il paziente verso la risposta attesa che, comunque, deve raggiungere lui.

All'inizio del programma si indaga la richiesta portata dal giocatore, la sua motivazione a chiedere aiuto, la storia del gioco, la sua intensità e le sue conseguenze.

In seguito si danno informazioni sul caso, l'azzardo, i giochi d'azzardo. Si indagano le ragioni per le quali le persone giocano, il ruolo del denaro e cosa fa diventare il gambling una patologia. Si indicano le prime misure da prendere: astinenza dal gioco, controllo finanziario, lista dei debiti (che vanno sempre pagati). Si informa il paziente su come gestire il desiderio di andare a giocare e cosa fare se la persona mette in atto il comportamento patologico.

Infine si stimola il giocatore a mettere in atto comportamenti che diano ricompense e rinforzi positivi, per recuperare l'esperienza della gratificazione nella quotidianità (ristabilire relazioni positive con i familiari, ritrovare amicizie perdute e interessi piacevoli, persi a causa del gioco). Inoltre si dovrebbero spiegare le possibilità di cura esistenti, le eventuali ricadute e il modo in cui affrontarle.

Il tutor

La figura del tutor nasce per definire un piano di risanamento dei debiti, per mezzo del quale il giocatore allevierà lo stress dovuto alle pressioni economiche (Guerreschi, 1998). Il tutor pone i debiti su una scala di gravità, collocando al primo posto quelli che possono comportare conseguenze di tipo giuridico, fino ad arrivare a quelle che coinvolgono i familiari. Il paziente così recupera un rapporto sano con i soldi, che durante la malattia hanno perso il loro valore e sono stati sperperati senza regole.

I compiti del tutor sono (Capitanucci-Carlevaro,2004):

- definire la situazione finanziaria del giocatore;
- individuare un referente tra i familiari che amministri il denaro del giocatore e gli consegni solo il necessario. Per evitare che il paziente si senta umiliato e frustrato da questa situazione, il familiare che gestisce i soldi deve dare un po' di fiducia al proprio congiunto, evitando di assumere un atteggiamento esclusivamente autoritario o chiedendo informazioni sull'uso del denaro o negandolo;
- raccogliere gli scontrini e le ricevute delle spese effettuate dal giocatore, per valutare il senso di responsabilità rispetto al denaro che gli viene affidato;
- fungere da punto di riferimento se il paziente è indeciso su come effettuare delle spese o per qualsiasi difficoltà;
- cercare che il giocatore maneggi pochi soldi, utili per spese già definite o necessarie;
- restituire al giocatore la responsabilità delle sue azioni.

Il tutor deve creare un'alleanza col giocatore sia per motivi pratici (risolvere i problemi economici), sia perché parlare del denaro e dell'uso che se ne fa con un estraneo potrebbe essere visto come un controllo invadente e fastidioso.

Inoltre tale figura aiuta il giocatore nella gestione delle ricadute. Il paziente deve capire che tali incidenti di percorso possono capitare e che deve parlarne con la famiglia, evitando bugie che impediscono il recupero di un rapporto basato sulla fiducia e la comprensione.

Il tutor deve anche creare un rapporto d'alleanza col familiare referente e sostenerlo quando questi si dimostri stanco e demotivato per il ruolo assunto.

Il percorso di tutorship, così come il lavoro svolto dagli altri agenti del percorso terapeutico, deve essere condiviso dagli operatori, in modo da permettere che la riabilitazione sia sinergica.

Gruppi di auto aiuto

Sono gestiti da operatori opportunamente formati. Il loro programma ha come scopo l'arresto della patologia, non la rimozione delle cause, compito dello psicoterapeuta.

Il giocatore riesce a osservare come sia possibile realizzare gli obiettivi previsti dal programma di recupero. Inoltre, confrontando la sua situazione personale con quella degli altri membri e individuando

delle analogie, allevia il senso di solitudine che aveva prima di entrare in trattamento e gli fa sentire di non essere "il solo".

Esistono anche gruppi per familiari. In questi gruppi i familiari ricevono sostegno attraverso la condivisione dei propri vissuti. Gli operatori, inoltre, forniscono informazioni sulla malattia e aiutano i famigliari a restare vicino ai propri cari prima e dopo la cura. Vengono inoltre preparati ad affrontare le emergenze che si troveranno a dovere fronteggiare a causa della malattia del loro congiunto.

Altre figure di aiuto utili in fase di trattamento

Consulenza legale. Il compito dell'avvocato non riguarda solo le conseguenze legali e civili legate ai reati commessi per finanziare il gioco o per ripagare i debiti, ma anche la tutela del patrimonio del giocatore e della sua famiglia. Fornisce assistenza ai familiari per quanto riguarda il modo per proteggersi dalle conseguenze del comportamento del giocatore. Frequentemente il legale si occupa di situazioni che riguardano il regime patrimoniale tra i coniugi e di separazioni, anche solo proforma, per salvaguardare i membri della famiglia. Tale figura è utile anche quando c'è una grave situazione debitoria che coinvolge istituti di credito, finanziarie. Questa persona contatta i creditori per pianificare il saldo dei debiti, compatibilmente con la situazione economica del giocatore, al fine di evitargli condanne penali. Questo intervento si attua se il giocatore prosegue il trattamento, non è deresponsabilizzante, ma rinvia a un momento più adeguato il fronteggiamento, da parte del paziente, degli obblighi assunti durante il gioco eccessivo.

Consulente finanziario. Propone iniziative volte a risanare la situazione finanziaria del paziente.

Psichiatra. Tale figura è utile data la probabilità che possa esserci comorbilità del gioco patologico con altre patologie psichiatriche.

Da quello che è emerso appare chiaro che solo la sinergia di più figure può aiutare i giocatori d'azzardo patologici. Ideale sarebbe il loro inserimento in comunità terapeutiche. La struttura comunitaria permette una maggiore percentuale di successo nel trattamento. Essa deve prefiggersi dei traguardi terapeutici: astinenza, riabilitazione fisica e psichica, integrazione sociale e condotta di vita autonoma (Guerreschi, 1998).

Bibliografia

American Psychiatric Association , 1994, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, Masson, Milano, 1995.

Blaszczynski A., 1999, *Pathological Gambling and Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders*, "Psychological Reports" 84, 1 pp. 107-13.

Blaszczynski A., 2000, *Pathways to Pathological Gambling: Identifying Typologies*, "Electronic Journal of Gambling Issues", 1, marzo, www.camh.net/egambling/feature.

- Caillois R., 1981, *I giochi e gli uomini*, Bompiani, Milano.
- Capitanucci D., Carlevaro T., 2004, *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel disturbo di gioco d'azzardo patologico*, Hans Dubois, Svizzera.
- Carlevaro T., 2004, *Psico-educazione per chi ha problemi di gioco d'azzardo eccessivo*, Hans Dubois, Ch.
- Caroli R., Marinello D., 1996, *Il grande libro dei giochi*, De Vecchi, Mantova.
- Custer R., 1982, *Pathological Gambling*, Year Book Publication, New York.
- Dickerson M.G., 1984, *La dipendenza da gioco*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Eurispes, 2000, *Giochi, scommesse e lotterie: italiani d'azzardo. Indagine sul gioco in Italia*, disponibile su www.eurispes.com/Eurispes/azzardo/default/htm.
- Guerreschi C., 1998, *I costi sociali e finanziari associati al Gioco d'Azzardo Patologico*, Bolzano, S.I.A.
- Guerreschi C., 1998, *Le frontiere del gioco d'azzardo. Dal divertimento alla patologia*, Conferenza sul Gioco d'Azzardo Patologico, Kolpinghaus.
- Guerreschi C., 2000, *Giocati dal gioco*, San Paolo, Milano.
- Ladouceur R., Walzer M., 1996, *A Cognitive Perspective on Gambling*, in *Trends in Cognitive and Behavioural Therapies*, a cura di P.Salkovskis, John Wiley and Sons, Chicester, pp. 89-120.
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C., 2003, *Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling*. Edizione Italiana a cura di Capitanucci D., Carlevaro T., Centro Scientifico Editore, Torino.
- Le Breton D., 1995, *La passione del rischio*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
- Lesieur H.R., Blume S.B., Zoppa R.M., 1986, *Alcoholism, Drug Abuse and Gambling*, "Alcohol Clin Exp Res", 10, pp. 33-38.
- Moran E., 1975, *Pathological Gambling*, "British Journal of Psychiatry, Special Publication", 9, Contemporary Psychiatry. Royal College of Psychiatrists, Londra.
- Organizzazione Mondiale della Sanità, 1992, *ICD-10, decima revisione della Classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*. Edizione italiana a cura di Kemali D., Maj M., Catapano F., Lobracc S., Magliano L., Masson, Milano.
- Pani R., Biolcati R., 2006, *Le dipendenze senza droghe*, UTET, Novara.
- Volberg R.A., 1998, *Il gioco d'azzardo negli Stati Uniti: studi sulla prevalenza del fenomeno*, "Medicina delle tossicodipendenze", 18, pp. 23-27.
- Zuckerman M., 1979, *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*, Erlbaum.

Michela Carreri

**Psicologo, psicoterapeuta, Povegliano Veronese
Specializzata a Verona (APC), training Ivaldi e Perdighe**

e-mail: carreri.michela@gmail.com

*Per comunicare con l'autore potete scrivere alla mail
personale, se fornita, o a quella della rivista:
psicoterapeutiinformazione@apc.it*

Psicoterapeuti in-formazione è una rivista delle scuole di formazione APC (Associazione di Psicologia Cognitiva) e SPC (Scuola di Psicoterapia Cognitiva). Sede: viale Castro Pretorio 116, Roma, tel. 06 44704193 pubblicata su www.psicoterapeutiinformazione.it