



Gruppi d'Azzardo

Atti del Simposio
Residenziale
per Conduttori di
Gruppi per
Giocatori d'Azzardo
e loro Familiari

Vinci

18 e19 marzo 2010



**A cura di
Daniela Capitanucci**

Gruppi d'Azzardo

Con l'incremento esponenziale dell'offerta di gioco pubblico sono aumentate in parallelo anche le richieste di aiuto di persone colpite da Gioco d'Azzardo Patologico (GAP).

In sordina sono state attivate risposte cliniche nell'ambito Pubblico, del Terzo Settore o in collaborazione, divenute oggi un patrimonio spesso misconosciuto dalle Autorità, ma ben usufruito dai cittadini.

L'assenza di politiche socio-sanitarie nazionali non ha dunque impedito il fiorire, disomogeneo e variegato, di preziose sperimentazioni di cura e di auto - mutuo - aiuto rivolte alle famiglie con problemi di GAP, grazie all'impegno e professionalità di Operatori che con risorse inadeguate ogni giorno tentano comunque di sopperire a questa deplorabile ambivalenza di Stato.

Il presente volume testimonia questa fervente attività umana e scientifica, a dispetto di chi ancora oggi dice che la patologia da gioco non esiste, in quanto "invenzione di moralisti di minoranza".

Venti esperienze di gruppo con diversi modelli di riferimento, 54 casi descritti in dettaglio, indicatori di esito dei trattamenti, suggerimenti *peer-to-peer*, rappresentano un'utile lettura per chiunque desideri comprendere i devastanti risvolti clinici di questa patologia e le difficoltà a trattare una sottaciuta quanto insidiosa dipendenza senza sostanza.

Il volume è rivolto anche a chi desideri "azzardare" aprendo un nuovo gruppo sul suo territorio, per arrivare magari - proprio come è capitato a noi partecipanti del Simposio per Conduttori - a chiedersi un giorno (mai troppo sul serio!): "ma chi ve l'ha fatto fare di aprire un gruppo?". E da lì, ripartire con nuovo entusiasmo.

Copyright © 2010, by *And-in-Carta*, Gallarate (Va)

ISBN: 88-89895-07-1

Stampato e distribuito grazie al contributo del 5 x 1000 e ad un autofinanziamento di AND

Vietata la vendita



A cura di Daniela Capitanucci

Gruppi d'Azzardo

Atti del Simposio Residenziale
per Conduttori di Gruppi
per Giocatori d'Azzardo e loro Familiari
Vinci, 18-19.03.2010

And-in-Carta 2010



**Copyright © 2010 by And-in-Carta, Gallarate (Va)
ISBN: 88-89895-07-1**

**Volume stampato e distribuito gratuitamente grazie al contributo del 5x1000
integrato da un autofinanziamento di AND**

Vietata la vendita.

Autorizzata la riproduzione citando la fonte.

Indice

PREFAZIONE	7
Eziologia del simposio residenziale per conduttori di gruppi per giocatori d'azzardo e loro familiari	
INTRODUZIONE	12
Si fa presto a dire gruppo!	14
I partecipanti al simposio	
La costruzione di una rete di esperienze	20
Una rete di professionisti	21
PRIMA PARTE – VENTI ESPERIENZE DI GRUPPO	23
Esperienze condotte nell'ambito dei Servizi Pubblici	25
<i>Avanzi M., Cabrini S.</i> – La carta d'identità del gruppo del SerT di Cortemaggiore (PC)	27
<i>Devietti Goggia F.</i> – Gruppo gioco d'azzardo patologico, ASL TO3 Piemonte	47
<i>Pellegrini E.</i> – Il gruppo familiari, ASL TO3 Piemonte	56
<i>Fiorin A., Fraccaro S.</i> – Gruppo prevenzione delle Ricadute, SerT di Castelfranco Veneto, ULSS 8	60
<i>Giustina L, Lo Nardo V.</i> – La carta d'identità del gruppo per giocatori del SerT di Parma	79
<i>Prever F., Locati V.</i> – “A che gioco giochiamo?": gruppo di motivazione e sostegno alla cura rivolto a giocatori patologici	90
<i>Queirolo C., Celle S.</i> – Gruppo gioco d'azzardo	98
Esperienze in collaborazione tra Servizi Pubblici e Privati	103
<i>Biganzoli A.</i> – Il gruppo terapeutico “AND” per giocatori di Legnano	105
<i>Colombo A., Smaniotto R.</i> – Gruppo psicoeducativo per familiari di giocatori d'azzardo	121
<i>Boni D., Giachero L., Rossi F.</i> – I gruppi per giocatori e loro familiari del servizio terapeutico riabilitativo ambulatoriale “Play Off”	127
<i>Forza C., Stimamiglio I.</i> – L'esperienza del gruppo di auto mutuo aiuto per famiglie con problemi d'azzardo – Basso Polesine	145

Esperienze condotte nell'ambito dei servizi privati e del Terzo Settore	159
<i>Cezza S., Toniolo A.</i> – La carta d'identità del gruppo "terapia per giocatori e familiari" della Cooperativa Sociale Nuova Vita di Vicenza	161
<i>Bogoni G., Zanon F.</i> – Il gruppo per il gioco d'azzardo problematico della Cooperativa Sociale Nuova Vita di Vicenza	171
<i>Capitanucci D., Smaniotto R.</i> – "And-in-gruppo" gruppo di aiuto psicologico per giocatori e loro familiari	176
<i>Caroni U.</i> – Azzardopoint PG XXIII Reggio Emilia	199
<i>Dallago P.</i> – La carta d'identità del gruppo "A che gioco giochiamo"	229
<i>Oliva S.</i> – Il gruppo Giocatori in trattamento (GGT) presso la casa di cura Le Betulle di Appiano Gentile (Co)	233
<i>Persi M.</i> - Gruppi di auto mutuo aiuto per il gioco d'azzardo	243
<i>Zerbetto R., Puntellini G., Basciano C.</i> – Storia di un gruppo: "Modulo X"	247
<i>Locati V., Tadini M.</i> – "And-in-gruppo-Legnano" gruppo di sostegno e motivazione alla cura per giocatori d'azzardo patologici	269
SECONDA PARTE – RIFLESSIONI DAL SIMPOSIO	281
Indicatori di esito	283
Casi positivi	285
Casi negativi	290
Casi dubbi	296
Suggerimenti Peer – to – Peer	299
Riflessioni prima del simposio	301
Riflessioni conclusive dal simposio	305
TERZA PARTE – LA VALUTAZIONE DEL SIMPOSIO	309
RINGRAZIAMENTI	323
ALLEGATI	
La scheda di lavoro preparatoria	329
L'Associazione AND – Azzardo e Nuove Dipendenze	333
Gli Enti patrocinanti del simposio	335

PREFAZIONE

Eziologia del simposio residenziale per conduttori di gruppi per giocatori d'azzardo e loro familiari

La formazione produce sempre un cambiamento.

Tuttavia, vi sono occasioni in cui lo scambio con altri professionisti genera con dirompente potenza davvero nuove idee.

Così, da un incontro con i colleghi del SerT di Adria e il gruppo Acat Basso Polesine occorso a marzo 2009 sono scaturiti pensieri e progetti, abbozzati sin dal nostro viaggio di ritorno da quelle zone, che ci hanno condotto a realizzare l'anno seguente l'iniziativa i cui contenuti ed esiti sottoponiamo alla vostra attenzione in queste pagine.

Per questo siamo grati ai colleghi veneti.

Ormai ci sentiamo di affermare che l'esperienza di gruppi per giocatori d'azzardo e loro familiari in Italia comincia a essere maturata in modo rilevante, sia per quel che riguarda l'auto aiuto – puro o condotto – sia per la terapia.

Per questo abbiamo pensato che fosse giunto il momento di ritrovarsi per condividere questo patrimonio di conoscenze e prassi.



Un momento di studio: da sinistra, Simona Celle, Claudio Queirolo, Lucia Giustina, Daniela Capitanucci, Eleonora Pellegrini, Federica Devietti Goggia e Stefano Cezza.

Poi ritenevamo che il contesto di un congresso non fosse quello più idoneo a uno scambio basato sulla condivisione.

Abbiamo pensato così a un *simposio* in cui un gruppo non troppo ampio di professionisti, pratici della materia, potesse trascorrere un paio di giornate insieme in regime residenziale per conoscere e scambiare le reciproche esperienze, ma anche per conoscersi meglio e per creare una rete solida di professionisti che si occupano del tema specifico.

Il simposio, nello spirito greco, condensa ed esemplifica quei valori che rendono nobile l'uomo; il nostro, nello specifico, ha messo a disposizione dei partecipanti un percorso di formazione e affinamento sulla clinica di gruppo per giocatori d'azzardo e familiari.

Tale esperienza, proprio mediante l'abbandono alle sue pratiche, prima tra queste la conversazione, ci è parso dare accesso ad una vera e propria forma di conoscenza.

Per meglio raggiungere questo scopo abbiamo scelto di realizzare questo evento in una località e residenza amena, fuori dalla turbinante routine quotidiana affinché "fermarsi" risultasse possibile.



Il Podere Jana a Vinci (FI), sede del Simposio

La location prescelta ha consentito di accogliere ventotto convenuti e un tutor d'aula.

E il simposio si è effettivamente svolto a Vinci (FI) dal 17 al 19 marzo 2010.

Perché a Vinci?

Da un lato perché Vinci è la città di Leonardo, padre della tecnica, ma anche arguto creativo: e chissà che avere lavorato nella sua terra sia stato di stimolo anche per noi conduttori di gruppo, dal momento che *per praticare quest'arte della terapia è di certo necessaria la tecnica ma anche assai utile la creatività*, ricordando sempre di tenere la persona al centro.



L'uomo Vitruviano di Leonardo da Vinci, scultura in centro paese.

Dall'altro lato, perché un seminario sul trattamento dei giocatori d'azzardo era affascinante che si tenesse a Vinci: *smettere di giocare è il solo modo appunto per ... tornare a vincere!*

L'ultima specificità che volevamo essere caratteristica di questo percorso è che il seminario fosse costruito *con* e *dai* partecipanti.

Il successo del simposio si deve in buona parte proprio al rilevante impegno di studio, analisi e stesura delle proprie considerazioni richiesti ai partecipanti anche ben prima di ritrovarsi a Vinci: una vera e propria "spremitura" delle menti.

Metafora di ciò il salone “Frantoio” dove abbiamo lavorato nelle giornate del simposio.



Il frantoio del Podere Jana

Nella logica di scambio non economico di risorse – che contraddistingue la filosofia della nostra associazione - chi è intervenuto è stato al tempo stesso fruitore e relatore, discente e docente.

E' stato previsto anche che la propria presenza fosse senza remunerazione e con la propria copertura delle spese di trasferta, vitto e alloggio.

L'Associazione si è comunque fatta carico di alcuni aspetti organizzativi, della preparazione dei materiali didattici, del buffet di benvenuto, nonché dell'organizzazione dei pranzi al casale e delle cene in paese.

Se richiesto o desiderato, tutte le realtà di appartenenza dei partecipanti potevano figurare tra i partner o patrocinanti del presente progetto formativo.

Hanno, di fatto, aderito a questa proposta l'Acat Basso Polesine, il CoNaGGA – Coordinamento Nazionale Gruppi per Giocatori d'Azzardo di Reggio Emilia, la Comunità Terapeutica Orthos di Monteroni d'Arbia (SI), l'Associazione AMA di Trento, il Centro Sociale Papa Giovanni XXIII di Reggio Emilia, l'ASL Torino 1, il Gruppo Arco di Torino, il CeSTeP di Appiano Gentile (CO), la Cooperativa Sociale Nuova Vita di Vicenza, l'Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, l'ASL Torino 3 – Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo (Dipartimento Patologia delle Dipendenze), la Coop. Soc. Self-help di Verona.

La sperimentazione condotta ha mostrato come questo nuovo modello formativo sia assai promettente in termini di efficacia per l'approfondimento di questioni cliniche.



Iniziano i lavori.

Da sinistra in primo piano, Stefano Oliva, Stefano Cezza e Maurizio Avanzi.

Siamo consapevoli che è possibile che in Italia vi siano altre lodevoli esperienze a noi sconosciute o che per altre ragioni non hanno potuto partecipare a questo evento.

Speriamo di poter realizzare nuovamente momenti di studio di questo tipo in futuro, e ci auguriamo che la lettura di questo volume invogli chi già conduce gruppi a partecipare al prossimo simposio, e chi ancora non ne conduce ad avventurarsi in questa interessante esperienza clinica.

Dr.ssa Daniela Capitanucci
Ass. AND – Azzardo e Nuove Dipendenze

INTRODUZIONE

Si fa presto a dire “gruppo”!



Alcuni partecipanti: da sinistra,
D. Capitanucci, F. Rossi, D. Boni, F. Devietti Goggia, E. Pellegrini e R. Smaniotto

La prima scoperta nell'organizzazione del Simposio è stata quella di apprezzare la variabilità e differenziazione delle esperienze in atto e degli operatori coinvolti.

I ventinove professionisti che si sono riuniti a Vinci hanno portato le esperienze più diverse, per regioni e contesti di provenienza, professionalità, target e metodi utilizzati.

In sintesi, i professionisti intervenuti al simposio erano 8 maschi e 21 femmine.

La provenienza era così distribuita: 9 Lombardia, 5 Emilia, 5 Piemonte, 7 Veneto, 2 Liguria e 1 Trentino.

La professionalità dei conduttori di gruppo era così rappresentata: 20 psicologi, 3 medici e 6 figure socio-educative. Tra gli psicologi e i medici vi erano numerosi psicoterapeuti con vari orientamenti (dal sistemico, allo psicodinamico, al cognitivo comportamentale).

I gruppi condotti sono delle seguenti tipologie: 15 gruppi terapeutici e 5 sono di auto aiuto.

La maggior parte dei gruppi esaminati sono rivolti alla presa in carico di soli giocatori, seguiti dai gruppi per familiari e giocatori assieme e in minoranza gruppi per soli familiari.

Sette esperienze sono condotte nel servizio pubblico – SerT; 4 sono state realizzate in collaborazione tra SerT e Privato Sociale e 9 nell’ambito privato.

Nei capitoli seguenti ogni esperienza verrà descritta in modo dettagliato.

I PARTECIPANTI AL SIMPOSIO



AVANZI DR MAURIZIO, MEDICO,
maurizioava@hotmail.com

Conduce un gruppo per soli giocatori. Il gruppo è terapeutico ed è co-condotto (con la dr.ssa Silvia Cabrini, psicologa). Conduce questo gruppo da ottobre 2008, in seno alla seguente istituzione: SerT di Cortemaggiore (AUSL di Piacenza). Al momento nel gruppo ha in carico n. 7 persone. Specialista in Malattie Infettive, lavora al SerT dal 1992, e dal 1993 si occupa quasi a tempo pieno di alcolismo. Ha iniziato a vedere pazienti giocatori d'azzardo patologici dal 2000. Con la sua equipe si occupa in particolare di approfondire il legame tra gioco d'azzardo patologico e malattia di Parkinson.



BIGANZOLI DR.SSA ANGELA, PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA,
angela.biganzoli@fastwebnet.it

Ha condotto un gruppo per soli giocatori. Il gruppo è terapeutico. È co-condotto (prima annualità: dr.ssa Nacci; seconda annualità: dr.ssa Unida; terza annualità dr.ssa Tadini). Conduce questo gruppo dal 2006, in seno alla seguente istituzione: Associazione AND - Azzardo e Nuove Dipendenze. Al momento è in congedo per maternità. In media nel gruppo ha avuto in carico n. 13 persone.



BOGONI DR.SSA GIORGIA, PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA,
giorgia.bogoni@ordinedeglipsicologiveneto.it

Conduce un gruppo per giocatori e familiari assieme da dicembre 2009 (co-condotto con il dr Stefano Cezza). Conduce questo gruppo, in seno alla seguente istituzione: Coop. Soc. Nuova Vita di Vicenza. Al momento nel gruppo ha in carico n. 10 persone.



BONI DR.SSA DEBORAH, PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA,
boni.deborah@tiscali.it

Conduce 2 gruppi terapeutici, 1 per soli giocatori (co-condotto con un ed. prof.) e 1 per soli familiari (co-condotto con la dr.ssa Rossi). Conduce questi gruppi dal 2007. Conduce questi gruppi in seno alla seguente istituzione: Coop. Soc. Gruppo Arco, in collaborazione con Dip. Di Pat. delle Dip ASLTO1 Ovest → Servizio Play Off. Al momento ha in carico n. 9 giocatori e n. 6 familiari.



CABRINI DR.SSA SILVIA, PSICOLOGA,
silvia.cabrini@libero.it

Conduce un gruppo per soli giocatori. Il gruppo è terapeutico ed è co-condotto (con dr Maurizio Avanzi, medico). Conduce questo gruppo da ottobre 2008 in seno alla seguente istituzione: SerT di Cortemaggiore (AUSL di Piacenza). Al momento nel gruppo ha in carico n. 7 persone.



CAPITANUCCI DR.SSA DANIELA,
PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA,
capitanucci@andinrete.it

Conduce un gruppo per giocatori e familiari insieme. Il gruppo è di sostegno psicologico. E' co-condotto (con la dr.ssa Roberta Smaniotto). Conduce questo gruppo dal settembre 2005 in seno all'Associazione AND – Azzardo e Nuove Dipendenze. Al momento ha in carico 18 persone.



CARONI UMBERTO, EDUCATORE PROFESSIONALE,
caroniumberto@alice.it

Conduce due gruppi, Gruppo 1 e 3 di Reggio Emilia, e supervisiona il Gruppo 2 di Reggio Emilia e il Gruppo della Comunità LAG di Vignola (MO). I gruppi sono per giocatori e familiari assieme, l'intervento è di tipo psico-educativo. I gruppi sono condotti solo da Caroni Umberto in seno ad Azzardopoint, Associazione Onlus Centro Sociale Papa Giovanni XXIII. Il Gruppo 1, aperto nel Gennaio 2000, è attualmente composto da 11 GAP e 2 familiari, mentre il Gruppo 3, aperto nell'Ottobre 2009, è composto da 8 GAP e 6 familiari.



CELLE DR.SSA SIMONA, PSICOLOGA,
cellasco@virgilio.it

Conduce un gruppo per soli giocatori; il gruppo è terapeutico; è co-condotto (con il dr Claudio Queirolo, medico psichiatra). Conduce questo gruppo da gennaio 2009, in seno alla seguente istituzione: SerT Lavagna. Al momento nel gruppo ha in carico n. 10 persone.



CEZZA DR STEFANO, PSICOLOGO,
stefanocezza@libero.it

Conduce un gruppo per giocatori e familiari assieme; il gruppo è terapeutico; è co-condotto (sino a novembre 2009 con Anna Toniolo, Psicologa Psicoterapeuta. In seguito, da dicembre 2009, con Giorgia Bogoni, Psicologa Psicoterapeuta). Conduce questo gruppo dal 2004, in seno alla seguente istituzione: Coop. Soc. Nuova Vita di Vicenza. Al momento nel gruppo ha in carico n. 10 persone.



DALLAGO PAOLO, OPERATORE SOCIALE,
centroml.aquilone@consolida.it

Conduce un gruppo per giocatori e familiari assieme in qualità di facilitatore; il gruppo è di auto aiuto; è facilitato solo da Paolo. Conduce questo gruppo dal 1999, in seno alla seguente istituzione: Associazione AMA di Trento. Al momento nel gruppo ha in carico n. 14 persone.



**DEVIETTI GOGGIA DR.SSA FEDERICA, PSICOLOGA
PSICOTERAPEUTA,**
fededeviettigoggia@alice.it

Conduce un gruppo per soli giocatori; il gruppo è terapeutico; è co-condotto con la dr.ssa Marzia Spagnolo (psicologa psicoterapeuta); conduce questo gruppo dal 2006, in seno alla seguente istituzione: Servizio GAP-Dipartimento Patologia delle dipendenze ASL TO3 Collegno (TO). Al momento nel gruppo ha in carico n. 8 persone.



FIORIN DR.SSA AMELIA, PSICOTERAPEUTA,
fiorina@ulssasolo.ven.it

Conduce un gruppo per soli giocatori. Il gruppo è terapeutico; il gruppo è co-condotto (con Fraccaro Simonetta). Conduce questo gruppo dal 2003, in seno alla seguente istituzione: SerT Castelfranco Veneto. Al momento nel gruppo ha in carico n. 8 / 12 persone.



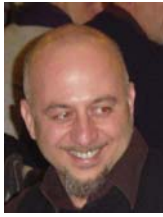
**FORZA DR.SSA CATERINA, PEDAGOGISTA/ EDUCATORE PROF.
SERT –ULSS19, SERVITORE-INSEGNANTE ACAT,**
sert@ulss19adria.veneto.it

Ha curato con Ivana Stimamiglio l'avvio del gruppo per giocatori e familiari; ha condotto e conduce tuttora la fase di formazione o di psicoeducazione propedeutica all'inserimento in gruppo; ha co-condotto il gruppo nei primi tre mesi di avvio, mentre ora sostituisce la collega quando manca.



FRACCARO DR.SSA SIMONETTA, PSICOPEDAGOGISTA,
simonetta.fraccaro@ulssasolo.ven.it

Conduce 2 gruppi per soli giocatori e soli familiari; i gruppi sono terapeutici e sono co-condotti (con Bucchi Margherita e Minesso Renata). Conduce questi gruppi dal 2004, in seno alla seguente istituzione: SerT di Catelfranco Veneto. Al momento nei gruppi ha in carico n. 8/12 persone.



GIACHERO DR LUCA, PSICOLOGO PSICOTERAPEUTA,
luca.giachero@libero.it

Conduce dal 2007 un gruppo per soli giocatori; il gruppo è terapeutico ed è co-condotto con un educatore professionale. Conduce questo gruppo in seno alla seguente istituzione: Dip. di Pat. delle Dip. ASLTO1 Ovest in collaborazione con Coop. Soc. Gruppo Arco → Servizio Play Off. Al momento nel gruppo ha in carico n. 9 persone.



GIUSTINA DR.SSA LUCIA, PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA,
lgiustina@ausl.pr.it

Conduce un gruppo per soli giocatori; il gruppo è terapeutico, co-condotto con la dr.ssa Lo Nardo ed è stato attivato nel febbraio 2007 in seno alla seguente istituzione: SerT di Parma. Al momento nel gruppo ha in carico n. 8 persone.



LOCATI DR.SSA VALERIA, PSICOLOGA,
valerialocati@hotmail.it

Ha condotto 2 gruppi per soli giocatori. Il gruppo di Legnano e' terapeutico, co-condotto con la dr.ssa Mariapaola Tadini, da maggio 2009, in seno alla seguente istituzione: AND Azzardo e Nuove Dipendenze. Al momento nel gruppo ha in carico n. 10 persone.

Il Gruppo di Milano è terapeutico aveva in carico 5 persone, co-condotto con la dr.ssa Fulvia Prever da gennaio a dicembre 2009, in seno alla seguente istituzione: ASL città di Milano.



LO NARDO DR.SSA VALERIA, PSICOLOGA,
valerialonardo@libero.it

Conduce un gruppo per soli giocatori. Il gruppo è terapeutico, co- condotto con la dr.ssa Giustina ed è stato attivato nel febbraio 2007 in seno alla seguente istituzione: SerT di Parma. Al momento nel gruppo ha in carico n. 8 persone.



OLIVA DR STEFANO,
MEDICO PSICHIATRA E PSICOTERAPEUTA,
st-oliva@libero.it

Dal novembre 1999 conduce gruppi psicoterapeutici per alcolisti e giocatori patologici presso la Casa di Cura Le Betulle di Appiano Gentile, all'interno del CE.S.TE.P. (www.cestep.it), servizio diretto dal dr Michele G. Sforza. Da gennaio 2009 ha fondato e conduce presso la medesima istituzione un gruppo psicoterapeutico per soli giocatori (GGT) e un gruppo motivazionale per famigliari di giocatori (GIMOF). Attualmente i gruppi sono formati rispettivamente da 9 pazienti e 4 famigliari.



**PELEGRINI DR.SSA ELEONORA,
PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA,
ele.pel@virgilio.it**

Conduce dal 2008 un gruppo Psicoeducazionale per soli familiari; il gruppo e' co-condotto (fino al dicembre 2009 con l'educatrice la dr.ssa Mattiazzi e dal 2010 con un'altra educatrice la dr.ssa Recchia), in seno alla seguente istituzione: Servizio GAP – Grugliasco Asl To 3. Al momento nel gruppo ha in carico n. 6 persone.



**PERSI MANUELA, EDUCATORE,
selfhelp@libero.it**

Conduce dal 2002 gruppi di auto mutuo aiuto per il gioco d'azzardo patologico presso la Cooperativa Sociale Self Help di Verona. Al momento sono attivi 3 gruppi settimanali e frequentano con regolarità n. 38 giocatori di cui 22 accompagnati da un familiare (in alcuni casi anche due).



**PREVER DR.SSA FULVIA, PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA,
fprever@asl.milano.it**

Conduce da ottobre 2009 il primo gruppo per soli giocatori dell'ente pubblico milanese; il gruppo e' terapeutico; il gruppo e' co-condotto (con la dr.ssa Valeria Locati), in seno alla seguente istituzione: ASL di Milano - Servizio Famiglia/SerT; ubicazione del gruppo, SerT 2. Sede di via Albenga, 2/a Milano. Al momento nel gruppo ha in carico n. 5 persone.



**PUNTELLINI GIOVANNA, COUNSELOR,
giovannapuntellini@yahoo.it**

Conduce un gruppo per soli giocatori e un gruppo per giocatori e familiari insieme. I gruppi sono terapeutici, un gruppo (giocatori) è condotto solo da Giovanna e l'altro è co-condotto (con il dr Riccardo Zerbetto); conduce questi gruppi dal gennaio 2007, in seno alla seguente istituzione: Progetto Otrhos. Al momento nei gruppi di counseling ha in carico n. 10 persone .



**QUEIROLO DR CLAUDIO, MEDICO PSICHIATRA,
claudioque@alice.it**

Conduce un gruppo per soli giocatori; il gruppo è terapeutico; è co-condotto (con la dr.ssa Simona Celle). Conduce questo gruppo da gennaio 2009, in seno alla seguente istituzione: SerT - Lavagna. Al momento nel gruppo ha in carico n. 10 persone.



ROSSI DR.SSA FRANCESCA, PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA,
fra.rossi.77@fastwebmail.it

Conduce 2 gruppi terapeutici, 1 per soli giocatori (co-condotto con una psicologa tirocinante, con funzione di recorder) e 1 per soli familiari (co-condotto con la dr.ssa Boni). Conduce questo gruppo in seno alla seguente istituzione: Dip. di Pat. delle Dip. ASLTO1 Ovest in collaborazione con Coop. Soc. Gruppo Arco → Servizio Play Off. Al momento ha in carico n. 9 giocatori e n. 6 familiari.



SMANIOTTO DR.SSA ROBERTA,
PSICOLOGA PSICOTERAPEUTA,
roberta.smaniotto@tin.it

Conduce un gruppo per giocatori e familiari insieme. Il gruppo è di sostegno psicologico. E' co-condotto (dr.ssa Daniela Capitanucci). Conduce questo gruppo dal settembre 2005 in seno all'Associazione AND – Azzardo e Nuove Dipendenze. Al momento ho in carico 18 persone.



STIMAMIGLIO DR.SSA IVANA, PSICOLOGA
PSICOTERAPEUTA, SERVITORE-INSEGNANTE ACAT,
sert@ulss19adria.veneto.it

Conduce dal 2007 un gruppo per giocatori e familiari. Il gruppo è di auto-aiuto; è condotto solo dalla dr.ssa Stimamiglio, in seno alla seguente istituzione: ACAT Basso Polesine / Dipartimento per le Dipendenze ULSS 19 Adria. Al momento nel gruppo ha in carico n. 17 persone / n. 9 famiglie.



TADINI DR.SSA MARIAPAOLA, PSICOLOGA,
mariapaola.tadini@virgilio.it

Conduce un gruppo per soli giocatori; il gruppo è terapeutico (aiuto e motivazione alla cura); il gruppo è co-condotto (con dr.ssa Valeria Locati). Conduce questo gruppo dal 6 maggio 2009, in seno alla seguente istituzione: AND Azzardo e Nuove Dipendenze. Al momento nel gruppo ha in carico n. 10 persone.

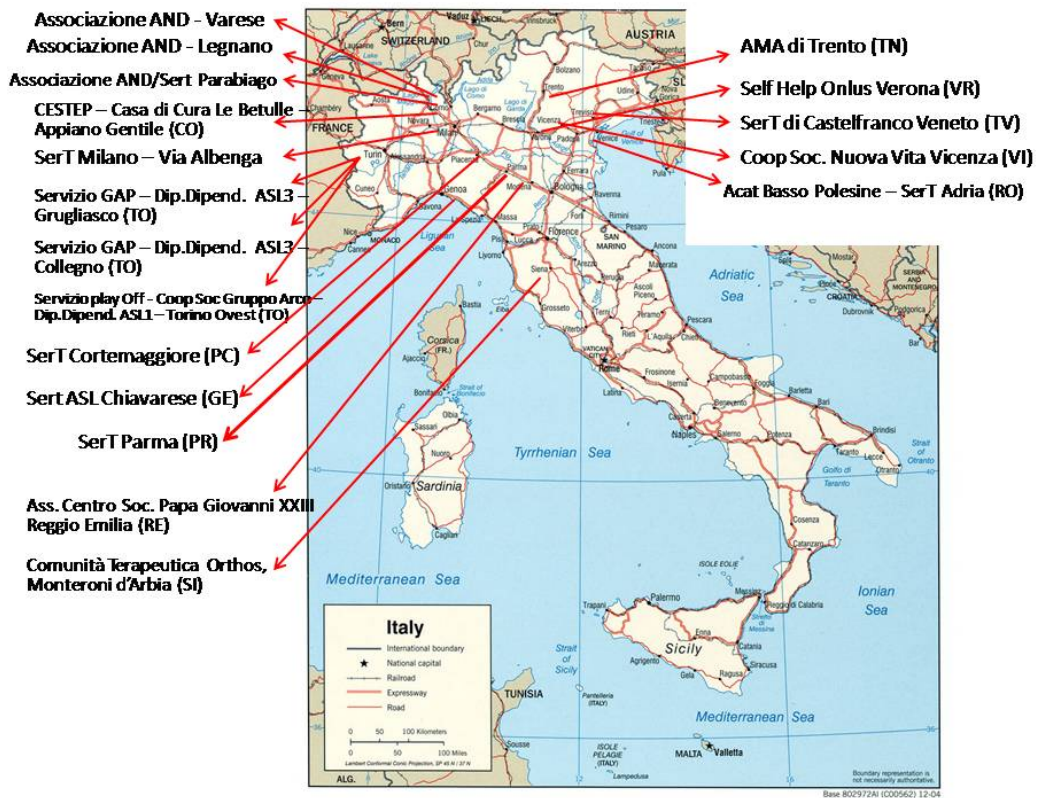


ZANON DR MATTEO STEFANO, PSICOLOGO TIROCINANTE,
TUTOR D'AULA,
zanonmatteo83@libero.it

Da gennaio 2010 svolge il ruolo di osservatore verbalizzante nel gruppo AND di Varese per giocatori e familiari. In seno al Simposio ha svolto tra l'altro un ruolo di supporto tecnico e organizzativo.

LA COSTRUZIONE DI UNA RETE DI ESPERIENZE

LA LOCALIZZAZIONE DEI GRUPPI CONDOTTI DAI PARTECIPANTI



UNA RETE DI PROFESSIONISTI



Tutti i partecipanti del Simposio: *in senso antiorario*, Daniela Capitanucci, Stefano Oliva, Luca Giachero, Francesca Rossi, Maurizio Avanzi, Roberta Smaniotto, Caterina Forza, Simonetta Fraccaro, Ivana Simamiglio, Deborah Boni, Silvia Cabrini, Fulvia Prever, Giovanna Puntellini, Giorgia Bogoni, Paolo Dallago, Umberto Caroni, Manuela Persi, Stefano Cezza, Claudio Queirolo, Simona Celle, Angela Biganzoli, Mariapaola Tadini, Valeria Locati, Lucia Giustina, Valeria Lonardo, Amelia Fiorin, Eleonora Pellegrini, Federica Devietti Goggia.

Non è presente Matteo Zanon ... in quanto “fotografo” ufficiale della manifestazione!

PRIMA PARTE

Venti esperienze di gruppo



Una sessione di lavoro.

Da sinistra: M. Avanzi, S. Fraccaro, I. Stimamiglio, C. Forza, D. Boni, F. Rossi, G. Bogoni, S. Oliva, M. Persi, M. Zanon, S. Cabrini, V. Locati, C. Queirolo, L. Giustina e S. Cezza.

**ESPERIENZE CONDOTTE
NELL'AMBITO DEI SERVIZI PUBBLICI**



Un momento di pausa.
Da sinistra: F. Prever, S. Cabrini e M. Avanzi.

LA CARTA DI IDENTITA' DEL GRUPPO DEL SERT DI CORTEMAGGIORE

**Contributo steso da
Maurizio Avanzi, medico, e Silvia Cabrini, psicologa**



Gruppo: per ora non ha un nome.

Conduttori: Silvia Cabrini, psicologa e Maurizio Avanzi, medico.

Come osservatori partecipano al gruppo anche due psicologi, Maurizio Iengo ed Alessandra Cadonici.

Il gruppo accoglie: solo giocatori.

DATI ORGANIZZATIVI

Orario di svolgimento? Il venerdì, dalle ore 18 alle ore 19.30.

Luogo? Al SerT di Cortemaggiore (PC).

Durata incontri? Un'ora e mezza.

Frequenza incontri? Quindicinale.

ULTERIORI TRACCE PER DESCRIVERLO

Quando è nato?

Nell'ottobre 2008.

In che contesto? Con quali obiettivi?

Nel settembre 2008 abbiamo fatto tre incontri di tipo info-educativo, rivolti ai giocatori d'azzardo patologici seguiti dal SerT. Iniziata come esposizione

frontale, con diapositive, la partecipazione è cresciuta con richieste di chiarimento e piccole discussioni di approfondimento. Al termine degli incontri è nata spontaneamente la richiesta da parte dei partecipanti di poter continuare a vedersi. I tre incontri suddetti, organizzati dalla Dr.ssa Anna Negri insieme alla Dr.ssa Silvia Cabrini (un'educatrice professionale e una psicoterapeuta dell'equipe del SerT) volevano creare l'occasione di partire con un potenziale gruppo di giocatori. Benché da diversi anni il SerT di Cortemaggiore si occupi di gioco d'azzardo patologico attraverso incontri individuali con pazienti e familiari, l'iniziativa voleva muovere una maggiore sensibilizzazione del problema, rendendolo più conosciuto e aperto. A tale proposito l'invito è stato proposto a tutti i giocatori che frequentavano il servizio, ma solo una piccola parte ha aderito, per motivi di privacy e "vergogna di esporsi" e difficoltà lavorative e di trasporto. In effetti Cortemaggiore è malissimo servita dai mezzi pubblici per il bacino di utenza a cui si rivolge.

Ci sono teorie di riferimento cui il gruppo si ispira?

La terapia cognitivo-comportamentale. Secondo le indicazioni di Ladouceur.

Le Dr.sse Negri e Cabrini sono entrambe esperte nel trattamento cognitivo-comportamentale.

Aperto, chiuso?

Inizialmente aperto a chi chiedesse di partecipare, in realtà una volta strutturato il gruppo si è preferito mantenere un gruppo chiuso in modo da poter definire un percorso comune.

All'inizio del secondo anno, abbiamo fatto una sorta di "selezione", il gruppo è rimasto chiuso, sono inoltre aumentati i criteri di inclusione, appresi sperimentalmente durante la sessione dell'anno precedente.

Chi entra?

Entrano persone che stanno già facendo un percorso individuale, che continuano anche durante la partecipazione al gruppo. Nel secondo anno del gruppo si è deciso di accogliere persone con motivazione buona a lavorare rispetto al problema gioco, anche se non in grado di controllarlo. È stato reso maggiormente esplicito il bisogno di proseguire gli incontri individuali settimanali o bisettimanali.

Come entra?

Su invito individuale, da parte dei terapeuti.

C'è un pagamento?

L'accesso a questa e a tutte le altre cure per il gioco d'azzardo patologico sono gratuite.

Vi sono regole di accesso?

Le persone non devono avere altre dipendenze non trattate e sotto controllo (es. alcool, cocaina), e se hanno problemi psichiatrici devono essere in una fase che favorisca la compliance (trattati farmacologicamente, se necessario, e seguiti stabilmente da uno psichiatra che non ritenga dannosa la partecipazione al gruppo).

E' richiesta astinenza?

Non è richiesta astinenza dal gioco, ma l'atteggiamento di base deve essere almeno quello di "provarci".

Durata del percorso?

Di anno in anno verrà o meno riproposto individualmente.

Quante persone lo possono frequentare simultaneamente? Cioè, c'è un numero minimo/massimo?

Da tre a sette persone.

Obbligo di frequenza?

La frequenza più che obbligatoria è richiesta come impegno.

All'inizio annuale di ogni gruppo viene fatto firmare un foglio di impegno alla riservatezza da parte dei partecipanti al gruppo, di partecipazione attiva e rispettosa ed il più possibile continuativa. Non vi sono, al momento, regole di esclusione in base al numero di assenze, tuttavia si cerca di motivare i pazienti a proseguire.

Uno degli obiettivi del gruppo è stato fin dall'inizio di privilegiare, se possibile la partecipazione di pazienti con malattia di Parkinson.

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

Quante persone sono entrate complessivamente dall'inizio? 11

Quali le loro caratteristiche?

Età?

Dai 33 ai 56 anni (età all'ingresso al gruppo: 46 A. , 46 B., 56 C., 43 D., 43 E., 47 F., 36 G., 43 H., 37 I., 33 L., 34 M.)

Lavoro?

Tutti lavorativamente attivi, tranne un paziente che però ha partecipato solo ai gruppi info-educativi ed a solo due sedute successive.

Sesso?

Tutti uomini

Ruolo in famiglia?

5 sposati (4 con prole), 2 separati (entrambi con figli), 4 celibi (di cui uno convivente, e 3 ancora abitanti nella famiglia d'origine).

Gioco problematico?

5 newslot, 2 gratta e vinci, 2 scommesse sui cavalli, 1 bingo, 1 scommesse su eventi sportivi. Alcuni di loro hanno più di un gioco problematico, quelli indicati sono i target principali.

Avevano in corso altri trattamenti/interventi? Se sì, quali e dove?

Supporto individuale al SerT.

Di 9 pazienti erano seguiti anche i familiari.

I 2 parkinsoniani in trattamento neurologico concordato con il neurologo.

Un paziente stabilmente seguito da uno psichiatra, stabilizzato e in trattamento farmacologico.

Quante hanno concluso la loro frequenza al gruppo?

5 pazienti.

Come si è chiusa la loro partecipazione? Motivo di uscita? Dimissioni concordate? Drop out? E' stato fatto un follow up dopo l'uscita? Se sì, come e con quali esiti?

1) (A.) non è più tornato dopo una sola seduta, adesso non gioca più da almeno 586 giorni, all'ultimo contatto. Dimissione concordata.

2) (C., Parkinsoniano) ha interrotto la frequentazione del gruppo, mantenendo saltuarie sedute individuali e ogni due settimane circa gioca al gratta e vinci 5 euro. Non intende andare oltre. Ha apparentemente raggiunto il suo obiettivo di giocare in modo controllato.

3) (F.) non è stato invitato poiché cocainomane attivo. Drop out.

4) (B., Parkinsoniano) ha interrotto la frequentazione del gruppo poiché sentiva che frequentarlo "lo faceva stare peggio". Drop out.

5) (D.) non è stato invitato poiché ha un problema di logorrea che rende difficile la vita nel gruppo, e nei momenti attivi lo portava a parlare con troppo coinvolgimento emotivo del gioco, ma ha ancora un supporto socio-educativo

individuale, e sarebbe disponibilissimo a frequentare il gruppo, ma è tuttora troppo difficile “da gestire”. Gioca ancora, ma ha sensibilmente diminuito la frequenza a una volta ogni 1-2 mesi, ma in quelle occasioni devastandosi economicamente, per le sue possibilità (200-800 euro). Ha ridotto i comportamenti Auto-punitivi, nel suo caso molto importanti, legati alle “scivolate”.

Altre notizie che vi sembrano importanti circa la demografia storica del vostro gruppo?

Quest'anno non c'è più alcun paziente parkinsoniano.

La distanza ha in parte influito.

DEMOGRAFIA ATTUALE

Quante persone sono attualmente presenti? 6

Da quanto tempo frequentano il gruppo?

3 hanno frequentato anche il gruppo dello scorso anno.

Quali le loro caratteristiche?

Età?

Dai 33 ai 44 anni (età attuale: 44 E., 37 G., 44 H., 37 I., 33 L., 34 M.)

Lavoro?

Tutti occupati.

Sesso?

Tutti uomini.

Ruolo in famiglia?

3 celibi (di cui uno convivente, e 2 ancora abitanti nella famiglia d'origine), 2 sposati (entrambi con prole), 1 separato (che ha due figli).

Gioco problematico?

2 newslot, 1 bingo, 1 scommesse sui cavalli, 1 scommesse sportive, 1 gratta e vinci: ma tutti hanno giocato anche con le newslot.

Avevano in corso altri trattamenti/interventi? Se si, quali e dove?

Supporto individuale al SerT.

Di 5 pazienti erano seguiti (o sono stati seguiti) anche i familiari.

E' stato concordato un follow up dopo l'uscita? Se si, cosa è stato previsto di fare?

Non è stato concordato alcun follow up, in quanto i pazienti rimangono seguiti individualmente.

Altre notizie?

Non sono presenti parkinsoniani.

VALUTAZIONE DI ESITO

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto (sta ottenendo) un esito positivo: L..

L.

L. si è presentato per la prima volta al SerT nel luglio 2009, accompagnato dalla madre, come propria decisione, dopo una recente ricaduta. Ha 34 anni, è celibe. Ha una relazione stabile da tempo, ma vive ancora nella famiglia d'origine con i genitori e due fratelli della madre da sempre invalidi e non autosufficienti. Ha due fratelli di 31 e 37 anni che vivono fuori casa: entrambi con tendenza al gioco d'azzardo, uno dei due in borsa.

Ha un diploma di maturità scientifica, ha fatto l'obiettore di coscienza.

Fa due lavori, che attualmente lo impegnano 10 ore almeno al giorno, programmatore e commerciante insieme a uno dei fratelli.

Fumatore dall'età di 16 anni, attualmente fuma un pacchetto di sigarette al dì.

Non ha mai usato altre sostanze psicoattive.

Nel 1999 ha iniziato a giocare coi videopoker nei bar e ha continuato fino al 2003, perdendo 20 milioni di lire. Nel 2003 ha cambiato lavoro: lo ha scelto in modo che lo assorbisse per la maggior parte del tempo da sveglia, in modo da aiutarsi a non giocare. Dopo tre anni senza giocare d'azzardo, nel 2006 ha iniziato a fare scommesse su eventi sportivi, in particolare i risultati di calcio, pensando di poter controllare un tipo di gioco differente dalle slot. Aveva ripreso a giocare, dopo diversi anni, pensando di avere imparato a mantenere un certo distacco, che gli avrebbe dovuto garantire il controllo sul gioco d'azzardo. Ma dal 2008 ha iniziato a spendere almeno 1000 euro al mese in scommesse. In aprile 2009 ha ripreso a giocare anche con le newslot, prima vincendo 700 euro e subito dopo perdendone 2000. Lo ha bloccato la madre, che si è accorta della situazione, controllando l'estratto conto a cui dal 2003 ha libero accesso.

Quando si è presentato non giocava d'azzardo da 5 settimane, ma voleva essere aiutato a capire cosa gli era successo, e soprattutto non si sentiva più

sicuro di farcela da solo. L'inizio in particolare, ma anche il ritorno al gioco sono stati associati a momenti percepiti come altamente stressanti a livello emotivo: in entrambi i casi perdite importanti in famiglia. Se nel primo caso L. riconosce un legame tra questi avvenimenti e il gioco, nel secondo lo sente meno, ma tuttavia lo riporta.

Nel momento in cui aveva ricominciato a giocare, nel 2003, il gioco d'azzardo ha riempito momenti in cui non aveva "niente" da fare. Era una risorsa contro la noia. Del gioco gli piace la "tensione alla vincita", a prescindere dall'importo della vincita stessa. Benché L. non soddisfi i criteri per una diagnosi di Disturbo Ossessivo-Compulsivo, presenta diverse caratteristiche, come la rigidità dello stile di vita e del pensiero, ha una scarsa rete amicale e legami principali con la famiglia d'origine (caratterizzata da diverse storie di malattie croniche debilitanti di vari membri, di cui la madre si prende cura da sempre) e con la fidanzata. Gli piace l'ebbrezza e l'adrenalina della puntata. Il gioco d'azzardo inoltre ha sicuramente rappresentato un distacco dalla quotidianità, e quando ancora non perdi troppo, anche un piacevole diversivo. Da sempre ha sentito l'affinità per l'idea di un sistema matematico sottostante (per gestire il caso), dice "da piccolo contavo tutto".

Ha invece sentito come conseguenze negative del gioco: le perdite economiche, le tensioni in famiglia e con la ragazza, il peso di dover continuamente mentire a tutti sulle assenze (anche di ore) e sugli ammanchi di denaro, il distacco da altre attività che in precedenza riusciva a seguire e lo appassionavano, ed il continuo pensiero rivolto al gioco d'azzardo. Adesso che ha di nuovo smesso di giocare sente che si sta riprendendo il suo tempo.

In luglio-settembre: psicoeducazione a L. e alla madre rispetto ai meccanismi del gioco e a come influenza il comportamento, psicoeducazione sulle credenze e sulle trappole del gioco: quanto per lui le scommesse siano state pericolose perché avevano allenato la sua illusione di controllo.

Quando in agosto è ricominciato il campionato, i risultati gli hanno ricordato la possibilità di scommettere. Adesso ci pensa solo quando "stimolato", mentre prima era il suo primo pensiero al mattino ed il suo ultimo pensiero prima di andare a letto. Si è comunque accorto di aver a lungo guardato le partite di calcio in funzione delle modalità di scommettere: in che quarto d'ora è stato segnato il primo goal, che squadra lo segna, che giocatore lo segna...

Si protegge lavorando 12 ore al giorno, organizzando il tempo libero (si è abbonato a teatro e ha ripreso a leggere) e avendo soldi contati in tasca, che gli gestisce la madre (inizialmente 100 euro a settimana, portati dopo alcuni mesi a 130 euro).

Nel gruppo attuale è la persona con il più lungo periodo senza gioco d'azzardo di qualunque genere: al 18 dicembre 2009 erano 198 giorni. Sicuramente si è posto l'obiettivo di non giocare e ci sta provando seriamente. Visto che sono solo due i giocatori che attualmente frequentano il gruppo ad avere una sorta

di “percorso netto”, senza ricadute da quando si sono rivolte al servizio per un aiuto, si chiederanno: “Cosa ci sto a fare in un gruppo dove sembra normale ricadere?” E poi: “Cosa ci sto a fare in un gruppo dove chi frequenta da più di un anno sta peggio di me?”

Mantiene alta l'attenzione: è sempre sul “chi va là”. Del resto è reduce da tre anni senza giocare... Non ha mai mancato un appuntamento ambulatoriale o al gruppo. Fa ogni compito richiesto affidandosi completamente. E' un piacere curarlo...

Presentazione dettagliata di due casi clinici che hanno ottenuto un esito negativo: F., B.

F.

F. si è presentato per la prima volta al SerT, da solo, nel luglio 2008, su consiglio di un'amica che è stata precedentemente nostra paziente. All'ingresso ha 47 anni, è celibe e vive con il padre. Ha un fratello di 50 anni che vive altrove.

Non ha mai avuto un referente familiare che lo accompagnasse.

Ha la licenza media inferiore e di professione è impiegato. E' invalido al 67% per amputazione di un arto, in seguito ad incidente stradale nel 1986. Cova ancora molta rabbia nei confronti dei medici che lo hanno curato, poiché ha dovuto essere di nuovo amputato in seguito a complicanze insorte dopo la prima operazione, secondo lui dovute a negligenza e assenza di ascolto ed attenzione nei suoi confronti.

Non ha però mai mollato: con l'arto artificiale ha continuato a fare sport e d'estate fa il bagnino in una piscina privata. Cura molto la propria forma fisica, probabilmente con foga eccessiva e eccessivo bisogno di riscatto, ponendosi obiettivi, “sfide” che gli permettano di sentirsi valere.

Fumatore dall'età di 16 anni, attualmente fuma 20 sigarette al dì.

Dichiara di bere vino e birra, senza esagerare. Fuma cannabinoidi saltuariamente. Usa cocaina almeno una volta/settimana, ma secondo lui non è un problema. L'anno scorso è stato arrestato per detenzione di cocaina ai fini di spaccio: un mese di carcere e sei mesi di arresti domiciliari. E' in attesa di processo.

In trattamento farmacologico per ipertensione arteriosa.

Ha iniziato a giocare con le slot-machines negli anni 90. Gioca d'azzardo in modo patologico da circa 10 anni. Ha debiti, secondo lui contenuti: 2000 euro con la banca e 1000 euro con amici.

Gli capita spesso, dopo aver bevuto, di accanirsi di più nel gioco.

Il mese dopo (agosto 2008) riferisce di avere speso molto meno di prima per cocaina e slot: è il primo mese da tempo che il conto non è “in rosso”. Ai

colloqui è sempre pieno di rabbia contro il mondo e pieno di idealismo per amici e compagni di serate al bar o su internet a giocare a poker. Esterna sicurezza manifesta, si vergogna delle sue fragilità. Ribadisco: sempre arrabbiato, ostile, aggressivo.

Non ha nessuna intenzione di affrontare il problema delle “sostanze” che usa. A volte pare pensare che anche il gioco d'azzardo non sia un problema, ma non lo dice.

Al gruppo interviene per sostenere che per lui giocare d'azzardo è un modo per “mettersi alla prova”, per veder se riesce a giocare e a controllarsi. Si mette in sfida con le slot. Gli piace “sfidare” le macchinette che non pagano. Mentre usa sostanze con gli amici, quando gioca cerca di isolarsi dagli altri. Ha la “sfortuna” che tutti i baristi gli fanno credito, poiché ha la fama di uno che si picca di restituire sempre tutti i soldi.

Quando si sente solo, va a giocare d'azzardo per farsi del male. A volte però è con la morosa e la porta a casa sostenendo di essere stanco per liberarsene e poi andare a giocare. Sostiene di fare più fatica ad aiutare sé stesso, che ad aiutare qualcun altro.

Dicembre 2008 - Ha incontrato un amico che anche lui giocava, che adesso non gioca più: “Per riuscirci non devi avere soldi”, gli avrebbe detto. Lui sa che giocando ti fai male. Riferisce di usare cocaina almeno 3 volte/settimana.

Febbraio 2009 – Gioca a poker on line 4 sere/settimana, senza spendere. Gioca con le newslot 2 volte al mese, spendendo 500 euro. Sostiene di non giocare per vincere, ma perché gli piace giocare.

Ricorda che se inizi a giocare, continui finché hai soldi. E in più a lui li prestano...Si prende come obiettivo personale quello di non spendere più di 150 euro al mese. Poi la volta dopo è soddisfatto di aver giocato solo 240 euro. Parla del gioco d'azzardo come un hobby, che paragona a quando andava a pescare. Sente di stare meglio. Riconosce che influenzano il gioco anche l'alcool e la cocaina. Ma in fondo “non ruba”, “butta” solo i suoi soldi. Poi improvvisamente cambia registro e dice che si è fatto bloccare il fido del bancomat per riuscire a restituire un debito. Ogni volta che parla lui al gruppo si sentono brividi di emozione che eccitano negativamente e mettono in agitazione tutti i partecipanti. (Mi verrebbe da scrivere: ma dove sono i conduttori? Perché non lo buttano fuori?)

Marzo 2009 - Tutto male. Ha giocato più di quanto potrebbe permettersi. Ha vecchi debiti.

Usa cocaina 2-3 volte/settimana: non intende pensarlo un pericolo. A volte la usa per essere pronto al lavoro. Non ha mai fatto più di 10 giorni senza giocare. Si sente Dottor Jekyll e Mr. Hyde. Se gli viene suggerito di andare in giro con pochi soldi, si mette in tasca centinaia di euro. E li gioca tutti. Quando si sente solo reagisce usando cocaina e gioca: deve farsi del male.

Poi si fa su le maniche e ripara tutto quello che ha fatto.

Aprile 2009 – Periodo di alti e bassi. Continua a fare di testa sua, “perché lui la sa”: continua ad andare in giro pieno di soldi e passa il tempo libero nelle sale giochi, perché vuole essere lui a farcela. Sente che darsi delle protezioni toglierebbe merito al farcela. Pensa di essere un benefattore del gruppo dispensando le sue pensate: viene al gruppo non per sé, ma per aiutare gli altri...

Giugno 2009 – Non gioca d'azzardo da quattro settimane: è la prima volta da 18 anni. E' andato a vivere con un'amica che lo aiuta a gestire i soldi. D'estate è più facile organizzare il tempo libero: andare a pescare, andare a nuotare, andare a segare la legna nel greto dei fiumi. Al lavoro riesce a gestire una cassa importante, ma non riesce a gestire le finanze personali: da qui vuole prendere la carica per provare a non giocare d'azzardo. Ultimamente sente meno lo stimolo di andare a giocare. Ha ancora debiti ingenti con amici. Si è limitato anche nell'alcool e nella cocaina. Obiettivo attuale: non giocare. Non è possibile spendere ancora per giocare: dice di aver toccato il fondo.

Da allora non lo abbiamo più visto, né sentito. Non lo abbiamo cercato, come a volte abbiamo fatto in passato.

La partecipazione al gruppo è stata discontinua e non ha mai intrapreso un percorso individuale parallelo, anche se continuamente suggerito, adducendo difficoltà di tempo. È sempre mancato un supporto esterno con cui fosse possibile interloquire, per la sua volontà di non voler informare il padre, per non procurargli un'ennesima delusione. La motivazione è stata molto ambivalente.

B.

B. si è presentato per la prima volta al servizio nel gennaio 2007, accompagnato dalla moglie, su invio di un'amica di famiglia, psichiatra, che conosce i nostri lavori sulla correlazione tra gioco d'azzardo patologico e la malattia di Parkinson. B. ha 44 anni e gli è stata diagnosticata la malattia di Parkinson da 2 anni. Abita a decine di chilometri dal nostro servizio. Sposato. Vive con la moglie ed un figlio di 13 anni. Diplomato, lavora come operaio. Pregressa attività agonistica come calciatore.

Fuma sigarette dall'età di 14 anni, attualmente 10 sigarette al dì.

Ha dei trascorsi di tossicodipendenza: ha usato cannabinoidi tra i 14 anni ed i 23 anni, ed eroina e cocaina tra i 19 e i 23 anni. Non è mai stato seguito da un SerT.

Riferisce di aver iniziato a giocare con le slot-machine all'età di 38 anni, in modo moderato e senza problemi. L'inizio del gioco d'azzardo patologico ha preceduto di un anno la diagnosi di Parkinson.

All'ingresso gioca soprattutto con il gratta e vinci (10 euro al dì). In trattamento con pramipexolo e selegilina (farmaci dopaminergici, per la malattia di Parkinson) e trazodone (un antidepressivo).

SOGS 7/20.

Indicazioni: cambiare antidepressivo, controllo dei soldi da parte della moglie, obiettivo di non giocare, riprendere attività fisica, visita neurologica per aggiustamento farmaci.

La moglie ha avuto diagnosi di iniziale sclerosi multipla. Non hanno detto al figlio delle loro malattie. Il paziente dorme solo nella stanza del figlio, e la madre dorme con il figlio, considerando la cosa come normale. Arriva a sostenere che tutti i ragazzi di quell'età dormano con la madre... Il paziente è sempre in astinenza sessuale. "C'è confusione nei letti": il rapporto con la moglie è problematico, B. ha un atteggiamento remissivo e passivo, mentre la moglie mostra uno stile rivendicativo.

Il paziente inizia un'attività di allenatore- giocatore e riprende ad allenarsi seriamente.

Alcuni mesi dopo (aprile 2007), dopo visita neurologica, ridotto pramipexolo, sospesa selegilina e trazodone, e aggiunta rasagilina, di cui non sono ancora note associazioni con il gioco d'azzardo patologico. Compra un gratta e vinci a settimana e spende mensilmente 6-7 euro. Ritiene di "non fare del male a nessuno".

In maggio gli viene diagnosticata epatite C cronica. Il tono dell'umore è pesantemente influenzato dagli apprezzamenti della moglie, che ne svaluta gli sforzi per non giocare d'azzardo e si nega sessualmente.

In giugno 2007 ruba il bancomat alla moglie e spende 350 euro in gratta e vinci. La moglie smette di accompagnarlo. Il neurologo, con il quale collaboriamo, sostituisce il pramipexolo con il ropinirolo (un altro farmaco dopaminergico) ed aggiunge la quetiapina (un antipsicotico). A settembre arriva a non giocare per 34 giorni. Quando gli capita di giocare le cifre sono meno di 5 euro mensili. Fa fatica a guidare, poiché i farmaci lo fanno addormentare. E' però tenacemente attaccato alla sua autonomia.

A novembre stacca tre assegni da 50 euro per giocare al gratta e vinci. Poi non gioca per 41 giorni.

In gennaio 2008 il neurologo gli sospende il ropinirolo, possibile causa della sonnolenza, reimmettendo il pramipexolo.

Ogni 2-3 mesi sottrae alla moglie il bancomat di cui conosce il codice, e compra 70-100 euro di gratta e vinci. La moglie rifiuta di cambiare il bancomat. Raddoppiato il numero delle sigarette: un pacchetto.

B. in effetti tende a giocare pochi euro al mese, facendo colletta ogni giorno di pochi centesimi. Il suo pensiero è sempre orientato al gioco d'azzardo, anche se in effetti riesce a mantenere una sorta di riduzione del danno economico.

In luglio ed agosto 2008 gioca quotidianamente nelle newslot il resto delle sigarette 1-2 euro. Pensa di saper distinguere i rumori delle newslot ed orientarsi per vincere.

E' molto impegnato nel tempo libero dalla squadra di calcio. La moglie disapprova e lo vorrebbe fermo, a casa, e non perde occasione per ricordarglielo e rinfacciargli le giocate.

A settembre 2008 inizia il gruppo di giocatori.

Per la prima volta incontra un altro giocatore che ha la malattia di Parkinson, come lui. Possono condividere quanto i farmaci dopaminergici sentono entrambi che influiscono sulla tendenza a giocare.

A ottobre il paziente gioca 450 euro. La moglie "per metterlo alla prova" ha lasciato in giro bancomat e libretto degli assegni... Lui adesso si sente in colpa, e la moglie gli dice che è meglio non venga più al SerT, tanto non serve a nulla...

Novembre 2008 – Non gioca da 15 giorni. Il figlio, che finalmente è a conoscenza della malattia dei genitori (complice la nonna paterna), da un mese ha "buttato fuori la mamma dal letto". Il paziente adesso esce di casa con un euro, e le sigarette le compra con la moglie la domenica, e va a fare benzina con il figlio: massimo controllo sul denaro mai attivato.

Dicembre 2008 - Gioca sempre pochi euro al mese. Gioca solo i pochi spiccioli che ha in tasca, ma a volte riesce a stare a guardare chi gioca alle macchinette al bar, senza giocare. Ma perché si ferma a guardare?

Febbraio 2009 - Ha problemi di aritmia cardiaca da un paio di mesi: è in trattamento con beta bloccanti. I gruppi a cui ha partecipato li ha sentiti come negativi: i discorsi fatti da chi prova a vincere studiando ogni modo per vincere e chi gioca grandi cifre al gioco. Qualcuno prima del gruppo gli ha raccontato che si possono influenzare le macchinette con scariche elettriche e congegni elettronici e questo gli aveva fatto pensare di andare a chiedere a qualcuno esperto di queste cose lumi sui sistemi per influenzare le slot.

La moglie telefonicamente si lamenta dell'assenza di miglioramento dopo tre anni. Altre lamentele della moglie: "il gruppo gli fa male, non riesce a dirmi quando ha voglia di giocare, approfitta ancora delle minime occasioni per giocare quando ha in mano dei soldi, non riesce mai a superare le prove che gli do."

La scorsa settimana ha giocato un euro e vinto cento euro: beccato e portato a casa dal figlio. E' contento che il figlio lo abbia aiutato a venir via, ma gli dispiace che il figlio lo abbia visto davanti alla slot. Questo ha lasciato un segno. Fa la colletta paziente dei centesimi di resto per avere 1-5 euro per giocare.

Marzo 2009 - Continua a fare piccole collette autogestite e a giocare. Sembra perdere interesse a fare di più.

Aprile 2009 – La moglie gli ha regalato un gratta e vinci, per schernirlo. Da allora, 10 giorni, non ha più giocato d'azzardo: si è impuntato. La moglie ed il figlio gli comprano sigarette e caramelle, in modo che B. non entri in tabaccheria. I farmaci per il Parkinson continuano ad attivarlo, come altri pazienti sono attivati dall'uso di alcool o cocaina. Da allora non viene più al gruppo.

Lo vedo, con la moglie nel luglio 2009. La moglie vuole che B. mi racconti come nel febbraio precedente, quando diceva di giocare pochi euro ogni tanto, ne ha in realtà spesi 3500, dopo un complicato giro di orologi Rolex, in cui faceva l'intermediario nelle vendite. Soldi restituiti dalla moglie. Terapia farmacologica in atto: pramipexolo, rasagilina (un dopaminergico), quetiapina, trazodone, bisoprololo (un betabloccante per l'aritmia cardiaca), acido acetilsalicilico a bassi dosaggi (come anti aggregante piastrinico) ed esomeprazolo (come protettore gastrico).

Negli ultimi mesi gioca tre volte alla settimana uno o due euro.

Le due cose che la moglie sottolinea come problematiche di B. sono: che non dice quando si sente in difficoltà e ha voglia di giocare e che si isola, giocando con internet, senza avere amici, o se fa conoscenza lo fa solo con giocatori d'azzardo, al bar..

Torna altre due volte a visite ambulatoriali, da solo, lo stesso mese. Dice di giocare pochi euro, quasi quotidianamente. Passa molto tempo su internet, giocando a dama online.

Riferisce di essersi trovato in difficoltà frequentando il gruppo dei giocatori, specie nei momenti in cui i giocatori prima dell'inizio del gruppo erano da soli in sala d'attesa, e parlavano delle macchinette a ruota libera, ma negativamente.

Prima di giocare si sente euforico, dopo aver deciso di giocare. Mentre gioca "spera che vada bene", per il gusto della vincita. Quando ha perso (95% delle volte) sa di aver buttato via alcuni euro, e la lieve delusione è dovuta ad aspettative non realizzate. Niente di meno e niente di più.

Ha molti interessi: guardare film, fare sport (tennis, pallavolo, calcio, baseball). La maggior parte di questi interessi vengono criticati dalla moglie, che ha paura che si stanchi troppo.

Giocare è un succedaneo di altri interessi.

Si sente molto attivo sessualmente (è un altro effetto collaterale della terapia farmacologica per la malattia di Parkinson).

Drop out da agosto 2009.

Anche B. ha avuto un iter individuale discontinuo, anche a causa della distanza, e mai accompagnato, a parte la prima parte delle visite.

B. è un particolare tipo di parkinsoniano: con un'insorgenza giovanile della malattia, che ha precedenti di tossicodipendenza, che ha iniziato a giocare

d'azzardo in modo patologico prima di avere la malattia di Parkinson, che non risponde “miracolosamente” all'aggiustamento della terapia dopaminergica.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto (sta ottenendo) un esito dubbio (in cui cioè è difficile valutare l'esito): H.

H.

H. si è presentato per la prima volta al SerT, accompagnato dalla madre, nell'aprile 2006, su consiglio di una vicina di casa ex nostra paziente. Ha 40 anni, è celibe e vive con i genitori. Ha la licenza media inferiore e lavora come operaio. Riferisce di aver aumentato il consumo di birra negli ultimi tre anni, da quando è finita una convivenza di otto anni.

Fuma sigarette dall'età di 16 anni, con una sospensione dai 20 ai 27 anni, ed ora ne fuma un pacchetto al dì.

Riferisce di non aver mai usato altre sostanze psicoattive.

Da 3 mesi gioca d'azzardo con le slot-machine almeno 3 volte la settimana. Non ha debiti.

Da alcuni giorni seguito da uno psichiatra per ansia ed insonnia. In trattamento con mirtazapina. (Nel tempo verrà seguito da almeno 4 psichiatri, con una diagnosi di disturbo di personalità misto, caratterizzato da ansia, depressione ed attacchi di panico).

Subito si consiglia astensione assoluta dagli alcolici e controllo sul denaro. Consegna il bancomat alla madre.

Riduce il consumo di alcool a episodiche assunzioni di panacè (birra più gazzosa) e non gioca per quasi tre mesi. Poi ricomincia a gestire autonomamente il denaro, ritorna l'ansia e si associa insonnia: riprende a giocare d'azzardo. Si aggiunge alla mirtazapina (un ansiolitico non benzodiazepinico) lo zolpidem (un ipnotico non benzodiazepinico). Giocare gli scatena sensi di colpa.

Il padre è un depresso che lo ha sempre trattato in modo svalutante. Il paziente ricorda numerosi episodi da quando era adolescente, in cui il padre parlava di H. ad amici e conoscenti come se fosse un mezzo ritardato, e comunque di tutti i suoi limiti e difficoltà scolastiche e sociali, senza curarsi che lui lo sentisse.

All'anamnesi il paziente ricorda con vergogna, da adolescente, di essere stato attirato ad appartarsi in un cantiere deserto da un ragazzo più grande, che poi si è vantato in paese di averlo “toccato”. Per mesi H. si è nascosto in casa, e per anni in seguito, ogni volta che entrava in un bar temeva che la gente parlasse di quell'episodio. La vergogna è un'emozione fondamentale e che lo ha accompagnato nella sua giovinezza, racconta della precoce perdita dei capelli, iniziata durante l'adolescenza in modo molto addolorato. Il rapporto

con la sua sessualità, per questi motivi, è stato molto complesso, e ha avuto i primi rapporti con prostitute.

H. ama immensamente la musica, ma a 25 anni una malattia che non sa spiegare gli ha causato la perdita completa dell'udito ad un orecchio e lo specialista ORL ritiene la cosa irreversibile.

In agosto 2006, dopo l'ennesima giocata dopo aver bevuto diverse birre, accetta di iniziare ad assumere l'Antabuse^o (disulfiram, un avversivante per l'alcool), somministratogli dalla madre. La madre gli consegna 10-15 euro al dì. Viene sottoposto a indagini testistiche psicologiche: l'Iowa Gambling Task (IGT), il Kaufman Brief Intelligence Test (K-BIT) e la valutazione e discriminazione dell'espressione emotiva (EMOS). Complessivamente il quadro evidenzia una prestazione positiva, sia rispetto alle componenti emotive, sia rispetto alle componenti cognitive. Il quoziente intellettivo risulta alto, benché nella norma, è abile nel comprendere cognitivamente il funzionamento dell'IGT e tende ad avere strategie di cautela. L'EMOS evidenzia un'elevata reattività alla rabbia, che potrebbe dimostrare un'attivazione di fronte a stimoli minacciosi, non infrequente in pazienti con precedenti storie di trauma.

Non gioca per quattro mesi. A dicembre 2006 insorgono depressione, ansia ed angoscia. Prima si aumenta il dosaggio della mirtazapina a 30mg e poi si aggiunge un antipsicotico: periciazina.

Tra dicembre 2006 e luglio 2007 numerosi episodi di angoscia e progressivamente viene aumentato il dosaggio della periciazina da 10 gtt./die a 70 gtt./die, senza bere e senza giocare, tranne 20euro a febbraio. In agosto il malessere, l'angoscia e la depressione peggiorano al punto che H. non va a lavorare per giorni e non riesce più a guidare l'auto. Alla terapia in atto lo psichiatra aggiunge sertralina (un antidepressivo) ed olanzapina (un antipsicotico), sospende lo zolpidem e lo sostituisce con triazolam (una benzodiazepina).

Riprende a lavorare e a guidare a settembre 2007. La terapia in atto comprende: sertralina, olanzapina, periciazina, triazolam e disulfiram.

A dicembre 2007 sospende autonomamente l'Antabuse^o, riprende a giocare d'azzardo con le newslot più volte la settimana e gli viene sospesa la patente per tre mesi per guida in stato di ebbrezza.

Nei primi mesi del 2008 aumenta la frequenza del gioco che diventa quotidiano (5-20 euro al dì). Gioca sempre tra le ore 17 e le 19, dopo l'uscita dal lavoro.

Ad aprile 2008 cambia psichiatra dopo un importante episodio depressivo. La nuova terapia: olanzapina, paroxetina (un antidepressivo), triazolam e lorazepam (una benzodiazepina) al bisogno.

Continua a frequentare il bar dopo il lavoro, malgrado gli venga sconsigliato, e a giocare piccole cifre quotidianamente, fino a giugno. La protezione gli viene

dal controllo sul denaro da parte della madre. Si appoggia completamente alla madre, con cui parla tantissimo.

Consiglio paradossale (dettato dall'esasperazione dell'impasse): quando ha voglia di giocare può buttare i soldi nel cestino del bar o nella cassetta delle missioni. Non viene mai preso sul serio.

Non gioca in luglio ed agosto 2008.

Si è impuntato per non giocare.

Con un collega di lavoro, che anche lui giocava, ha dei colloqui per rinforzarsi a non giocare.

Sente una specie di ansia quando vede qualcuno vincere alle slot machine.

In questi giorni si è sempre allontanato dal bar quando sentiva craving per il gioco.

A settembre 2008 riprende a giocare d'azzardo: al gratta e vinci, spendendo anche 50 euro al dì.

Dapprima riprende ad abusare di alcolici, poi riprende il trattamento con Antabuse, perché si è accorto che il bere gli fa perdere il controllo anche sul gioco.

L'Antabuse viene presto sospeso. Gioca a singhiozzo fino a dicembre 2008. Gioca pochi euro, poiché va in giro con pochi soldi. Per non giocare non esce di casa. Al gruppo dice che si sente k.o. ed impaurito, perché sente che il gioco gli dà benessere, mentre sta giocando. Sente una sorta di sollievo giocando. Un sollievo momentaneo. D'altro canto si sente male perché si sente in balia del gioco. Ha fatto anche sei mesi senza giocare d'azzardo in precedenza e stava bene, e non sentiva di dover continuamente combattere. Quando adesso gioca è un momento in cui il tempo si ferma e non pensa a nulla e si sente davvero bene. E' una forma di autodistruzione, ma piacevole. Gli piace lasciarsi andare e intanto guarda la sua vita che non gli piace. Il gioco gli dà tante emozioni. E poi, dopo il gioco, resta teso per un paio d'ore, perché ha giocato e perché continua a mentire. Pensa ad ogni sotterfugio per trovare i soldi per giocare. Gli piace quando vince, ma gli piace molto anche quando perde. La macchinetta lo fa sentire vivo. Prende farmaci che gli danno impotenza.

Gennaio 2009 – in odore di cassa integrazione. Teme il troppo tempo libero. Nelle ultime due settimane ha perso 250 euro: ha ottenuto il bancomat dalla madre dicendole che gli servivano per comprare un paio di calzoncini. Non si ferma più al bar durante la settimana. Gioca solo nel weekend.

Febbraio 2009 – H. spiega al gruppo che gioca perché vorrebbe ogni tanto essere un vincitore e non sempre un perdente. Si sente cucito addosso il ruolo di giocatore, di disadattato, di maledetto e gli piace. Riesce a non giocare solo per alcuni giorni. Ricorda che l'urgenza di giocare ha una fine, come ha sperimentato nel periodo di sei mesi in cui non ha giocato. Sapere che poi passa ti aiuta ad affrontare la cosa. Giorni fa ha ancora chiesto il bancomat

alla madre, che glielo ha rifiutato, ma si è sentito in tumulto per tre ore. Poi è passata.

Marzo 2009 – Quando riesce a non giocare, la notte si sente soddisfatto.

Aprile 2009 – Ha giocato per una settimana ritirando soldi dal conto della madre. Non gioca quando assume disulfiram, che lo aiuta a non bere e quindi lo aiuta a “non abbassare la guardia”. Contrasta meglio il craving. Non ha più la firma sul conto della madre. Potrebbe però ritirare dal proprio conto in banca... La madre lo capisce e con lei può parlare. Il padre gli ha tolto il saluto.

Maggio, giugno 2009 – Non riesce a stare senza giocare per più di una settimana. Quando lo prende il craving del gioco chiede il bancomat alla madre, che peraltro non cede.

Estate 2009 terribile. Per 7-8 volte ha ritirato 50 euro in banca per giocare.

Ha deciso di chiudere il conto in banca: i soldi glieli tiene sua madre dalla fine di luglio.

Da agosto si fa dare 10 euro al dì e ne gioca quasi tutti i giorni 2-3. Continua ad essere un importante modo di "scaricarsi": la tensione cresce, l'adrenalina sale, e giocando prova piacere, poi la tensione rimane anche dopo per almeno un'ora. Quando tutto passa è tranquillo e si sente soddisfatto per aver perso solo 2 euro, visto che avrebbe avuto voglia di giocare almeno 100.

Non si fa più prestare soldi da amici.

Sospeso di nuovo autonomamente l'Antabuse, ma dice di riuscire a limitarsi a una birra ogni tanto.

Terapia farmacologica in atto: paroxetina ed olanzapina, con discreto benessere soggettivo.

Lavora e dorme, senza fatica.

Pensa al gruppo in modo contraddittorio: a volte dopo il gruppo ha una voglia irresistibile di giocare, mentre altre volte il gruppo lo ha aiutato a non sentirsi strano (visto che c'è gente come lui).

Negli ultimi tempi è tornato con la fidanzata di prima e sta bene.

Novembre e dicembre 2009 - Durante la settimana non gioca: esce con 10 euro (6 per le sigarette, il resto per la birra). Il sabato gioca 10 euro, dei 50 che la madre gli dà. La domenica niente, uscendo con la ragazza con 50 euro. Non si fa più prestare soldi dai colleghi di lavoro. La voglia la sente per tutta la settimana: gioca solo il sabato. Si vede sempre dalla parte della vincita. Al gruppo spesso manca per motivi di lavoro.

H. fatica a accettare incontri individuali, che aveva iniziato prima del gruppo, perché “lo fanno sentire malato” e non prova una forte ansia di fronte a questo, allo stesso modo frequenta saltuariamente lo psichiatra. Il gruppo è stato la terapia maggiormente continuativa che abbia intrapreso. Anche nel suo caso manca però un familiare di riferimento: la madre, che per lui è un referente fondamentale per il controllo del denaro, lo ha accompagnato solo un paio di volte alle visite nel 2006.

Avete effettuato il follow up sui casi descritti? Se si, come?
Solo ora, perché esplicitamente richiesto, come compito da voi.

Nel presentare questi casi, oltre alla storia clinica dei pazienti e a tutto quanto concerne la comprensione della loro situazione, è opportuno anche fermarsi a riflettere per identificare e declinare elencandoli quelli che nei casi specifici sono stati i **criteri di valutazione che avete adottato per decretare il vostro giudizio (positivo, negativo o dubbio).**

POSITIVO

Non gioca più d'azzardo, a nessun gioco, nessuna cifra. E non intende più farlo. E ci sta riuscendo da mesi o da anni.

NEGATIVO

Sta continuando a giocare d'azzardo. Minimizza e sottovaluta. Se ne va, senza spiegare.

DUBBIO

Continua a ricadere, soprattutto per piccole cifre. Nella maggior parte del tempo riesce quantomeno a ridurre il danno economico. Si impegna, fa fatica e lo stesso non riesce fino in fondo. Si rialza e riprova.

Potete identificare delle correlazioni tra gli interventi terapeutici/educativi effettuati e i risultati di cambiamento ottenuti (anche in relazione ai criteri identificati)?

In altre parole, cosa ha funzionato? Cosa non ha funzionato? E a vostro avviso perché?

Molte volte è solo il percorso personale, su cui le stesse cose incidono in modo diverso.

Smette soprattutto chi non può fare diversamente, perché non ha più soldi per giocare, perché i debiti sono enormi. Perché adesso ha davvero troppo da perdere. Ha toccato il suo fondo, e non si è messo a scavare (come direbbe Freak Antoni). Oltre a questo, la frequentazione continuativa a incontri individuali (e ovviamente di gruppo), sia come segno di maggiore motivazione (in alcuni casi banalmente di maggiori possibilità di raggiungere il luogo) si è dimostrato un fattore predittivo positivo, insieme al fatto di avere un referente esterno che permetta di supportare l'intervento clinico.

Infine, da queste riflessioni, complessivamente quali **indicatori prognostici** ritenete che siano da ritenersi utili in considerazione con questo tipo di pazienti?

La motivazione personale. Una sorta di tensione etica volta al riscatto personale.

E quali gli indicatori generali di valutazione per decretare il successo/insuccesso terapeutico?

L'astinenza assoluta nei fatti.

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

A ruota libera, quali suggerimenti daresti a un collega che dovesse comunicarvi l'intenzione di voler aprire un gruppo GAP?

- Avere chiarezza in prima persona e con i partecipanti su qual'è l'obiettivo da raggiungere: astensione assoluta? Gioco controllato?
- Vigilare che tutti i partecipanti parlino del gioco senza appassionarsi ed eccitarsi a vicenda.
- Suggestire che ognuno porti la propria esperienza, parlando sempre di sé, senza giudicare direttamente quanto espresso da altri.
- E' rischioso lasciare i giocatori da soli in sala d'attesa prima che inizi il gruppo: è sempre in agguato il pericolo di parlare del gioco in modo elettrizzante, trasmettendosi le esperienze e "i trucchi per vincere", per riconoscere i rumori che fanno le macchine quando stanno per pagare...insomma tutte le cose che possono trascinare in una spirale di craving, difficile da disinnescare. Allo stesso modo, potrebbe essere utile un momento di "limbo" alla fine del gruppo, in modo da permettere ai pazienti di allentare la tensione emotiva a volte associata agli incontri e evitare che, quindi, il gruppo abbia un effetto emotivo postumo negativo.
- Può essere utile instaurare dei rituali nel gruppo, come tenere un libro mastro-diario-verbale del gruppo, o come ogni volta dirsi quanti sono i giorni di astinenza, ecc.
- Nelle ultime sedute del gruppo, stiamo collezionando una serie di comportamenti ed atteggiamenti, che abbiamo rilevato non funzionare quando si vuole smettere di giocare d'azzardo o evitare di ricadere. All'inizio di ogni seduta li rileggiamo insieme e se capita ne aggiungiamo di nuovi. Niente di nuovo sotto il sole del gioco d'azzardo patologico naturalmente...

CHE COSA NON FUNZIONA:

- Cercare di fare da solo.
- Avere soldi in tasca.
- Tentare di non andare nei posti dove giocavi, perché tanto il gioco d'azzardo è dappertutto.
- Non ammettere esplicitamente a sé stessi e ai propri cari che si ha un problema e si chiama gioco d'azzardo.
- Pensare di poter gestire un altro gioco d'azzardo.
- Mettersi alla prova.
- Avere del tempo libero non organizzato.
- Avere soldi di cui non dover rendere conto.
- Sentirsi sicuri di poter giocare un euro, dopo tanto tempo che non si gioca.
- Avere riserve anche lontane di denaro.
- Tenere nascoste difficoltà economiche.
- Tenere nascoste le proprie strategie per andare a giocare.
- Cercare di recuperare i soldi persi, tornando a giocare il giorno dopo.

GRUPPO GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO, ASL TO3 PIEMONTE

**Contributo di
Federica Devietti Goggia, psicologa psicoterapeuta**



LA CARTA DI IDENTITA' DEL GRUPPO

Conduttori: dr.ssa Marzia Lydia Spagnolo, psicologa psicoterapeuta, dr.ssa Federica Devietti Goggia, psicologa psicoterapeuta.

Il gruppo accoglie solo giocatori.

DATI ORGANIZZATIVI

Il gruppo giocatori nasce nella primavera del 2006 come attività del Servizio GAP (Servizio per il Gioco d'Azzardo Patologico) di Grugliasco (TO), ambulatorio pubblico specialistico della Struttura Complessa Dora Riparia all'interno del Dipartimento Patologia delle Dipendenze ASL TO 3 Piemonte, istituito nel gennaio 2004.

Inizialmente era condotto da un solo conduttore (Gabriele Samassa, educatore professionale); a fine ottobre 2006 è stato affiancato nella conduzione dalla dottoressa Devietti Goggia; a gennaio 2008 Samassa è stato sostituito dalla dottoressa Spagnolo.

Il gruppo è aperto e continuativo, ma per questioni organizzative e di calendario può eventualmente essere sospeso per 1-2 settimane ad agosto e/o nel periodo natalizio; è previsto che sia costituito da un minimo di 3 persone ad un massimo di 10 partecipanti.

Si svolge ogni mercoledì dalle 18 alle 19.30 presso la sala colloqui/gruppi del Servizio.

Accedono al gruppo pazienti presi in carico dal servizio GAP e residenti nel territorio dell'ASL TO3; essi vengono inviati dopo la discussione nell'equipe del Servizio GAP e la valutazione dell'opportunità dell'inserimento; oppure per richiesta da parte dei servizi delle altre due Strutture Complesse che si occupano di gioco: anche in questo caso viene effettuata una valutazione in equipe prima dell'inserimento.

I pazienti sono inseriti in un percorso di trattamento, pertanto è possibile che al momento dell'inserimento in gruppo non siano del tutto astinenti ma che stiano lavorando per raggiungere tale obiettivo. Le eventuali ricadute non comportano espulsione ma sono oggetto di discussione all'interno del gruppo. La durata prevista di percorso in gruppo non dovrebbe essere inferiore ad 1 anno.

Non è previsto pagamento.

Di seguito le regole previste:

- frequenza costante e puntualità; si valuta caso per caso, durante la valutazione dell'inserimento, la possibilità di inserire persone che per motivi lavorativi non possano garantire la frequenza settimanale con continuità;
- rispetto reciproco;
- obbligo di riservatezza;
- invito alla "sincerità" e alla libera espressione.

Si tratta di un gruppo clinico di sostegno, che persegue i seguenti obiettivi:

- remissione del sintomo
- prevenzione delle ricadute e mantenimento dell'astensione dal sintomo
- attivazione di strategie di auto mutuo aiuto
- apertura verso diverse possibilità di gratificazione (non solo gioco...)

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

Da ottobre 2006 ad oggi hanno partecipato al gruppo GAP complessivamente 27 persone:

- 4 donne, età media 47,5 anni; 2 separate, 1 divorziata e 1 sposata, tutte con figli
- 23 uomini, età media 43 anni; 15 sposati o conviventi, 5 celibi, 3 separati
- lavoro: 2 OSS, 9 operai, 2 agenti di commercio, 1 autista, 1 agente di polizia, 1 operatore scolastico, 1 operatore ecologico, 1 parrucchiere, 1 cuoco, 1 universitario, 3 pensionati, 4 disoccupati
- Tra i partecipanti al gruppo, 2 hanno scelto di partecipare al gruppo dopo aver partecipato a Sidecar, anche se appartenenti ad ASL differenti (2008), ma è stata concordata la conclusione per motivi logistici.

- La durata media di permanenza al gruppo è di circa 1 anno; tuttavia 5 persone hanno frequentato soltanto 3-4 volte. La durata massima di permanenza è di 3 anni e mezzo.
- Dei 26, 8 sono attualmente in carico; dei restanti 16, 5 sono drop-out (perché l'invio al gruppo non è stato effettuato al momento opportuno), 3 sono state interruzioni concordate, 2 come detto prima per motivi logistici, 1 per decisione del paziente, 1 è stata una sospensione per motivi disciplinari, altri 2 percorsi sono stati conclusi in modo concordato dopo una valutazione congiunta sulla motivazione al cambiamento, 4 si sono conclusi positivamente.

Non sono stati effettuati interventi di follow-up. L'unico strumento di follow-up riguarda coloro che hanno partecipato anche a Sidecar a partire dal 2009, perché a loro viene inviato un questionario di follow-up a distanza di un mese e di 6 mesi dalla fine del programma terapeutico breve.

DEMOGRAFIA ATTUALE

In questo periodo il gruppo è composto da 2 donne e 6 uomini.

1. Donna; frequenta il gruppo da maggio 2006; età al momento dell'ingresso: 48 anni. Lavora come cuoca in una ditta che distribuisce pasti alle mense scolastiche e ospedaliere; madre di 3 figli maggiorenni e separata (non legalmente) dal marito; attualmente astinente dal gioco; periodo di gioco: circa 2 anni durante i quali ha contratto più di 40.000 € di debiti con le finanziarie giocando al Bingo; ha incominciato a giocare dopo la separazione dal marito; usufruisce presso il servizio di un sostegno psicologico e del supporto dell'assistente sociale; la figlia maggiore si è rivolta al servizio quando la madre le ha chiesto aiuto, solo di recente sono stati coinvolti attivamente anche i figli maschi nel percorso di trattamento; ha partecipato a Sidecar.
2. Donna; frequenta il gruppo da gennaio 2007; età al momento dell'ingresso: 44 anni. Lavora come parrucchiera; ha una figlia di 8 anni ed è separata dal convivente; attualmente astinente dal gioco; storia di gioco: circa 6-7 anni di gioco ai videopoker in una bisca; usufruisce presso il servizio di una psicoterapia, prima di arrivare al servizio GAP aveva effettuato una psicoterapia presso uno studio privato; ha partecipato a Sidecar.
3. Uomo; frequenta il gruppo da aprile 2006; età al momento dell'ingresso: 49 anni. Lavora come operatore ecologico; ha giocato per molti anni a poker ma ha incrementato la quantità di tempo e denaro investiti nel gioco con il lotto e il bingo. Vive con la propria compagna, che è separata e ha un figlio. Ha partecipato a Sidecar (edizione breve di 3 giorni), attualmente non ha altri trattamenti in corso, è attualmente astinente ma la compagna continua a monitorare e a gestirgli il denaro.

4. Uomo; frequenta il gruppo da marzo 2009; età al momento dell'ingresso: 40anni. Sposato, con tre figli piccoli, due delle quali gemelle; lavora come agente di commercio e ha iniziato a giocare alle macchinette usando anche i soldi ritirati dai clienti della ditta per cui lavora; astinente da marzo, ha avuto un paio di ricadute; usufruisce di un percorso di sostegno individuale e ha partecipato a Sidecar; in passato, all'età di circa 20 anni aveva avuto un periodo di gioco problematico poi risoltosi da solo.
5. Uomo; frequenta il gruppo da maggio 2008; età al momento dell'ingresso: 45 anni. Ha un figlio che vive con la propria madre, con la quale il paziente non ha mai convissuto; lavora come autista; attualmente astinente fondamentalmente per motivi economici. In passato ha avuto problemi con le sostanze stupefacenti, ora risolti e attualmente ha anche problemi di abuso di alcol; usufruisce di un percorso di sostegno individuale e uno dei due fratelli gestisce il suo budget settimanale.
6. Uomo; frequenta il gruppo da maggio 2009; età al momento dell'ingresso: 39 anni. Ha un figlio di 9 anni, convive con la compagna; lavora come operaio turnista; ha giocato in modo intensivo per circa 2 anni alle macchinette, attualmente ha un percorso di sostegno individuale, la compagna controlla e monitora il denaro settimanalmente; ha partecipato a Sidecar.
7. Uomo; frequenta il gruppo da febbraio 2008; età al momento dell'ingresso: 52 anni. Sposato, con due figli maggiorenni; ha sospeso la partecipazione al gruppo per alcuni mesi, da aprile a novembre 2009 per le conseguenze di un incidente stradale che lo ha costretto all'immobilità; attualmente astinente (dal 2008); si è rivolto al servizio dopo aver tentato il suicidio a causa dell'abuso alcolico e di un tipo di gioco problematico, attraverso il quale ha estinto il conto corrente della moglie; è stato seguito dal SerT per problemi di abuso alcolico e dalla psichiatria.
8. Uomo; frequenta il gruppo da gennaio 2010; età al momento dell'ingresso: 43 anni. Separato, con un figlio minorenni, attualmente convive con una nuova compagna. Lavora come OSS in una struttura sociosanitaria; in passato ha partecipato a due edizioni di Sidecar; segue un percorso di sostegno psicologico individuale presso l'ambulatorio di Pinerolo, che appartiene alla Struttura Complessa Pinerolo del Dipartimento "Patologia delle dipendenze".

VALUTAZIONE DI ESITO

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto un esito positivo

Dovendo scegliere un caso che abbia ottenuto un esito positivo, mi orienterei su uno dei pazienti che sono attualmente presenti nel gruppo, anche perché

rispetto agli altri casi conclusi non è stato effettuato follow up, e spesso le uniche informazioni pervenute vengono date dagli ex-pazienti in modo occasionale e non sistematico.

L., donna, attualmente ha 51 anni, divorziata, con tre figli. Ha partecipato a più edizioni Sidecar, ha dato disponibilità di farsi intervistare per la televisione e la stampa sulla propria esperienza e ha concesso alcune interviste televisive sulla propria esperienza e ha preso parte a Sidecar anche in veste di "testimonial".

L. frequenta il gruppo da giugno 2006, ha avuto durante il percorso una sola ricaduta di minima entità rispetto al denaro speso, ma che è stata vissuta da lei come segnale relativo alla percezione di essere costantemente a rischio.

Al servizio si è rivolta dopo aver chiesto aiuto alla figlia maggiore, la quale ha ricercato informazioni sui servizi disponibili; la figlia è rimasta per molto tempo l'unico punto di riferimento per gli operatori del servizio; non aveva invece informato i figli maschi di quanto accaduto.

Ha utilizzato il gruppo come risorsa per comprendere il circolo vizioso entro il quale era entrata: anche con l'ausilio del percorso individuale L. è riuscita ad inquadrare il suo periodo di gioco (circa 2 anni, interamente dedicati al gioco del bingo) collocandolo nel contesto delle conseguenze della separazione e degli stati emotivi (noia, depressione, solitudine) da essa determinati; in particolare ha riscoperto delle risorse cognitive ed affettive per poter investire diversamente il proprio tempo.

Nonostante la situazione economica sia decisamente compromessa, con la cessione di due quinti dello stipendio, la difficoltà a pagare le bollette, uno scarso aiuto economico proveniente dai figli, attraverso il confronto in gruppo e il tentativo di attivare forme di sostegno economico (non sempre possibili) ha resistito alla tentazione di ricominciare a giocare per provare a risolvere i propri problemi.

L'ultimo cambiamento e traguardo raggiunto è stato, dopo aver affrontato in gruppo il senso di vergogna e il senso di colpa legati all'eventualità di informare anche i figli maschi, il convincersi di poter immaginare una strategia per coinvolgerli nel percorso terapeutico; la sua operatrice di riferimento li ha quindi convocati insieme a lei e alla figlia, e L. con sua grande sorpresa e sollievo ha scoperto che uno dei due figli in realtà era al corrente dell'accaduto, mentre l'altro non ne sapeva nulla e si è arrabbiato non per quanto "combinato" da mamma ma per il fatto di essere stato escluso.

Riferisce che da allora è cambiato il clima in famiglia, i figli la trattano con maggiore affetto e considerazione, e questo comporta che L. sia decisamente più serena nonostante il fatto che aver informato i figli non abbia modificato la sua situazione economica.

Al momento si sta valutando la dimissione.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto un esito negativo

G.C., 50 anni, separato, con una figlia che abita all'estero; ha giocato per tutta la vita al casinò, spendendo i soldi dei propri stipendi, dell'eredità della madre e della propria liquidazione, è arrivato al servizio perché inviato dai servizi sociali ai quali si era rivolto per ottenere un lavoro; infatti in seguito ha ottenuto di lavorare per 6 mesi l'anno nei cantieri sociali del comune. Nullatenente, ai limiti del barbonaggio, coabita con un inquilino, ha contratto debiti con finanziarie e con usurai, verso i quali manifesta stima ed approvazione.

Durante la partecipazione al gruppo descrive le sue modalità di gioco con passione e coinvolgimento, afferma che se avesse dei soldi continuerebbe a giocare e sottolinea i privilegi e i vantaggi che otteneva come giocatore abituale durante i suoi passaggi al casino (in termini di compagnia femminile, accoglienza da parte del personale di sala, ecc...); quando ha ottenuto un rimborso che gli avrebbe consentito di "sopravvivere" con maggiore dignità, ha accantonato una quota per pagare qualche debito, e ha usato il restante per giocare al casinò, perdendo poi l'intera somma.

Ha un fratello che non vuole coinvolgere, non ha rapporti con l'ex moglie e vede la figlia saltuariamente, pertanto è totalmente sprovvisto di una rete familiare e sociale che possa aiutarlo sia materialmente che nella gestione e monitoraggio del denaro.

Afferma di non avere dei motivi validi per smettere di giocare, come accadrebbe ad altri partecipanti del gruppo che invece sarebbero motivati a smettere perché hanno accanto dei famigliari che li sostengono e dei quali vorrebbero riconquistare la fiducia.

Ha partecipato al gruppo dall'inizio fino a fine 2007; verso gli ultimi mesi del 2007 inizia a lavorare presso un distributore di benzina, che gli consente di avere qualche entrata in più; poiché l'orario di lavoro si sovrappone con gli orari del gruppo, dirada gli incontri finché a fine anno non si decide di concludere il percorso in modo concordato.

Non è stato previsto follow-up; G.C. aveva abbandonato il percorso terapeutico individuale, pertanto le uniche informazioni provengono dagli altri partecipanti al gruppo che talvolta lo hanno chiamato o incontrato; da allora G.C. probabilmente ha giocato solo qualche volta ma sostanzialmente perché non ne ha la possibilità economica; il suo desiderio rimane quello di poter accumulare piccole somme di denaro per tornare a giocare al casinò non solo per rifarsi ma per il piacere di giocare: è rimasto astinente solo per motivi di causa maggiore ed è rimasto in una fase di precontemplazione, senza aver maturato l'idea di cambiare il proprio comportamento e atteggiamento verso il gioco.

Valutando questo percorso di trattamento gli indicatori che hanno comportato un esito negativo sono i seguenti:

- **Motivazione intrinseca/estrinseca:** G.C. non si è presentato al servizio spontaneamente, come d'altra parte accade per molti altri giocatori, ma soprattutto non è stato possibile, né attraverso il lavoro di gruppo né

attraverso il lavoro individuale spostare la sua motivazione da un focus estrinseco ad uno intrinseco.

- Rispetto al gruppo, un elemento negativo è stata la composizione del gruppo, con la compresenza, in una fase iniziale, di due pazienti (compreso G.C.) su 3-4 partecipanti **attivi** rispetto al gioco e con caratteristiche di **giocatori d'azione**, quali la competitività, il bisogno di dimostrare la propria superiorità di giocatore sottolineando le proprie "abilità" di giocatore, che hanno portato ad una situazione nella quale in alcune sedute il tema principale era rappresentato dal focus sulle strategie di gioco attivo.
- Probabilmente non abbiamo tenuto conto pienamente di quanto l'essere giocatore fosse pregnante rispetto all'**identità** di G.C. e di come probabilmente fosse davvero difficile fare in modo di aiutarlo a separare la propria identità da tale aspetto; la difficoltà è stata nell'aiutarlo ad immaginare forme alternative per ottenere la stessa gratificazione e lo stesso riconoscimento sociale che otteneva attraverso il gioco.
- Inoltre, **l'assenza di una rete sociale** ha costituito un fattore deficitario rispetto alla possibilità di coinvolgere familiari e/o amici nel motivarlo a contemplare l'idea di giocare; su questo fattore non avevamo possibilità di intervento.
- Un ulteriore aspetto riguarda la valutazione di un inserimento in comunità che potesse contribuire a separarlo dal proprio ambiente di vita, sostenendolo rispetto alla possibilità di fargli immaginare una diversa prospettiva di vita; allora gli fu proposto un percorso di questo tipo, che però venne rifiutato da G.C.: probabilmente non venne realizzato un lavoro più approfondito per motivarlo ad intraprendere questo percorso.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto un esito dubbio

S., 37 anni, sposato, con un bambino di 5 anni; agente di commercio. Ha 5 fratelli maschi.

S. si è rivolto al servizio alla fine del 2007, su indicazione di uno dei fratelli al quale aveva "confessato" il suo problema di gioco (esclusivamente videopoker); al contempo aveva rivelato alla moglie il problema e chiesto alla propria madre un prestito per sanare l'ammacco di denaro prodotto sul lavoro, in quanto spesso aveva speso, giocando, i soldi ritirati presso i clienti durante l'attività lavorativa.

S. ha iniziato a partecipare al gruppo a marzo 2008 e ha interrotto in modo non condiviso dalle conduttrici del gruppo e dall'operatore di riferimento, a gennaio 2009; ha partecipato a Sidecar, è stato seguito dapprima con un percorso individuale di tipo psicoeducativo, e in seguito ha usufruito di una psicoterapia individuale nella quale è risultato difficile il suo coinvolgimento. La compagna ha partecipato ad una edizione del gruppo psicoeducativo destinato ai familiari, manifestando coinvolgimento e buona partecipazione.

L'interruzione della partecipazione al gruppo è stata decisa unilateralmente in quanto S. era astinente da qualche mese e non aveva manifestato ricadute,

pertanto si era convinto di poter rinunciare a qualsiasi forma di aiuto, pensando di potercela fare con le proprie gambe.

Gli aspetti problematici sono stati:

- la difficoltà di riconoscere le motivazioni sottostanti l'insorgenza e il mantenimento del problema gioco
 - la difficoltà individuare i propri stati emotivi
 - il desiderio di chiudere definitivamente con l'episodio di gioco e con tutto ciò che glielo ricordava, compresi i trattamenti
 - un sentimento di autoefficacia irrealisticamente elevato, che lo ha portato a sopravvalutare la possibilità di farcela da solo
- S. è tornato al servizio a gennaio 2010.

In generale penso che gli indicatori prognostici utili ai fini di un successo/insuccesso terapeutico siano:

- arrivo al servizio almeno in fase di contemplazione (anche se il paziente è accompagnato da familiare/conoscente/amico o inviato da altro servizio);
- motivazione intrinseca o comunque passaggio da una fase di contemplazione a una di determinazione;
- normalizzazione delle ricadute come opportunità di apprendimento;
- presenza di rete sociale/familiare sia per il ruolo attivo che può svolgere nel controllo del sintomo, sia come fattore motivante rispetto al cambiamento;
- storia "breve" di gioco VS carriera iniziata a partire dall'adolescenza;
- mantenimento di una residua capacità progettuale slegata dal gioco;
- mantenimento o reperimento attività lavorativa o individuazione forme di occupazione/gestione tempo libero in caso si tratti di persone in pensione
- capacità di ascolto da parte dei partecipanti
- tolleranza alle osservazioni altrui
- costanza nella partecipazione

Indicatori generali di valutazione per decretare il successo/insuccesso terapeutico:

- tolleranza di un controllo del denaro da parte dei familiari
- astinenza dal gioco o modalità di gioco controllato con tipi di gioco differente da quello "problematico"
- riduzione o eliminazione del desiderio di "mettersi alla prova", in particolare in una fase precoce del trattamento
- possibilità di ripianare i debiti, seppure a lungo termine
- consapevolezza di essere a rischio di poter ricadere in un gioco problematico
-

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

Suggerimenti:

- contratto chiaro sugli obiettivi
- valutazione accurata dell'idoneità alla partecipazione al gruppo
- supervisione specifica per la co-conduzione
- inserimenti "dosati": un ingresso alla volta
- ridurre al minimo la presenza di giocatori attivi compresenti
- stabilire regole chiare rispetto alla frequenza e alle comunicazioni delle assenze

IL GRUPPO FAMILIARI, ASL TO3 PIEMONTE
Contributo di Eleonora Pellegrini, psicologa psicoterapeuta



LA CARTA DI IDENTITA' DEL GRUPPO...

Nome gruppo: "Gruppo Familiari".

Conduttori: dr.ssa Eleonora Pellegrini, psicologa psicoterapeuta, e dr.ssa Barbara Mattiazzi, educatrice professionale. A partire dal primo modulo del 2010 la dr.ssa Mattiazzi verrà sostituita da un'altra educatrice professionale la dr.ssa Rosa Recchia per motivi di servizio.

Il gruppo accoglie solo familiari.

DATI ORGANIZZATIVI

Il Gruppo Familiari prevede la partecipazione ad un ciclo di 7 incontri a tema, con frequenza quindicinale; si svolge in orario pre-serale dalle 17.30 alle 19.00 presso la sala formazione del Servizio GAP di Grugliasco (TO), ambulatorio pubblico specialistico della Struttura Complessa "Dora Riparia" all'interno del Dipartimento Patologia delle Dipendenze (costituito da 3 Strutture Complesse).

Ulteriori tracce per descriverlo

Il gruppo nella sua forma attuale nasce da una precedente esperienza di gruppo di auto mutuo-aiuto con facilitatore rivolto ai familiari; avendo rilevato delle criticità rispetto al raggiungimento degli obiettivi previsti, è stato deciso di apporre delle modifiche, strutturandolo come gruppo psicoeducativo, a partire da gennaio 2008.

Gli obiettivi sono i seguenti:

- informare sulle caratteristiche del fenomeno del gioco, sottolineando in particolare gli aspetti patologici e problematici, in contrapposizione con la convinzione che si tratti di un "vizio";

- offrire la possibilità di confronto e discussione tra i partecipanti sui temi proposti di seduta in seduta;
- facilitare la comprensione che la problematica gioco non riguarda solo il giocatore ma l'intero sistema familiare.

Si tratta di un gruppo chiuso, al quale accedono familiari sia di pazienti che hanno già un trattamento in corso, sia di persone che non hanno ancora attivato un percorso; nel secondo caso il familiare può essere una risorsa utile per motivare e/o aiutare il giocatore ad affrontare il problema e ad accedere al servizio. È prevista la partecipazione di più persone appartenenti allo stesso nucleo familiare.

L'equipe periodicamente effettua un censimento dei familiari (di giocatori in trattamento/non in trattamento) e valuta l'utilità di offrire loro un percorso psicoeducativo.

Non è previsto alcun pagamento.

È richiesta la frequenza costante per chi decide di accedervi; eventuali invii successivi al primo incontro possono avvenire soltanto entro la seconda giornata.

Il gruppo è attivato con un minimo di 4 partecipanti; il numero massimo è di 10-12 partecipanti.

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

Ad oggi sono stati attivati 3 cicli di incontri. Dall'attivazione del primo ciclo ad oggi si sono succedute una trentina di persone: in particolare, nella stragrande maggioranza di casi mogli/compagne di giocatori ma anche mariti (circa 3), madri e figli/e. L'età dei partecipanti varia dai 18 ai 70 anni. Tutte persone con impegni di lavoro o di studio.

Alcuni partecipanti erano coinvolti nella gestione diretta del denaro e per tale ragione venivano anche coinvolti in colloqui educativi con il familiare giocatore.

Attualmente si sta progettando il successivo avvio previsto per l'inizio del 2010.

VALUTAZIONE DI ESITO

Per la presentazione del caso, mi collego ai casi presentati dalla collega Devietti Goggia, conduttrice, nello stesso Servizio, del gruppo per i giocatori.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto un esito positivo

Nella storia clinica della sig.ra L. – caso clinico con esito positivo – è necessario sottolineare che una delle figlie ha partecipato al gruppo familiari – prima edizione. In quel periodo D. abitava ancora con la madre con la quale aveva comunque un buon rapporto. D. era l'unica tra i fratelli a conoscere la storia di dipendenza della madre. D. ha partecipato al gruppo familiari con grande costanza ed impegno, riuscendo a comprendere la complessità della situazione che stavano affrontando e fungendo da risorsa nel percorso di cura della madre. Anche all'interno del gruppo dei familiari offriva un confronto attento nel comprendere le difficoltà sue e degli altri partecipanti. Cominciava anche a mettere in discussione i suoi modi di funzionare sia nei confronti della madre che della famiglia in generale. D. è riuscita a sostenere il percorso della madre ma senza sostituirsi ad essa. Nel tempo ha concretizzato la sua autonomia ed aiutato la madre a coinvolgere anche gli altri fratelli.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto un esito dubbio (in cui cioè è difficile valutare l'esito)

Nella storia clinica di S. – caso con esito dubbio –, sua moglie K. ha partecipato al gruppo familiari. La partecipazione di K. al gruppo è stata piuttosto ambivalente e discontinua: accanto a momenti di grande slancio in cui faceva partecipare anche sua madre agli incontri, sono presenti assenze impreviste e non comunicate. L'atteggiamento di K. oscillava tra il trovare un colpevole – il marito – da punire con grande veemenza, con il quale a tratti dichiarava di non avere nulla a che fare, “il colpevole è lui, ed è lui che deve risolvere la questione”, ad atteggiamenti di negazione della situazione che stavano vivendo mantenendo inalterate alcune dinamiche familiari. La grande difficoltà di K. era rappresentata dall'impossibilità ad ampliare la visione del problema all'intero sistema familiare ed alla complessità insita, mantenendo una modalità di interazione con S. richiedente e poco avveza alla comprensione e messa in discussione.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto un esito negativo

La storia di M. potrei farla rientrare tra i casi clinici con esito negativo: M. è una giovane donna trentenne sposata con T.; dal loro matrimonio è nata A. una bambina che nel tempo del loro trattamento aveva circa due anni. Nonostante la partecipazione al gruppo familiari e anche ai colloqui di

sostegno, M. è rimasta fortemente invischiata in una relazione di dipendenza da T. in cui lei svolgeva il ruolo di madre nei confronti del marito perdonandogli qualunque cosa lui facesse. Dal canto suo T. pareva non avere alcuna intenzione né motivazione nel modificare il suo stile di vita di giocatore e ricercatore di esperienze forti. M. nonostante le sue capacità intellettive non si è data la possibilità di comprendere e mettere in discussione la propria situazione le cui radici affondavano però in un passato problematico, pertanto, mettere in discussione il presente significava mettere in discussione anche la propria storia di figlia.

Non è stato effettuato un follow up in modo strutturato e con tempi di verifica predefiniti. Tuttavia, in modo indiretto abbiamo potuto “monitorare” l'andamento e l'esito dei trattamenti dei familiari e dei giocatori.

Gli indicatori generali di valutazione per decretare il successo del percorso del familiare, secondo me, potrebbero riguardare:

- l'aumento/rinforzo, laddove possibile della funzione di contenimento/controllo del coniuge nella gestione del denaro
- l'aumento dell'alleanza terapeutica con il sistema curante
- il grado di apprendimento delle informazioni fornite
- la capacità/disponibilità a poter rivedere la propria dinamica familiare con qualche strumento in più e con la possibilità di identificare se stesso all'interno di un sistema familiare in qualche modo disfunzionale.

Un esito auspicabile del gruppo potrebbe essere la richiesta, da parte del familiare, di continuare un percorso, individuale o di coppia per aumentare la consapevolezza e permettere quindi la trasformazione di aspetti relazionali disfunzionali.

GRUPPO PREVENZIONE DELLE RICADUTE SERT DI CASTELFRANCO VENETO, ULSS 8

**Contributo di
Amelia Fiorin, psicologa psicoterapeuta,
e Simonetta Fraccaro, psicopedagoga**



LA CARTA DI IDENTITA' DEL GRUPPO

Il gruppo che presenteremo è denominato “Gruppo Prevenzione delle Ricadute”

I conduttori sono due, con professionalità diverse: una psicologa e una educatrice.

Il gruppo accoglie pazienti giocatori d'azzardo (maschi e femmine)

PARTE PRIMA - DATI ORGANIZZATIVI

Il gruppo si svolge al mercoledì, presso il servizio per le Tossicodipendenze di Castelfranco Veneto. La durata è di 90 minuti, la frequenza è settimanale.

Questo modulo di gruppo è nato nel 2003 ed è inserito nelle attività cliniche dell'Ambulatorio per il Gioco d'Azzardo Patologico sorto nel 2002 all'interno del Dipartimento delle Dipendenze dell'ULSS 8. Il modulo è strutturato tenendo conto innanzitutto di alcuni principi organizzativi:

1. i SerT non sono tenuti a trattare la patologia da gioco;
2. non possono per questo essere destinate risorse esclusive per questa attività;

3. l'attività clinica rivolta al trattamento del gioco d'azzardo si basa soprattutto sull'interesse e la motivazione degli operatori dando comunque priorità al mandato istituzionale dei SerT.

Partendo da questi principi noi abbiamo sviluppato un intervento grupppale che si ispira, da un punto di teorico e metodologico, a molta letteratura sull'efficacia della psicoterapia di gruppo a tempo limitato NordAmericana (Budman, Simeone, Reilly 1994), sviluppatasi e diffusa in Italia grazie ad un importante pubblicazione curata da Anna Costantini (*Psicoterapia di Gruppo a Tempo Limitato*, Ed. Mc Graw-Hill, 2000).

Questo approccio presenta degli indubbi vantaggi sul piano dell'efficacia e sul piano dell'efficienza. Esistono molteplici evidenze sull'efficacia delle psicoterapie di gruppo, brevi o a tempo limitato, per pazienti con comportamenti di addictions (K.Roy MacKenzie, *“Psicoterapia breve di gruppo”*, Erickos, 2002) inoltre il formato grupppale è conveniente in termini di efficienza poiché “libera ore di lavoro degli operatori che possono dedicarsi ad altre attività terapeutiche” (Anna Costantini, 2000) rispondendo così anche ai nostri bisogni istituzionali e organizzativi.

Un'ultima riflessione, che ci ha spinti ad adottare un formato di gruppo a tempo limitato, è legata alla domanda di aiuto. I giocatori che si presentano al nostro Ambulatorio chiedono di essere aiutati a superare un periodo di crisi, un problema di perdita del controllo sul comportamento del gioco senza per questo richiedere un intervento di cambiamento più profondo, chiedono di riacquistare un equilibrio perduto ma non di modificare la loro personalità. Di conseguenza un intervento a tempo limitato, per le sue caratteristiche intrinseche si focalizzerà soprattutto sulla problematica predominante sfruttando in modo efficace il tempo terapeutico. L'intervento di gruppo “Prevenzione delle Ricadute” per i giocatori patologici, si colloca all'interno di una rosa di altri approcci e accoglie pazienti con specifiche caratteristiche.

Nello specifico noi abbiamo, con il tempo, definito un protocollo per la presa in carico del giocatore patologico che prevede:

1. la fase di accoglienza o colloquio clinico
2. la fase di assessment
3. la fase dell'intervento: la psicoterapia individuale, i colloqui di sostegno, il riordino finanziario; l'intervento familiare e il gruppo Prevenzione Ricadute (PR)

La teoria di riferimento per il gruppo PR è quella Cognitivo-Comportamentale di Alan Marlatt, D.M. Donovan che sottolineano l'importanza dei processi cognitivi di apprendimento per l'acquisizione di comportamenti di dipendenza compreso il gioco d'azzardo. Questi autori riprendono i concetti, cari al comportamentismo e al cognitivismo relativamente al condizionamento classico e operante così come al concetto di rinforzo e nello specifico di

rinforzo intermittente, utilizzato dall'industria dei giochi, nella costruzione degli apparecchi elettronici dedicati.

Il gruppo è semichiuso, nel senso che dalla data di inizio rimane aperto per tre settimane, in modo tale da concedere qualche altro ingresso e poi viene definitivamente chiuso per facilitare il processo di riapprendimento.

I pazienti accedono al gruppo dopo aver concluso la fase di assessment, che secondo protocollo clinico comporta la somministrazione del SOGS, Barratt, GRCS, SCL-90, Intervista Semistruutturata e una valutazione globale dei clinici, che, utilizzando la classificazione proposta da Blaszczynski, collocano i pazienti nel I o II gruppo.

La presa in carico è gratuita non vi è nessun pagamento e non vi è l'obbligo dell'impegnativa del medico di base, essendo questa patologia non normata da alcuna legge.

L'astensione dal gioco è l'obiettivo del gruppo e può essere raggiunto durante la fase iniziale dell'intervento. Ci possono essere delle ricadute e ciò diventa materiale clinico di lavoro.

Il gruppo è programmato per accogliere 8, 12 persone.

L'intervento dura dalle 12 alle 16 sedute (allego programma del gruppo di gennaio 2010)

Il gruppo è programmato nel periodo Gennaio-Maggio e Settembre-Dicembre, il mercoledì dalle ore 17.30 alle ore 19.00

DATA	ARGOMENTO
Mercoledì 13 gennaio 2010	Presentazione. Bilancia Decisionale
Mercoledì 20 gennaio 2010	Identificare le situazioni di rischio
Mercoledì 27 gennaio 2010	Il craving: strategie comportamentali per affrontarlo
Mercoledì 03 febbraio 2010	Il craving: strategie cognitive per affrontarlo (I° parte)
Mercoledì 10 febbraio 2010	Il craving: strategie cognitive per affrontarlo (II° parte)
Mercoledì 17 febbraio 2010	Ristrutturazione cognitiva (I° parte)
Mercoledì 24 febbraio 2010	Ristrutturazione cognitiva (II° parte)
Mercoledì 03 marzo 2010	La ricaduta
Mercoledì 10 marzo 2010	Decisioni apparentemente irrilevanti
Mercoledì 17 marzo 2010	La gratificazione
Mercoledì 23 marzo 2010	La gestione delle emozioni (I° parte)
Mercoledì 31 marzo 2010	La gestione delle emozioni (II° parte)
Mercoledì 14 aprile 2010	Il Problem Solving
Mercoledì 21 aprile 2010	Il Problem Solving: esercitazioni in gruppo
Mercoledì 28 aprile 2010	Modalità di chiedere aiuto
Mercoledì 05 maggio 2010	Conclusione

SECONDA PARTE - DEMOGRAFIA STORICA

Sono stati svolti 6 gruppi dal 2003 ad oggi. I gruppi sono stati a prevalenza maschili anche se vi è stata la presenza di due donne giocatrici. Il numero medio è stato di 6 persone.

Età media 40 anni

Diverse professioni (operaio, rappresentante, carabiniere, polizia municipale, etc)

Status Civile diversi (sposati, celibe, nubile, conviventi, etc...)

Prevalentemente slot, gratta e vinci, lotto e gioco al casinò.

E' possibile che i pazienti abbiano in corso altri trattamenti presso il nostro Ambulatorio come l'intervento psichiatrico, il sostegno familiare, il controllo economico e i gruppi psicoeducativi per i familiari.

Il gruppo ha una durata massima di 4 mesi si colloca all'interno del panorama degli interventi brevi e ciò sembra ridurre i drop out tanto che nell'arco di questi 6 anni noi abbiamo avuto due drop out su una frequenza di 30 pazienti.

All'inizio di ogni gruppo viene proposto il questionario COPE che viene riproposto alla fine del percorso per valutare l'apprendimento avvenuto.

Viene eseguito un follow up a distanza di 6 mesi dalla conclusione del gruppo somministrando una scheda che richiama i criteri diagnostici della DSM IV TR.

DEMOGRAFIA ATTUALE

Il gruppo attuale è composto da 10 pazienti (maschi e femmine). Il gioco prevalente sono le slot. Sono in carico da più di sei mesi e hanno in corso altri trattamenti, già descritti.

VALUTAZIONE DI ESITO

Un caso con esito positivo: R.

ANAMNESI

R. è nato nel 1965, ha un fratello minore, lavorano entrambi nella ditta di proprietà della famiglia dall'età di 14 anni, finita la scuola media. Il lavoro lo assorbe completamente, la sua giornata, durante la settimana generalmente si svolge in questo modo: ogni mattina va a prendere il fratello, il quale lascia l'auto di famiglia alla moglie, e assieme aprono il negozio, poi verso le 11.30 lascia per primo il posto di lavoro perché deve ritornare a casa a preparare il pranzo, poi ritorna al lavoro e alla sera, riaccompagnato a casa il fratello ritorna a casa. Il suo compito all'interno del negozio è quello di factotum, esegue gli ordini di tutti, mette a posto gli scaffali, sostituisce chi al

momento è assente ed ogni mercoledì pomeriggio, quando l'attività è chiusa, è lui che si deve occupare di rifornire il magazzino andando a fare la spesa.

Non ha mai coltivato uno sport o un interesse particolare.

Anche da un punto di vista amicale e affettivo R. non è una persona con molte amicizie, nella maggioranza dei casi le persone che frequenta hanno problematiche simili alle sue. Non ha mai avuto una relazione affettiva. Si definisce una persona con difficoltà a stringere rapporti amicali, si sente impacciato, evitante. Non ha problemi, invece, ad essere spontaneo e amicale nel posto di lavoro, ma è lui stesso a dire che sono relazioni superficiali e finalizzate alla vendita.

Nel 2002 circa si era rivolto ad uno psicologo privato, ma, a suo dire, non aveva trovato beneficio. In un secondo momento si era rivolto al servizio di alcolologia frequentando i gruppi di alcolisti anonimi ma ha smesso quasi subito perché non considerava l'alcol come un suo problema e inoltre si sentiva fuori posto.

R. arriva al servizio a settembre del 2006, di noi aveva sentito parlare grazie alla nostra assistente sociale. Il problema principale per cui chiede aiuto è il gioco con i videopoker. Racconta di aver iniziato a giocare con i videogiochi di intrattenimento e conseguentemente di essere passato al videopoker e che da 7 anni, dal 1999, è diventato un problema. Tutto il suo tempo libero lo spende a giocare con i videopoker al bar. I debiti di gioco sono sempre stati pagati con lo stipendio.

Emerge un secondo problema, quello alcolico, i genitori sono al corrente di entrambi i problemi, ma ritengono quello del gioco molto più grave rispetto a quello alcolico. Dai 20 anni in poi ha sempre bevuto più del "dovuto" e solo negli ultimi 5 anni ha ridotto il consumo. Beve circa 4 long drink quando esce nei locali, in genere due volte alla settimana, non ha l'abitudine di bere durante i pasti. Riferisce di sentirsi brillo circa una volta alla settimana, raramente va oltre a questi livelli.

VALUTAZIONE

Per quanto riguarda la valutazione riportiamo qui di seguito una tabella riassuntiva di tutti i dati ricavati dagli strumenti valutativi applicati nell'assessment.

SCL - 90 R			
PST			36
PSDI			1,22
GSI			0,49
somatizzazione	5	out of 48	0,4
sintomi ossessivo-compulsivi	6	out of 40	0,6
sensibilità interpersonale (inadeg./inferiorità)	9	out of 36	1,0
depressione	5	out of 52	0,4
ansia	2	out of 40	0,2
rabbia-ostilità	3	out of 24	0,5
ansia fobica	0	out of 28	0,0
ideazione paranoide	5	out of 24	0,8
psicoticismo	5	out of 40	0,5
scale addizionali	4	out of 28	0,6

GRCS			
SOTTOSCALE	PUNTEGGI GREZZI	PUNTEGGI MEDI	MEDIE RIFERIMENTO
Aspettative dal gioco	12	3,00	14,08 ds 5,87
Illusione di controllo	4	1,00	7,99 ds 4,82
Controllo predittivo	10	1,67	18,72 ds 6,83
incapacità a smettere di giocare	27	5,40	11,31 ds 7,37
Distorsioni interpretative	4	1,00	12,07 ds 5,89
PUNTEGGIO TOTALE	57	12,07	64,17 ds 22,31

BIS - 11	
SOTTOSCALE	RISULTATI
Attenzione	11
Instabilità cognitiva	9
Impulsività motoria	17
Perseveranza	5
Autocontrollo	15
Complessità cognitiva	12
Impulsività attentiva	20
Impulsività motoria	22
Impulsività da non pianificazione	27
PUNTEGGIO TOTALE	69

Punteggio SOGS 8

INTERVENTI

L'intervento terapeutico proposto presso il nostro servizio segue due filoni principali: 1) la prevenzione delle ricadute; 2) il lavoro di sostegno terapeutico sul versante delle relazioni, delle abilità sociali e del cambiamento di stili di comportamento. Gli viene proposto la frequentazione del gruppo prevenzione ricadute ma R. non è molto convinto, emergono le stesse difficoltà che avvertiva nel gruppo degli AA: la difficoltà a relazionarsi all'interno del gruppo. Preferisce la presa in carico individuale.

Emergono fattori scatenanti il gioco come la noia, l'incapacità ed il senso di fallimento che costantemente muove nei riguardi delle relazioni affettive. Gli si chiede di iniziare a tenere un diario in riferimento a queste esperienze. Attraverso l'uso del diario R. riconosce che una parte importante del suo disagio è dovuta all'insoddisfazione di sé come uomo. Anche il gioco è una copertura rispetto al problema principale che è l'inesperienza nei rapporti intimi.

Emerge il problema alcolico, si inizia, in parallelo un lavoro con lo psichiatra, dove uno degli obiettivi principali è quello dell'accettazione del problema.

Si cerca di lavorare per definire degli interessi alternativi (si iscrive ad un corso di computer, sembra interessato alla fotografia digitale). A marzo 2007 inizia a frequentare il gruppo prevenzione ricadute.

ESITI

Termina il gruppo prevenzione ricadute a dicembre 2007, la sua frequentazione è stata assidua e costante nel tempo, dimostrando motivazione ed impegno durante le singole sedute. Vi sono stati dei piccoli ma rilevanti cambiamenti nello stile di vita evitando la frequentazione dei locali dove si gioca e continuando a frequentare il club informatico.

Gli incontri di follow-up successivi non rilevano più le problematiche legate al gioco. La dimissione completa viene effettuata ad ottobre del 2009.

Un caso con esito negativo: F.

F. è un uomo di 44 anni che si presenta al nostro servizio nel 2007, fuori appuntamento, chiedendo un aiuto per il problema del gioco d'azzardo.

F. conosce molto bene il nostro servizio poiché è stato in trattamento, per un problema di dipendenza da sostanze dal 1989 al 1997, data della sua dimissione dallo stesso, con esito positivo.

Sono quindi trascorsi dieci anni dall'ultimo incontro, durante i quali il paziente ha mantenuto uno stile di vita complessivamente adeguato e normale. Durante il primo trattamento, svolto al SerT per problemi legati all'uso di sostanze, ha sempre mantenuto un atteggiamento collaborativo e ha approfittato positivamente di tutti gli interventi attuati:

- il trattamento farmacologico
- l'intervento psicoterapeutico.

Nell'arco di questi 10 anni lui ha aperto un'attività in proprio, di commercio di legna per uso domestico, ha avviato una serie di importanti interessi, come la musica, il ballo, lo sci, le camminate in montagna. Da un punto di vista amicale ha molti amici, che conoscono la sua storia e che lo hanno aiutato in passato e che attualmente gli hanno segnalato che ha perso il controllo con le slot-machine.

Da un punto di vista affettivo lui riconosce di essere attratto dalle donne dell'Est, per cui sta imparando anche il Polacco, tuttavia ha accumulato una serie di rapporti affettivi non soddisfacenti e sempre parziali che ad un certo punto erano così insoddisfacenti che lo spingevano in una depressione importante.

La sua famiglia è composta dalla madre, con cui lui abita, dalla sorella, sposata, ragioniera, che lo aiuta nella gestione della ditta e da un fratello sposato che vive vicino a loro. I rapporti familiari sono buoni e ogni qual volta F. ha chiesto un aiuto, loro sono sempre stati disponibili. Sono anche familiari attenti poiché in relazione ad alcune ricadute, sia nella sostanza che nel gioco hanno saputo cogliere l'evento e prontamente intervenire.

F. è un paziente che si fa ben volere, puntuale, schietto, talvolta ironico, ma anche franco sulla sua reale difficoltà di trovare una compagna nella vita. In passato questo aspetto non lo preoccupava, oggi che tutti i suoi amici sono sposati e hanno una famiglia spesso si sente diverso e "difettato". Le relazioni affettive che ha avuto sono state o troppo complicate o troppo caotiche e alla fine si sentiva sempre il terzo, quello trascurato, quello dimenticato.

STORIA DEL GIOCO

Come già precisato, F. torna al SerT nel Maggio 2007. Riferisce di aver iniziato a giocare con le slot circa 9 mesi prima. "Come ho potuto finire così, mi sembra di essere tornato indietro di dieci anni, mi dica dottoressa"; "E' peggio della dipendenza da eroina, questa del gioco".

Durante il primo colloquio è molto agitato, veloce nel dialogo, quasi non lascia parlare l'operatore, riconosce perfettamente tutti meccanismi di dipendenza indotti dalle "macchinette".

I familiari lo hanno sollecitato a tornare al SerT e hanno anche attivato un controllo economico che ha funzionato parzialmente riducendo l'entità delle ricadute.

Il gioco è spesso svolto al bar, non ha mai frequentato il Casinò. Al bar ci sono anche i suoi amici, ma quando questi rientrano a casa lui riempie il tempo giocando. Alcuni amici si sono accorti della sua facilità al gioco e lo stanno aiutando a non rimanere da solo.

In questa prima fase viene proposto al paziente di avviare la fase di assessment che comporta la somministrazione di alcuni strumenti valutativi che vengono sintetizzati dalla seguente tabella.

SCL - 90 R			
PST			52
PSDI			1,62
GSI			0,93
Somatizzazione	12	out of 48	1,0
sintomi ossessivo-compulsivi	14	out of 40	1,4
sensibilità interpersonale (inadeg./inferiorità)	7	out of 36	0,8
Depressione	14	out of 52	1,1
Ansia	12	out of 40	1,2
rabbia-ostilità	7	out of 24	1,2
ansia fobica	2	out of 28	0,3
ideazione paranoide	1	out of 24	0,2
Psicoticismo	9	out of 40	0,9
scale aggiuntive	6	out of 28	0,9

GRCS			
SOTTOSCALE	PUNTEGGI GREZZI	PUNTEGGI MEDI	MEDIE RIFERIMENTO
Aspettative dal gioco	9	2,25	14,08 ds 5,87
Illusione di controllo	4	1,00	7,99 ds 4,82
Controllo predittivo	6	1,00	18,72 ds 6,83
incapacità a smettere di giocare	22	4,40	11,31 ds 7,37
Distorsioni interpretative	14	3,50	12,07 ds 5,89
PUNTEGGIO TOTALE	55	12,15	64,17 ds 22,31

BIS - 11	
SOTTOSCALE	RISULTATI
Attenzione	8
Instabilità cognitiva	6
Impulsività motoria	13
Perseveranza	7
Autocontrollo	19
Complessità cognitiva	14
Impulsività attentiva	14
Impulsività motoria	20
Impulsività da non pianificazione	33
PUNTEGGIO TOTALE	67

Per quanto riguarda il SOGS il paziente ha totalizzato un punteggio di 10

INTERVENTI

Terminata la fase di valutazione, viene proposto a F. un intervento psicoterapeutico individualizzato, focalizzato sul gioco patologico con componenti cognitivo-comportamentali e anche con valenze di sostegno della durata di 8 mesi circa.

In prossimità dell'avvio del gruppo Prevenzione delle Ricadute (Novembre 2008) viene proposto a F. di partecipare. I dati dell'anamnesi del paziente e la ricostruzione della funzione del gioco nella vita di F. ci suggeriscono di inserirlo nel II gruppo relativamente alla classificazione di Blaszczynski.

In prossimità dell'avvio del gruppo abbiamo chiesto a tutti i partecipanti di eseguire uno strumento di valutazione di alcune strategie cognitive-esperenziali che potrebbero essere deficitarie in questi pazienti e che attraverso l'organizzazione del gruppo potrebbero essere migliorate o corrette. Per valutare questo secondo aspetto il questionario COPE viene risomministrato alla fine del gruppo che dura 5 mesi.

Vengono qui presentati i dati del test e re-test di F..

Coping Orientations to Problems Experienced

COGNOME E NOME: *F. B.*
SESSO: *maschio*
ETA': *0*
DATA COMPILAZIONE: *12/11/2008*

TEST

<i>Scale del COPE</i>	<i>Punteggio</i>
Attività	11
Pianificazione	12
Soppressione att. Competitive	7
Contenimento	7
Ricerca informazioni	11
Ricerca di comprensione	11
Sfogo emozionale	10
Reinterpretazione pos. E crescita	6
Accettazione	4
Dedicarsi alla religione	8
Umorismo	5
Negazione	4
Distacco comportamentale	8
Distacco mentale	8
Uso di droghe o alcool	4
Supporto sociale	22
Strategie foc. Sul problema	20

I dati grezzi della prima valutazione (fatta a novembre 2008, all'inizio del gruppo prevenzione delle ricadute) possono essere analizzati attraverso i tre gruppi generali di strategie di coping, che racchiudono le 17 scale del COPE: 1) strategie focalizzate sul problema (evidenziate con il giallo); 2) strategie focalizzate sulle emozioni (evidenziate con l'arancione); 3) strategie disfunzionali (evidenziate con il verde).

Il punteggio grezzi rilevati da F. nel primo gruppo generale di strategie di coping: strategie focalizzate sul problema (giallo) mostrano punteggi relativamente alti per quanto riguarda la pianificazione o l'intraprendere qualche attività che lo aiuti a diminuire o ad eliminare lo stress. Le strategie di contenimento, cioè aspettare l'occasione propizia per affrontare lo stress invece di agire in maniera impulsiva sono poco utilizzate, come pure la soppressione di attività che lo potrebbero sconcertare rispetto al problema.

Per quanto riguarda il secondo gruppo (strategie focalizzate sulle emozioni-arancione) i punteggi grezzi sono quasi tutti molto bassi, F. sembra avere difficoltà nell'adottare la strategia di elaborare l'esperienza critica in termini positivi di crescita, come pure per quanto riguarda l'accettazione della propria situazione e della sua incapacità nell'affrontarla. Tende ad utilizzare lo sfogo emotivo per esprimere le proprie emozioni.

Il terzo gruppo (strategie disfunzionali-verde) il punteggio basso nelle diverse scale mostra come F. sia poco propenso ad utilizzare delle strategie non funzionali allo scopo.

Coping Orientations to Problems Experienced

COGNOME E NOME: *F B*

SESSO: *maschio*

ETA': *0*

DATA COMPILAZIONE: *17/04/2009*

RE-TEST

<i>Scale del COPE</i>	<i>Punteggio</i>
Attività	16
Pianificazione	14
Soppressione att. competitive	8
Contenimento	10
Ricerca informazioni	14
Ricerca di comprensione	12
Sfogo emozionale	9
Reinterpretazione pos. e crescita	8
Accettazione	4
Dedicarsi alla religione	4
Umorismo	4
Negazione	4
Distacco comportamentale	6
Distacco mentale	8
Uso di droghe o alcool	4
Supporto sociale	26
Strategie foc. sul problema	26

Nel re-test, avvenuto alla fine del percorso del gruppo prevenzione ricadute (aprile 2009), si può notare un certo movimento dei dati in positivo, nei tre gruppi generali di strategie di coping.

L'analisi dei dati grezzi in riferimento al primo gruppo (strategie focalizzate sul problema-giallo) denotano come F. utilizzi sempre di più le strategie che lo aiutano a pianificare e a progettare una soluzione. Rimane basso il punteggio della sospensione di quelle attività che lo possono distrarre dal problema principale. Mentre sembra avere più contenimento nelle azioni impulsive.

Nel secondo gruppo (strategie focalizzate sulle emozioni-arancione) non accetta ancora la propria situazione e il fatto di non essere in grado di affrontarla da solo. I punteggi bassi riguardano le scale dello sfogo emotivo, non riesce ad esprimere in maniera corretta le proprie emozioni e a prendersi gioco della propria situazione.

Nel terzo gruppo (strategie disfunzionali-verde) i punteggi sono bassi confermando quanto valutato nella prima fase del test.

ESITI

F. ha frequentato due cicli di gruppo Prevenzione delle Ricadute e fino alla fine del 2009 lui mantiene l'astensione al gioco ed è soddisfatto dei cambiamenti. L'area affettiva mantiene comunque alcune difficoltà.

Alla fine del 2009 (Novembre) mi riferisce di aver nuovamente perso il controllo e di aver modificato anche l'abitudine al gioco. Racconta la prima ricaduta: "avevo molto desiderio, ma non potevo andare al bar, ho preso

l'auto sono andato al Casinò, ho vinto 18.000,00. Quindi ci sono tornato il giorno dopo, ho vinto 15.000,00 e poi ancora il giorno dopo ed è stato un disastro ho perso 150.000,00. Sono sul lastrico con la ditta, con il fido, con il mutuo.

Ho chiesto a mia sorella di prendere in mano la ditta, io sono troppo vulnerabile. Non ce la posso fare”.

Si riprende la psicoterapia individuale e chiedo allo Psichiatra una consulenza per un eventuale trattamento farmacologico.

All'inizio del 2010 lo invito nuovamente a frequentare il gruppo Prevenzione Ricadute.

Un caso con esito dubbio: P.

La presa in carico di P. inizia con la richiesta di una consulenza familiare. Si presentano al primo appuntamento la sorella, il fratello e la madre di P.. Il nostro Ambulatorio è stato segnalato da un collega Psichiatra che segue da anni l'ultimogenito della famiglia che ha una diagnosi di schizofrenia.

I familiari si sono attivati solo ora, anche se conoscevano da molto tempo il problema di P., poiché di recente è avvenuta la scomparsa del padre di P. e ciò comporta l'acquisizione di una parte dell'eredità. I familiari nutrono importanti timori sulla possibile gestione di questa eredità da parte del fratello.

Durante il primo incontro emergono alcune informazioni familiari importanti. P. è secondogenito di quattro figli (tre maschi e una femmina).

Il padre è deceduto nel marzo 2007 per cardiopatia, la madre ha 80 anni e anche lei è cardiopatica.

Il fratello primogenito dichiara subito di non essere disposto ad aiutare in alcun modo P., poiché da troppo tempo vengono sanati i suoi debiti da gioco. La sorella invece è molto più disponibile e sostiene la madre nelle scelte economiche e gestionali finalizzate al sostentamento della famiglia.

Il fratello A., ultimogenito, è seguito da anni dalla Psichiatria ed è inserito in una Cooperativa Sociale per l'attività lavorativa. Percepisce una pensione di invalidità pari l'80%.

P. ha 53 anni e lavora come impiegato alle Poste.

ANAMNESI PERSONALE

Riferisce di aver condotto una vita “vuota” senza particolari ricordi e insoddisfacente.

La sua famiglia ha affrontato, nel corso della sua crescita, diversi cambiamenti di residenza e lui ha sempre sofferto di ciò. All'età di 9 anni si sono trasferiti in una città e lui si è trovato male nella nuova classe tanto che ha ripetuto

l'anno. Durante il percorso delle Medie le sue relazioni sociali sono migliorate tanto da ricordare questo periodo scolastico come il migliore. Alle superiori c'è stato un altro arresto sia nel rendimento, sia dal punto di vista relazionale. Non termina le scuole superiori perché non viene ammesso all'esame finale, si ritira e qualche anno dopo si iscrive alle serali, dell'Istituto per Geometri ma abbandona il progetto.

Entra nelle Poste prima come novantista e poi viene assunto definitivamente.

P. è celibe, non ha mai avuto una relazione affettiva significativa, vive piuttosto solitariamente.

Ha abitato per circa tre anni in un appartamento da solo, tuttavia a causa del problema del gioco non pagava regolarmente l'affitto e quindi è dovuto rientrare in famiglia.

Da circa 4-5 anni soffre di cefalee e mal di stomaco.

STORIA DEL GIOCO

Ha iniziato a giocare fin da ragazzo, verso la fine delle superiori, in agenzia ippica, poi ha associato il gioco delle partite sportive e quindi è approdato al Casinò. Infine si è dedicato esclusivamente alle slot-machine dei bar.

SCL - 90 R			
PST			47
PSDI			1,64
GSI			0,86
somatizzazione	8	out of 48	0,7
sintomi ossessivo-compulsivi	4	out of 40	0,4
sensibilità interpersonale (inadeg./inferiorità)	12	out of 36	1,3
Depressione	16	out of 52	1,2
Ansia	4	out of 40	0,4
rabbia-ostilità	2	out of 24	0,3
ansia fobica	1	out of 28	0,1
ideazione paranoide	10	out of 24	1,7
Psicoticismo	11	out of 40	1,1
scale addizionali	9	out of 28	1,3

GRCS			
SOTTOSCALE	PUNTEGGI GREZZI	PUNTEGGI MEDI	MEDIE RIFERIMENTO
Aspettative dal gioco	17	4,25	14,08 ds 5,87
Illusione di controllo	10	2,50	7,99 ds 4,82
Controllo predittivo	9	1,50	18,72 ds 6,83
incapacità a smettere di giocare	29	5,80	11,31 ds 7,37
Distorsioni interpretative	11	2,75	12,07 ds 5,89
PUNTEGGIO TOTALE	76	16,80	64,17 ds 22,31

BIS - 11	
SOTTOSCALE	RISULTATI
Attenzione	10
Instabilità cognitiva	6
Impulsività motoria	15
Perseveranza	8
Autocontrollo	18
Complessità cognitiva	14
Impulsività attentiva	16
Impulsività motoria	23
Impulsività da non pianificazione	32
PUNTEGGIO TOTALE	71

Il paziente al SOGS ha totalizzato 13 punti.

INTERVENTI

Durante la presa in carico sono stati proposti alcuni interventi:

Trattamento cognitivo-comportamentale

Formalizzazione dell'Amministratore di Sostegno

Trattamento Psichiatrico per gli aspetti depressivi

Intervento Prevenzione delle Ricadute con un approccio grippale.

Nell'ambito di questo intervento è stata svolta una valutazione pre e post intervento con il COPE che ha dato il seguente risultato.

Coping Orientations to Problems Experienced	
COGNOME E NOME:	<i>P. C.</i>
SESSO:	<i>maschio</i>
ETA':	<i>0</i>
DATA COMPILAZIONE:	<i>12/11/2008</i>
TEST	
<i>Scale del COPE</i>	<i>Punteggio</i>
Attività	12
Pianificazione	11
Soppressione att. Competitive	10
Contenimento	8
Ricerca informazioni	8
Ricerca di comprensione	8
Sfogo emozionale	12
Reinterpretazione pos. E crescita	9
Accettazione	12
Dedicarsi alla religione	10
Umorismo	5
Negazione	7
Distacco comportamentale	9
Distacco mentale	11
Uso di droghe o alcool	4
Supporto sociale	16
Strategie foc. Sul problema	20

I dati grezzi della prima valutazione (fatta a novembre 2008, all'inizio del gruppo prevenzione delle ricadute) possono essere analizzati attraverso i tre gruppi generali di strategie di coping, che racchiudono le 17 scale del COPE: 1) strategie focalizzate sul problema (evidenziate con il giallo); 2) strategie focalizzate sulle emozioni (evidenziate con l'arancione); 3) strategie disfunzionali (evidenziate con il verde).

Il punteggi grezzi rilevati da P. nel primo gruppo generale di strategie di coping: strategie focalizzate sul problema (giallo) mostrano che l'ostacolo maggiore riguarda il mettere in atto strategie di contenimento e di ricerca di informazioni e di comprensione, denotando, perciò, difficoltà ad elaborare un

pensiero prima di operare, agendo in maniera impulsiva e a non chiedere consigli agli altri o ricercare un supporto morale o delle rassicurazioni.

Per quanto riguarda il secondo gruppo (strategie focalizzate sulle emozioni-arancione) P. presenta dei punteggi grezzi bassi nelle scale di reinterpretazione e crescita, dove sembra avere difficoltà nell'adottare la strategia di elaborare l'esperienza critica in termini positivi di crescita. Tende ad utilizzare lo sfogo emotivo per esprimere le proprie emozioni.

Il terzo gruppo (strategie disfunzionali-verde) il punteggio alto nella scala del distacco mentale denota l'incapacità di P. di rimanere focalizzato sul problema, utilizzando delle strategie di distacco mentale, che lo portano a sognare ad occhi aperti, a dormire più a lungo, a distrarsi.

Coping Orientations to Problems Experienced	
COGNOME E NOME: <i>P. C.</i>	
SESSO: <i>maschio</i>	
ETA': <i>0</i>	
DATA COMPILAZIONE: <i>17/04/2009</i>	
RE-TEST	
<i>Scale del COPE</i>	<i>Punteggio</i>
Attività	10
Pianificazione	13
Soppressione att. competitive	10
Contenimento	9
Ricerca informazioni	10
Ricerca di comprensione	10
Sfogo emozionale	12
Reinterpretazione pos. e crescita	12
Accettazione	11
Dedicarsi alla religione	7
Umorismo	4
Negazione	5
Distacco comportamentale	6
Distacco mentale	11
Uso di droghe o alcool	4
Supporto sociale	20
Strategie foc. sul problema	20

Nel re-test, avvenuto alla fine del percorso del gruppo prevenzione ricadute (aprile 2009), la situazione dei punteggi non varia molto.

L'analisi dei dati grezzi in riferimento al primo gruppo (strategie focalizzate sul problema-giallo) denotano come P. continui a non adottare le strategie di contenimento, per evitare l'azione impulsiva.

Nel secondo gruppo (strategie focalizzate sulle emozioni-arancione) I punteggi bassi riguardano le scale della religione, non cerca aiuto nella pratica religiosa, e la scala dell'umorismo, fatica a buttare in ridere quanto gli sta succedendo. Un punteggio che ha avuto un'oscillazione verso l'alto è la scala della

reinterpretazione, cioè la rielaborazione in termini positivi di crescita della propria esperienza.

Nel terzo gruppo (strategie disfunzionali-verde) rimangono pressoché invariati i punteggi, P. continua ad adottare strategie che lo portano ad estraniarsi dalla realtà e a fantasticare.

ESITI

Il percorso svolto presso il nostro servizio da parte di P. è stato particolarmente intensivo e articolato, approdando ad un risultato parziale sul piano del gioco patologico.

I maggiori progressi si sono raggiunti nell'ultimo anno (2008/2009) anche per merito di una iniziativa del paziente che ha adottato un criceto e che ha strutturato gran parte del suo tempo libero nell'accudire questo animale.

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

A ruota libera, quali suggerimenti daresti a un collega che dovesse comunicarvi l'intenzione di voler aprire un gruppo GAP?

Innanzitutto crediamo sia importante definire il contesto di cura nel quale viene svolto il protocollo di Prevenzione delle Ricadute:

- è un servizio pubblico (SerT di Castelfranco Veneto) dove esiste un Ambulatorio dedicato al GAP e dove l'attività di trattamento viene inserita in un contesto di protocollo specifico, per non rischiare di sbilanciare l'organizzazione complessiva che per Mission si deve dedicare ai disturbi di dipendenza. Di conseguenza la presa in carico viene influenzata da alcuni passaggi obbligatori e, pur trattandosi di interventi clinici multimodali, vi è una certa omogeneità nella programmazione degli stessi.

- Vengono organizzati due cicli di gruppo Prevenzione Ricadute nell'arco di un anno e accedono pazienti che, dopo aver eseguito l'assessment possono essere inclusi all'interno del I o II gruppo della classificazione di Blaszczyński

- Questo modo clinico di procedere ha un vantaggio organizzativo importante e abbiamo osservato che la selezione dei pazienti riduce i drop-out.

- Inoltre facilita l'avvio del processo di gruppo poiché i pazienti si identificano più rapidamente tra di loro, presentando problematiche simili.

- Presenta anche dei limiti poiché alcuni pazienti possono accedere al gruppo con gradualità una volta concluso la fase di valutazione, mentre altri pazienti, che arrivano in servizio quando il gruppo è a metà percorso possono essere inseriti solamente nel secondo ciclo e quindi devono essere coinvolti in altre attività cliniche in attesa del gruppo.

- Il gruppo P.R è un gruppo psicoeducativo strutturato per argomenti e specifiche schede di esercizi per i pazienti. Questo aspetto metodologico ha un forte impatto terapeutico in fase iniziale del gruppo, mentre nella fase centrale e quella finale dello stesso, il terapeuta deve saper lasciare più spazio di ascolto e confronto tra i pazienti.
- Noi, per il momento non siamo riusciti a sperimentare altri tipi di gruppo anche se l'idea di programmare un gruppo di sostegno, sempre a tempo limitato è sempre nel cassetto dello studio.

LA CARTA D' IDENTITA' DEL GRUPPO PER GIOCATORI DEL SERT DI PARMA

Contributo di
Lucia Giustina, psicologa psicoterapeuta,
e Valeria Lo Nardo, psicologa



Conduttori del gruppo sono Lucia Giustina - psicoterapeuta e Valeria Lo Nardo - psicologa

Il gruppo accoglie:

- solo giocatori

DATI ORGANIZZATIVI

Orario di svolgimento?

L'orario di ogni incontro è dalle 18 alle 19:30. Il giorno, fisso, è il martedì.

Luogo?

Il gruppo si riunisce presso la sede dell'associazione "Cerchio Azzurro", gruppo di genitori e sostenitori di ragazzi/e con problemi di tossicodipendenza. Indirizzo: Via San Leonardo, 47 Parma.

Frequenza incontri?

Il gruppo ha una cadenza quindicinale.

ULTERIORI TRACCE PER DESCRIVERLO

Quando è nato?

Il gruppo è nato nel febbraio 2007.

In che contesto?

All'interno del Dipartimento di Dipendenze Patologiche

Con quali obiettivi?

Favorire il distanziamento dal disturbo attraverso l'interazione con gli altri giocatori.

Aperto, chiuso?

Il gruppo è aperto.

Chi entra?

Entra chi ha, al momento dell'inserimento, un gioco problematico o patologico o chi è in fase di astinenza ma si sente ancora vulnerabile rispetto all'attività di gioco.

Come entra?

Prima dell'inserimento nel gruppo viene svolto un colloquio psicodiagnostico dalla psicoterapeuta dell'equipe gambling per una valutazione dell'attività di gioco (tale colloquio si avvale di test quali SOGS ed Intervista di Ladouceur) e, qualora lo si ritenga opportuno, di indagine della personalità, che può avvalersi di altri test psicodiagnostici (come MMPI II, Millon).

C'è un pagamento? Se sì, quanto? Per quale motivo si paga?

Non è previsto alcun tipo di pagamento

Vi sono regole di accesso?

Non sono previste regole di accesso.

E' richiesta astinenza?

Al momento dell'inserimento, sono presenti persone che giocano e persone in fase di astinenza.

Durata del percorso?

Non abbiamo stabilito a priori una durata del percorso; continuano a frequentare il gruppo persone in una lunga fase di astinenza e che funzionano come esperti nell'interazione con gli altri partecipanti. La frequenza al gruppo viene valutata caso per caso, prendendo in considerazione come il partecipante analizza il suo percorso.

Quante persone lo possono frequentare simultaneamente? Cioè, c'è un numero minimo/massimo?

Attualmente il numero dei partecipanti è di otto persone ed è il numero massimo raggiunto nell'arco dei due anni dall'attivazione del gruppo. In tal senso non abbiamo definito, a priori, quello che può essere il numero massimo dei presenti, ma teniamo in considerazione la necessità che ci sia il

tempo e lo spazio per tutti. Inoltre consideriamo quello di 3/4 partecipanti come il numero minimo per un buon funzionamento del gruppo.

Obbligo di frequenza?

Non è previsto alcun obbligo.

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

Quante persone sono entrate complessivamente dall'inizio?

16

Quali le loro caratteristiche?

Età?

1 paziente nella fascia di età dai 30 ai 40 anni

7 pazienti nella fascia di età dai 40 ai 50 anni

3 pazienti nella fascia di età dai 50 ai 60 anni

5 pazienti nella fascia di età dai 60 ai 70 anni

Lavoro?

4 pensionati

3 artigiani

2 operai

2 bidelle

1 camionista

1 magazziniere

1 operatore ecologico

1 casalinga

1 ristoratore

Sesso?

6 femmine e 10 uomini

Ruolo in famiglia?

6 coniugati con figli

4 separati con figli

3 single

2 vedovi con figli

1 convivente con figli

Gioco problematico?

Videopoker: 7

Gratta e vinci: 4

Scommesse sportive: 3

Lotto: 2

Avevano in corso altri trattamenti/interventi? Se si, quali e dove?

Terapia familiare: 11

Terapia individuale: 15

Terapia farmacologica: 9

Intervento educativo/sociale: 4

Quante hanno concluso la loro frequenza al gruppo?

Otto sono le persone che hanno concluso la loro partecipazione al gruppo.

Motivo di uscita?

Dimissioni concordate: 5

Drop out: 3

DEMOGRAFIA ATTUALE

Quante persone sono attualmente presenti?

Otto

1. R.: età 55, lavoro: collaboratrice scolastica; gioco: videopoker; ingresso nel gruppo: 13/10/2008.
Madre di tre figli, uno dei quali è tossicodipendente e con disturbo borderline di personalità.
Convive con i due figli maschi, la figlia è sposata; è separata dall'ex marito che riferisce fosse un giocatore patologico.
Trattamenti seguiti: terapia individuale
2. R: età 45; lavoro: collaboratrice scolastica; gioco: lotto; ingresso nel gruppo: 23/05/2009
Separata da pochi mesi dopo essere fuggita a Parma per paura delle reazioni del marito alla scoperta dei debiti contratti. A Parma risiede una figlia di 24 anni, mentre l'altra figlia di 18 anni è rimasta, con il padre, a Gubbio per motivi di studio.
Trattamenti seguiti: terapia individuale e familiare.
3. F.: età 41; lavoro: operaia; gioco: videopoker; ingresso nel gruppo: 13/03/2008.
Single, nell'anamnesi si rilevano diverse relazioni omosessuali. Vive da sola, episodi depressivi con ideazione delirante ed episodi di panico dall'anamnesi, abuso di alcol solitario; la madre ha sviluppato alcolismo in età tardiva, il fratello omosessuale con HIV.
Trattamenti seguiti: terapia individuale, familiare, farmacologica.
4. M.: età 64; pensionato; gioco: videopoker; ingresso nel gruppo: 13/02/2007.

Single, non ha mai avuto relazioni stabili, fino alla richiesta di aiuto al SerT conviveva con la madre alla quale dava assistenza continua giorno e notte fino al decesso avvenuto ad un anno dalla presa in carico, ora vive da solo.

Trattamenti seguiti: terapia individuale, familiare, farmacologica ed intervento educativo.

5. L.: età 45; lavoro: operaio; gioco: gratta e vinci; ingresso nel gruppo: 25/09/2008.

Single, vive con i genitori e ha un fratello sposato con figli.

Trattamento seguito: terapia individuale.

6. M.: età 66; pensionata; gioco: lotto; ingresso nel gruppo: 01/03/2008

Vedova dal 2002, vive con due dei quattro figli.

Trattamento seguito: terapia familiare.

7. C.: età 48; lavoro: commerciante; gioco: videopoker; ingresso nel gruppo: 23/03/2009.

Coniugato con figlio di 23 anni.

Trattamenti seguiti: terapia individuale e familiare.

8. M.: età 66; casalinga; gioco: gratta e vinci; ingresso nel gruppo: 15/09/2008.

Coniugata con tre figli, di cui uno tossicodipendente attualmente in comunità; la paziente è affetta da morbo di Parkinson.

Trattamento seguito: terapia familiare.

Follow up: dipende dalla compresenza di altri interventi trattamentali, quando si ipotizza chiusa la presa in carico si effettua una telefonata a distanza di sei mesi.

VALUTAZIONE DI ESITO

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio sta ottenendo un esito positivo

Caso: M.

M. è una donna di 65 anni con una problematica di gioco di durata decennale; nello specifico il gioco è il lotto.

Si rivolge al SerT F., la figlia di M., esprimendo una grande preoccupazione per la condotta di gioco della madre e si fa portavoce anche dei suoi tre fratelli. Il terapeuta fissa un incontro di consulenza familiare rivolto a tutti i membri della famiglia, i quattro figli e la madre.

Durante il primo colloquio i figli parlano del difficile momento, che stanno affrontando, dovuto al problema di gioco della madre.

Raccontano come sono venuti a conoscenza di tale situazione: ci sono stati alcuni segnali che hanno destato la loro preoccupazione, quali la scomparsa di un blocchetto d'asegni di una delle due figlie che vive nell'appartamento con la madre e la richiesta di un prestito di 10.000 € da parte della madre nei confronti di un'altra figlia.

Inoltre i figli sottolineano come, negli ultimi mesi, abbiano notato la madre molto aggressiva nei loro confronti, spesso arrabbiata anche per piccole questioni.

I figli, fortemente preoccupati, hanno deciso di monitorare la situazione finanziaria della madre e hanno scoperto debiti per un totale di 250.000 € accumulati nel corso di 10 anni.

M. appare molto addolorata durante il racconto dei figli; sottolinea che, effettivamente, ha speso questi soldi nel gioco ma, da venti giorni, non gioca assolutamente più nulla, poiché si è spaventata delle ingenti cifre spese e perché stanca di un gioco che era divenuto "una prigionia".

Le è sempre piaciuto giocare al lotto, sin da quando era giovane ma, poi, nel giro di 10 anni, è divenuta un'ossessione, non riusciva a fare a meno di giocare. Racconta come i suoi figli, ormai, la considerino una povera pazza ed in casa si parli solo dei soldi che lei ha buttato via.

M. descrive la comunicazione madre - figli caratterizzata da violenti attacchi verbali, liti ed accuse reciproche, li percepisce tutti contro di lei.

Tutti descrivono M. come una donna forte, grande lavoratrice, molto disponibile nei confronti delle persone a lei vicine, sicuramente il "pilastro" della famiglia, il punto di riferimento per tutti; in considerazione di ciò è per loro inaccettabile che la madre abbia potuto spendere così tanti soldi nel gioco, ritenendo tale comportamento al di fuori di qualunque logica e normalità.

Da poco i figli hanno deciso di monitorare costantemente la situazione economica di M. in banca, togliendole bancomat e carte di credito; i figli sottolineano che così la tutelano.

Per M. sono misure costrittive anche perché, al momento, non gioca più ed, inoltre, i soldi spesi sono unicamente suoi.

la signora M. ha seguito dei colloqui psicodiagnostici con una collega, i quali hanno previsto anche l'utilizzo di due test (il SOGS e l'Intervista di Ladouceur), rilevando come il gioco, praticato sino a quel momento (alla data dei colloqui M. sottolinea di aver smesso di giocare) risulti un gioco patologico.

Per M. la percezione che i figli hanno di lei come donna, al momento poco lucida, è inaccettabile; esprime, con forza, che i suoi figli sono solamente preoccupati delle conseguenze economiche di questa situazione, temendo che il pagamento dei debiti possa comportare la perdita di una parte cospicua della loro eredità.

M. sottolinea come il gioco sia iniziato perché frequentava un'amica che l'ha invogliata e stimolata ed il lotto, da essere un semplice svago, è diventato la sua ossessione, perdendo su di esso alcun controllo.

M. non ha mai parlato di questo suo problema con i figli, ha sempre utilizzato le sue risorse economiche all'inizio per poter giocare e successivamente per far fronte ai debiti.

Parallelamente alla terapia familiare la paziente ha iniziato a frequentare il gruppo rivolto ai giocatori.

Anche in questo contesto, come negli incontri di terapia familiare, M. ha, all'inizio, espresso la tanta rabbia e delusione nei confronti dei figli. Parlava del gioco come una sua colpa ma questo non poteva giustificare l'atteggiamento dei figli. Nei suoi racconti ritornava quella comunicazione disfunzionale, di sfida che emergeva anche nel contesto di terapia familiare. Nei vari incontri di gruppo la rabbia di M. tendeva ad essere sempre presente e alcune persone del gruppo hanno provato a chiederle cosa più di tutto la facesse arrabbiare.

Per M. riguardava soprattutto il mancato riconoscimento dei quattro figli nei confronti di lei e del marito, di tutto quello che avevano fatto per loro.

“Se l'atteggiamento dei figli fosse preoccupazione per te? Se non riuscissero a dimostrarti che hanno paura che tu possa farti del male? Forse non sanno come starti vicina. Anche la rabbia che tu hai nei loro confronti non li aiuta. Hai mai provato a parlare con loro di quando hai iniziato a giocare? Come stavi in quel periodo loro lo sanno? Se fossi tu la prima a “deporre le armi” ed iniziare a discutere senza aggredirli?”

Queste domande nate dal gruppo hanno aperto le porte a delle riflessioni per M., ad un percorso anche doloroso per lei. Era come se il rumore della rabbia, dell'aggressività divenisse sottofondo per pensieri, emozioni prima schivati.

Nel gruppo si cerca di capire quel che è successo con il gioco, non certo di trovare una causa che linearmente possa spiegare il sintomo, in quale gioco di relazioni si è insinuato.

Spesso chi arriva al gruppo ha come unico obiettivo quello di rimuovere il gioco che lo ossessiona, le riflessioni, le storie fanno parte di un percorso lento e graduale.

“Nell'auto aiuto la persona trova un contesto nel quale la relazione che, inizialmente, è dominata dall'istanza dell'aiuto si trasforma in una relazione che comprende altri livelli che coinvolgono la persona nel suo insieme e i suoi mondi di appartenenza. Infatti la rete di relazioni che nasce dai gruppi non è mai svincolata dalle reti di appartenenza delle persone”¹.

Nel corso dei vari incontri di gruppo M. ha portato un forte dolore che, fino a quel momento, non aveva mai condiviso con nessuno, ha espresso la grande sofferenza per la malattia e la perdita del marito. Questo dolore, per quanto ci fossero parenti ed amici a lei vicini, non è mai riuscito a confidarlo e dividerlo con nessuno.

M. riferisce che, quando il marito era nel letto ammalato, pensare ai sistemi per il lotto non solo la gratificasse ma le permetteva di non sprofondare nel dolore per la perdita per il proprio compagno di una vita.

“I tuoi figli cosa ti dicevano? Come eri con loro?”

M. non voleva farsi vedere sconsolata da loro, cercava di affrontare le questioni pratiche in modo che potesse impegnarsi e distrarsi dalla sofferenza e che la situazione non gravasse sui figli.

La condivisione, nel gruppo, di tali riflessioni è stata un momento importante per la storia di M.; in quanto una delle due conduttrici del gruppo era

¹ E. Cazzaniga (2009) “Alcune dinamiche nei gruppi di auto-aiuto” in *I percorsi dell'auto aiuto*, Quaderno di Animazione Sociale

presente, anche, nel contesto di terapia familiare le è stato chiesto se se la sentiva di raccontarsi davanti ai suoi figli.

La storia di M. è una storia diversa da quelle sentite in terapia familiare; la storia di uno stesso sintomo in un altro contesto.

Come mai M. ha parlato della sua sofferenza nel gruppo e non nella terapia familiare?

Forse l'espressione delle fragilità altrui le ha permesso di familiarizzare anche con i suoi momenti di sofferenza.

M.: "Non si può essere sempre quadrati, ci sono momenti di fragilità che scoprono le nostre debolezze".

"il mio male è stato quello di non aver chiesto aiuto nel momento del bisogno".

Ha trovato un ambiente accogliente, nel quale già da tempo si tessono le relazioni in un clima di fiducia e rispetto e, forse, ha avuto la possibilità di un nuovo apprendimento in un altro contesto; di costruire un qualcosa di nuovo con altre persone, di riconoscersi e riconoscere delle differenze in un contesto che faceva da cornice ad ulteriori e diversi significati al sintomo e alla sua storia.

Il percorso di M., all'interno del gruppo, ha permesso di portare nuove informazioni in terapia familiare. Le terapie che sono seguite hanno visto calare i toni rabbiosi della comunicazione e lasciare maggiormente spazio al dialogo, alle modalità alternative per poter stare insieme.

Inoltre il gioco ha permesso una comunicazione su cose che, prima, si faceva fatica a dire; ha permesso, all'inizio, di "urlarsi" il loro dolore, la vicinanza, l'affetto per poi trovare modalità più adeguate, meno "rumorose" per stare vicino.

Vi sono stati importanti cambiamenti nelle dinamiche di questa famiglia; anche grazie a questi movimenti, in senso evolutivo, vi è stata una maggiore accettazione, da parte di M., della gestione economica affidata ai figli.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto un esito negativo.

Caso: P..

P. è un uomo di 52 anni con una problematica di gioco, nello specifico le scommesse ippiche, presente sin dalla gioventù; a causa dell'attività di gioco il paziente ha accumulato debiti per l'ammontare di 50.000 euro con agenzie di credito e con la compagna.

P. si rivolge al SerT nel febbraio 2007 in una fase in cui persiste l'attività di gioco, sulla quale sperimenta un forte senso di impotenza. Tale problematicità si aggiunge alle difficoltà dovute alla perdita del lavoro come artigiano e a problematiche relazionali nella coppia.

Come prassi sono stati svolti i colloqui psicodiagnostici con il paziente e immediatamente è avvenuto l'inserimento nel gruppo.

Dalla somministrazione del SOGS e dell'Intervista di Ladouceur è emerso un gioco di tipo patologico, una forte attivazione emozionale ed un ruolo centrale assunto dal gioco nella vita del paziente a vari livelli.

Inoltre al paziente è stata somministrata la SCID II al fine di inquadrare le sue caratteristiche di personalità. Ne emerge un disturbo di personalità narcisistico che declina in comportamenti di sfida e competitivi in vari contesti relazionali (trattamentale, di coppia, di gioco e lavorativo) e all'attribuzione all'esterno delle responsabilità degli eventi di vita.

Dal colloquio clinico si rileva il deficit di comprensione della mente altrui e di empatia che portano il soggetto a servirsi degli altri in modo funzionale alla conferma del sé grandioso e difficilmente a utilizzare la relazione per comprendere meglio le proprie modalità d'agire.

Parallelamente al gruppo, la cui frequenza costante è durata circa 7 mesi, P. ha seguito dei colloqui di sostegno psicologico individuale e un percorso di terapia di coppia per le problematiche relazionali presenti in tale sistema.

All'inizio della partecipazione al gruppo persiste l'attività di gioco, vissuta da P. con una grande carica gratificante e con un notevole investimento emotivo.

Sin dall'inizio della sua partecipazione il paziente indica la solitudine, seguita allo svincolo dei figli di 25 e 30 anni, come causa di un'escalation negativa del gioco che, precedentemente, rivestiva una funzione ricreativa e sociale. Inoltre indica il rapporto problematico con la compagna come fattore che tende a perpetuare il ricorso al gioco nelle situazioni di stress e difficoltà.

Nel corso della frequenza del gruppo P. ha sperimentato una fase di astinenza con gestione economica affidata al figlio; durante tale fase il paziente, presumibilmente in modo prematuro, sottolineava come non si sentisse in alcun modo vulnerabile nei confronti del gioco, ormai considerato come elemento estraneo e appartenente al passato.

Tali considerazioni portavano P. a continuare a frequentare l'agenzia ippica, non per giocare ma per l'attrattiva che continuava ad esercitare su di lui, e a giocare pochi euro in giochi diversi da quello delle scommesse, con la credenza che fosse possibile esercitare un controllo sull'attività di gioco.

Per quel che riguarda la partecipazione al gruppo P. ha mostrato, sin dall'inizio, una difficoltà nel rispettare l'alternanza dei turni di parola tra i vari partecipanti, tendendo ad occupare molto spazio per sé e sovrapponendosi, di frequente, ai racconti degli altri.

Tale modalità ha creato, all'interno del gruppo, delle difficoltà poiché penalizzava alcune persone che non avevano il tempo necessario per parlare e non facilitava un ascolto empatico ed attento verso i presenti. Tali problematiche hanno comportato una maggiore attivazione dei facilitatori nella gestione dei tempi e dei modi della comunicazione che potesse divenire maggiormente adeguata, ma questo non ha comportato un cambiamento delle modalità tipiche di P. nella sua partecipazione al gruppo.

Spesso era frequente nel paziente una tendenza a svalutare le esperienze dei presenti; sottolineava, nel periodo in cui stava sperimentando l'astinenza, con persone che ancora giocavano non riuscissero a smettere, semplificando il significato di un percorso di cambiamento che ognuno dei partecipanti aveva iniziato.

Inoltre P. attribuisce, in modo irrealistico, alla vendita di un appartamento in Sicilia la soluzione del suo problema di gioco. Decide, dunque, non avendo trovato lavoro dall'inizio del trattamento a Parma, di trascorrere con la

compagna alcune settimane in Sicilia per seguire personalmente la trattativa di vendita della casa.

La scelta viene comunicata telefonicamente alla terapeuta di coppia che lo aveva contattato a seguito del mancato appuntamento all'incontro di coppia. È da specificare che quest'ultima seduta, su richiesta del paziente, era stata anticipata a causa della alta conflittualità della coppia che sembrava sull'orlo della separazione.

Si rimanda alla coppia di riprendere i contatti con il servizio una volta tornati dalla Sicilia. Tuttavia, nonostante a distanza di due mesi si sia tentato di ricontattarli, non si sono più avute notizie né di P. né della compagna.

Avete effettuato il follow up sui casi descritti? Se sì, come?

Nel primo caso più che di follow up si può parlare di monitoraggio costante vista la partecipazione attuale della paziente al gruppo.

Nel secondo non vi è più stato alcun contatto con il paziente.

Nel presentare questi casi, oltre alla storia clinica dei pazienti e a tutto quanto concerne la comprensione della loro situazione, è opportuno anche fermarsi a riflettere per identificare e declinare elencandoli quelli che nei casi specifici sono stati i criteri di valutazione che avete adottato per decretare il vostro giudizio (positivo, negativo o dubbio).

Criteri di valutazione positiva

- astinenza dal gioco
- buone capacità sviluppate di interpretazione del sintomo alla luce della propria storia personale
- accettazione della gestione finanziaria sostenuta da una comprensione e un miglioramento delle dinamiche familiari
- capacità di partecipare attivamente e adeguatamente al gruppo.

Criteri di valutazione negativi

- mancata problematizzazione del gioco e sottovalutazione della condotta di gioco per quanto controllata
- scarsa capacità di interpretare il gioco patologico come sintomatico di disagio nella propria storia di vita
- mancata accettazione della gestione finanziaria vissuta come costringente ed umiliante
- alta conflittualità di coppia che non ha permesso di migliorare le dinamiche di quest'ultima
- difficoltà a partecipare al gruppo rispettando la turnazione e dando ascolto agli altri.

Infine, da queste riflessioni, complessivamente quali indicatori prognostici ritenete che siano da ritenersi utili in considerazione con questo tipo di pazienti?

Indicatori prognostici

- comorbilità con disturbi in asse I, in particolare con la depressione con disturbi in asse II, in particolare dramatic cluster e presenza di altre depressioni
- assenza di una relazione significativa
- problematiche sessuali attuali e dall'anamnesi sessuale
- criticità legata al ciclo di vita attraversato (pensionamento, svincolo dei figli, vedovanza, separazione dal coniuge), anche alla luce degli elementi di vulnerabilità personali e familiari che hanno preceduto il gioco
Esempio: paziente mai svincolato dalla madre che non riesce ad elaborarne il lutto
- cronicità del gioco come fattore indicatore di prognosi nefasta
- gioco che mantiene l'omeostasi della famiglia
- idee disfunzionali e magiche sul gioco
- alessitimia come fattore negativo

E quali gli indicatori generali di valutazione per decretare il successo/insuccesso terapeutico?

Indicatori generali di successo

- astinenza dal GAP
- comprensione del GAP alla luce della propria storia
- rete sociale e familiare con cui è stato esplicitato e condiviso il problema
- integrazione della terapia individuale, familiare con il percorso di gruppo

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

A ruota libera, quali suggerimenti daresti a un collega che dovesse comunicarvi l'intenzione di voler aprire un gruppo GAP?

- Buona conoscenza del GAP
- Almeno tre – quattro componenti del gruppo nel momento dell'attivazione
- Valutazione preliminare della valutazione psicopatologica (oltre al GAP) che potrebbe compromettere il funzionamento del gruppo
- Presenza di due conduttori
- Inserimento nel gruppo di giocatori con motivazione (eventualmente indagata e aumentata attraverso gli altri interventi trattamentali)
- Integrazione tra i diversi trattamenti e lavoro di equipe con gli altri operatori che seguono il paziente inserito nel gruppo.

A CHE GIOCO GIOCHIAMO? GRUPPO DI MOTIVAZIONE E SOSTEGNO ALLA CURA RIVOLTO A GIOCATORI PATOLOGICI

Contributo di
Fulvia Prever, psicologa psicoterapeuta,
e Valeria Locati, psicologa



DATI ORGANIZZATIVI

Il gruppo in oggetto ha luogo presso il SerT dell'ASL di Milano, via Albenga 2/A, nella giornata di martedì, dalle 17.00 alle 18.30, con cadenza quindicinale.

Nasce nel mese di settembre 2008 dall'esigenza di fornire un luogo di confronto e di sostegno per i pazienti dipendenti da gioco già in cura presso i servizi o i SerT in rete con l'associazione AND e Orthos.

Il setting e l'orientamento teorico seguono il modello sistemico classico: una stanza di terapia, uno specchio unidirezionale, un apparecchio di videoregistrazione e la scansione dell'incontro in pre-seduta (di fatto non sempre realizzata), seduta vera e propria, discussione delle conduttrici nella stanza di osservazione, restituzione al gruppo, post-seduta.

L'obiettivo principale è quello di fornire ipotesi relazionali al vissuto dei partecipanti attraverso le connessioni tra le esperienze riportate.

Il gruppo è aperto e accoglie giocatori motivati alla cura e valutati idonei a tale percorso dopo almeno un colloquio con una delle conduttrici. In momenti storici differenti, ai pazienti è stata somministrata una testistica specifica per la dipendenza da gioco (SOGS, SLUGS, SCL 90, PBI, TAS 20) e riassunta in una "scheda gambling" raccolta nella cartella personale.

Ai partecipanti non è chiesto alcun contributo economico né una pratica di astinenza dal gioco; è però auspicabile che essi, parallelamente, seguano anche un percorso individuale e/o familiare presso lo stesso servizio o altri.

Il gruppo in oggetto ad oggi non ha ancora una data di chiusura. E' stato momentaneamente interrotto in occasione delle festività natalizie e delle vacanze estive.

Esiste un numero massimo di persone che lo possono frequentare simultaneamente, (soprattutto per la capienza della stanza dove si svolge) l'unica con uno specchio unidirezionale, ed è di 8/9 partecipanti, mentre due sono i componenti necessari affinché si possa lavorare secondo gli obiettivi stabiliti.

Non è previsto neppure un obbligo di frequenza vero e proprio, ma è fortemente caldeggiata la continuità per la buona riuscita dell'intervento.

DEMOGRAFIA STORICA

Dalla sua nascita, il gruppo ha visto la partecipazione di 8 persone, una soltanto di sesso femminile.

Per quanto riguarda l'età, 58 anni la signora, 33 il più giovane, e poi, 43, 48, 54, 57, 60, 67.

Da un punto di vista professionale, invece, 4 di essi sono pensionati (uno in giovane età per invalidità dovuta al Parkinson), 1 cameriere, 1 operaio, 1 portiere d'albergo (attualmente agli arresti domiciliari), 1 alla ricerca di nuova occupazione dopo un periodo trascorso in comunità.

La dipendenza da gioco si esprime nelle forme più variegata, dal gratta e vinci alle slot, dal bingo (la signora) alle sale ippiche, al casinò. In famiglia, il ruolo ricoperto non è omogeneo: sulla base dell'età del soggetto la posizione occupata è differente, collocandosi come sostentatore del sistema o come membro indipendente economicamente, ma ancora legato da un punto di vista dell'autonomia personale. Fattore comune tra i partecipanti è la forte compromissione delle relazioni familiari: storie di adozione, di malattia degenerativa (morbo di Parkinson), di dipendenza da altre sostanze portano con sé dolore nei legami primari e mal funzionamento dell'equilibrio con i propri cari. Il vuoto lasciato dall'altro elemento significativo della relazione viene colmato con condotte di gioco, vissute nella dimensione dell'immediatezza e dell'illusione del controllo.

Quattro dei partecipanti al gruppo sono o sono stati seguiti dalla dr.ssa Prever individualmente presso il SerT. Due di essi hanno frequentato il modulo residenziale della comunità Orthos, riportando soddisfazione rispetto all'iniziativa, una il modulo di Sidecar nella sua prima versione, anch'esso vissuto molto positivamente anche se causa di profonda crisi interiore. Un membro ha interrotto/ridotto la partecipazione al gruppo per frequentarne un altro relativo alla dipendenza da cocaina, tematica più urgente nella sua specifica situazione.

Oltre a lui, altri 3 pazienti hanno, ad oggi, interrotto la loro partecipazione. Nello specifico, uno di essi ha cambiato lavoro e i nuovi orari non gli

consentono la frequenza al gruppo; è per altro il componente più giovane, che aveva già attuato molti progressi dopo il lavoro individuale con la dr.ssa Prever e l'invio a GA prima che il nostro gruppo si formasse; a seguito di una ricaduta, era entrato nel gruppo terapeutico; una faticava molto a trarre beneficio dagli incontri perché, compromessa anche a livello psichiatrico (seguita anche al cps – centro psicosociale², anche se non regolarmente); un altro, infine, non si è più presentato senza dare spiegazioni a riguardo, ma la compagna ci ha spiegato di averlo nuovamente estromesso da casa a seguito ricaduta.

L'intenzione è quella di effettuare un follow up a breve per verificare la loro situazione.

RECENTI EVOLIZIONI E DEMOGRAFIA ATTUALE

Alla fine del 2009, il gruppo è frequentato da 3 persone continuativamente più una quarta entrata recentemente.

Tutti di sesso maschile, hanno un'età avanzata, compresa tra i 50 e i 67 anni. Soltanto un giocatore svolge un'attività lavorativa, un altro è agli arresti domiciliari e gli altri due sono in pensione.

Capofamiglia attivo, padre di tre figli, uomo solo senza relazioni familiari/amicali, marito e padre di due figlie adulte sono i ruoli ricoperti nella sfera familiare.

I giochi prediletti risultano invece le slot machine, le scommesse ippiche e i casinò. Tutti hanno in corso un trattamento presso il SerT e/o comunità terapeutiche specializzate.

Al termine del percorso verrà realizzato un follow up da parte delle conduttrici.

Al momento del seminario di marzo, la situazione del gruppo si era nuovamente evoluta: i partecipanti sono tornati ad essere 7, anche se il paziente con doppia diagnosi (cocaina e gioco) è tornato solo per salutare, riportare la propria esperienza positiva riguardo al reinserimento lavorativo e all'astinenza dalla sostanza, a fronte di alcune difficoltà a eliminare il gioco, che però pare non aver costituito un grosso problema.

Il ritorno di M., caso che verrà descritto come negativo, è stato invece una parziale sorpresa. Se da un lato la consapevolezza che il legame con il servizio e con la dr.ssa Prever avrebbe tenuto nel tempo, dall'altro lato il suo ritorno è stata una vera e propria sorpresa per il gruppo. M., difatti, lo aveva abbandonato proprio per la sua difficoltà a stare nei limiti dati dal confronto coi pari, più che per quella di mantenere l'astinenza dal gioco. Il gruppo però continuava a includerla chiedendo spesso di lei, e preoccupandosi per la sua sorte. Al suo ritorno, M. ha accettato le regole del gruppo e imparato a contenere i tempi di partecipazione rispetto all'ascolto. Nell'ultimo mese è riuscita a mantenere l'astinenza, anche se con un escamotage contorto degno di lei. Nel caso di M., la disponibilità ad accettare la sua ambivalenza, ad esempio non irrigidendosi nel mantenimento di alcune "regole di frequenza", senza però rinunciare a dei rimandi di SENSO, ha sortito gli effetti auspicati.

² Denominazione dei Centri di Igiene mentale pubblici in Lombardia

La partecipazione dell'ultimo arrivato, F., maschio, si è fatta regolare e attiva; ha avuto da allora due sole piccole ricadute, di pochi euro, che l'hanno comunque messo in crisi, perché in esse vi legge la propria inaffidabilità e debolezza di carattere. L'aspetto culturale e l'età avanzata gli precludono la possibilità di accettare facilmente queste defaillance.

N., maschio, è la new-entry, mostra buona adesione al gruppo, ricerca di confronto con gli altri più "vecchi", come T. di cui riconosce la leadership. N. riporta già tematiche relazionali/familiari sottostanti il problema del gioco e non solo quelle legate al sintomo stesso.

T. continua ad essere il riferimento del gruppo e a mantenere l'astinenza, nonostante la crisi dovuta alla perdita del lavoro precedente, causa la sua richiesta di part time.

J. sta finalmente uscendo dall'inclinazione depressiva, grazie anche alla nuova attività di volontariato esterna, a cui è arrivato in seguito al sostegno del gruppo.

S., maschio, rientrato a gennaio dalla comunità, ha ritrovato un gruppo accogliente a cui ha portato i suoi traguardi e le sue fragilità, e da cui è stato sostenuto nell'inevitabile piccola ricaduta "di prova", e aiutato a non gettare le armi. Attualmente riesce a riportare al gruppo anche le problematiche relative al progredire della malattia di Parkinson e a confrontarsi con gli altri senza vergogna. Dal gruppo trae idee e risorse per la riorganizzazione della "nuova vita".

VALUTAZIONE DI ESITO

Caso con esito positivo: T.

Maschio, 48 anni, giocatore da sempre, racconta come, lavorando fin da ragazzo e avendo soldi in tasca, passava dal bar per partite a carte, biliardo e quant'altro.

Maggiore di molti fratelli, si sente responsabile rispetto a loro, relazione col padre difficile; viene al nord con fratello, si sposa presto, e non smette mai di giocare, incentrando il proprio interesse sulle scommesse ippiche, e a volte in casinò. Tende a puntare grosse cifre, (quindi non si attacca mai alle slot) ma riesce a stare nel budget, "devolvendo" al gioco solo una parte dei suoi guadagni, cioè la parte in nero; portando quindi a casa un buono stipendio, permette alla moglie di non realizzare quando il gioco inizia a prendergli la mano. Riesce comunque a mantenere più che decorosamente la famiglia, acquista case per sé e i figli, ma ad un certo punto inizia a chiedere prestiti perché non è più in grado di fermarsi, e rischia di coinvolgere la famiglia. Inoltre il suo malumore e l'assenza nella relazione con i figli iniziano a pesare, e soprattutto il più piccolo, nato molto dopo i primi due, lo richiama dentro la famiglia; infatti i primi due figli sono già via di casa, e non ci sono rapporti facili.

T. capisce che non ce la può fare da solo e ne parla alla moglie; nello stesso periodo perde il lavoro; entrambi vanno prima a un SerT, dove fa un lavoro individuale che però non lo soddisfa; incontra il gruppo dei giocatori anonimi

in cui trova solidarietà e regole; la moglie incomincia a gestirgli lo stipendio; trova un nuovo lavoro, ma a quel punto la frequentazione dei gruppi di GA diventa difficile per l'orario della sua attività, e per certi versi gli pare non più sufficiente; a seguito di una presentazione della dr.a Prever a GA del lavoro specialistico condotto al SerT di via Albenga, T. sceglie di entrare nel gruppo, portando la sua esperienza positiva di GA, ma desiderando anche integrare questa esperienza con una relazione più terapeutica; prende da subito parte attiva al gruppo e pare proprio aver trovato ciò che cercava; non perde praticamente alcuna seduta, non ostante debba correre nella pausa del lavoro dalla parte opposta della città.

In un anno di lavoro T. ha una sola ricaduta importante, quest'estate, dove in due giorni di solitudine estiva milanese (famiglia in vacanza, gruppo in pausa) a seguito di una discussione sul lavoro (...causa o effetto del craving del gioco??) butta via l'intero stipendio in 2 giornate. Ne esce molto scosso, turbato, ma decide di non tentare alcun recupero ulteriore, ne parla al telefono con la moglie, che reagisce in modo fermo ma non screditante, e decide di non farsene una colpa eccessiva, per non buttare via tutto ciò che erano stati i suoi progressi...soprattutto in termini relazionali, sia con la famiglia che sul lavoro, che nel gruppo. Quando il gruppo ricomincia ne parla subito, anche se impiega due sedute per specificare il reale ammontare della somma. Parla delle sue insicurezze, ma questo lo fa sentire anche più vicino agli altri partecipanti, soprattutto a L., che lo vivono come l'elemento trainante. Il gruppo del SerT pare essere stato per lui punto di riferimento e luogo dove prendersi delle responsabilità.

Caso con esito negativo: M.

Femmina, caso border, diagnosi di depressione reattiva a situazione di mobbing, va in pensionamento anticipato per questo.

Storia familiare estremamente dolorosa, famiglia di origine multiproblematica, dove tutte le dipendenze e le fragilità sono rappresentate; M. è apparentemente il soggetto più "capace", si occupa di tutti, ed è dotata di intelligenza vivace e ottima capacità di espressione scritta: forma una propria famiglia, sposando un uomo affascinante ma con grave problema di alcolismo, e in seguito anche di gioco d'azzardo (ippodromo, siamo giusto di fianco a San Siro); figlio 22 enne, anch'egli con problemi di gioco; a 10 anni veniva mandato dal padre a puntare in sala corse, dopodiché inizia per conto proprio; M., molto religiosa, si danna l'anima per questo ragazzo problematico; tenta una separazione, ma poi rientra; si definisce separata in casa; scopre il Bingo, e solo quello, e ci rimane attaccata: sfoga lì la sua rabbia e rivendicatività verso l'alcolismo e la violenza del partner; ormai è un circolo vizioso.

Mi viene inviata dal Centro di ascolto Caritas della Parrocchia di zona.

Fa un percorso individuale, dove vive passioni contrastanti, l'attaccamento al servizio e alla terapeuta, il sogno di "farcela"...e la fuga, nel momento in cui si mettono alcune cornici più normative; non può contare sui suoi familiari, al contrario, M. cerca di consegnarmi il figlio, perché noi "salviamo" almeno lui.

Per un anno la signora chiede una dimensione di gruppo, tentando l'inserimento al gruppo per soli giocatori di Legnano (da cui viene esclusa) e in quello di Varese, col marito, che però non vuole venire; lei quindi porta la difficoltà, come donna sola, di tornare in tarda serata da Varese, e rinuncia: quando finalmente arriva il momento del gruppo presso il SerT, M. ha già passato il punto di non ritorno, rispetto alla fiducia di farcela. L'amministrazione di sostegno proposta e fallita, è stata una segnale.

Porta al gruppo rabbia personale, ammantata di rivendicazioni sociali precise e corrette, ma che purtroppo le impediscono di lavorare su di sé: riconosce solo la lotta contro il nemico esterno, AAMS e agenzie del gioco, come obiettivo verso cui incanalare le sue energie, trasformando il disagio in iniziative comuni. Il gruppo però le rimanda altro, e lei lascia.

Caso con esito dubbio: J.

J., maschio, arriva al servizio accompagnato dall'operatore del Centro di Ascolto della Parrocchia, a cui la Caritas aveva segnalato il nome della dr.ssa Prever. Ha toccato il fondo, dopo la morte dell'anziana madre adottiva, ha perso la casa di proprietà, il lavoro, gli ultimi legami parentali. Attraverso persone della parrocchia legate a sua madre ottiene di essere seguito da un tutor, che poi diventerà il suo amministratore di sostegno; per J. si attua un vero e proprio progetto integrato, Caritas, Ceas casa alloggio, tutoring educativo, fino all'autonomia abitativa in una casa privata, anche se con Centro ascolto come garante; si parte dal recupero della dimensione lavorativa come portiere notturno in grandi alberghi. Nonostante J. abbia raggiunto alcuni obiettivi importanti, e tragga giovamento dalla rete creatasi intorno a lui, non riesce comunque a smettere di giocare per lunghi periodi, e se il suo tutor gli raziona i soldi, lui corre il rischio di sottrarre soldi dalla cassa (prontamente restituiti), o di cacciarsi in guai peggiori con soggetti della malavita con cui da tempo ha contatti saltuari. In febbraio di quest'anno si lascia coinvolgere per la seconda volta in una consegna di auto rubate, e viene fermato. Due mesi di carcerazione al sud sono per lui una prova durissima; finalmente gli arresti domiciliari lo riportano a Milano, dove il gruppo arriva come sostegno e boccata di ossigeno; da febbraio ad oggi frequenta tutte le sedute che il giudice gli ha concesso, non ha avuto ricadute, nonostante l'altissimo livello di stress e malessere; ma è difficile dare una valutazione dell'impatto dell'intervento in una situazione così coercitiva: egli ha sicuramente suscitato nei partecipanti grande simpatia ed empatia, e ne ha tratto sollievo e conforto, tenendosi al riparo da rischi suicidari; la valutazione dell'esito è resa ulteriormente più complessa dalla molteplicità di interventi terapeutici messi in campo in passato.

In questi due anni di terapia al SerT, J. è stato nel gruppo di Legnano, ha partecipato a due moduli Orthos, dopo i quali aveva seguito il gruppo milanese di monitoraggio e sostegno.

Ecco la diagnosi effettuata dalla Dr.ssa Toniaccini durante il primo modulo.

Giocatore di Casinò, Videopoker, cavalli e Bingo. Dal South Oaks Gambling Screen (SOGS) emerge punteggio di gravità rispetto al gioco di 15 punti. Punteggio calcolato sul comportamento di gioco d'azzardo su tutta la vita (life time).

Considerato che il valore massimo che si può ottenere è di 20 punti e che il punteggio di 9 segnala già la presenza di un grave problema di gioco, il punteggio raggiunto indica la presenza di un problema di gioco d'azzardo patologico di alta gravità (bassa gravità 5-9, media gravità 9-14, alta gravità 15-20).

Oltre al problema del gioco ha anche il problema dell'alcol e dell'uso saltuario, nel passato, di cocaina. Quando è depresso beve e se ha la possibilità usa sostanze. Ha avuto due tentati suicidi con psicofarmaci con un ricovero in psichiatria. Lo stato di abbandono che si è creato o ricercato/trovato ha generato una condizione di forte marginalità sociale. Si descrive come una persona sola al mondo e afferma che ormai molte cose per lui hanno perso di senso. Riferisce che da quando i suoi genitori adottivi sono deceduti, non ha più nessun punto di riferimento. In passato aveva provato a tornare in Venezuela (suo paese di origine) per lavoro, e era stato contattato dalla sua madre biologica; aveva scelto di rimanere in Venezuela, ma la sua madre adottiva l'aveva sostanzialmente richiamato a sé, in Italia. Si percepisce come una persona senza legami e radici in grado di sostenerlo concretamente.

Nel gioco ricerca di piacere e sensazioni forti.

Dal test MMPI2

Risorse da valorizzare: collaborativo, non si è posto in atteggiamento difensivo.

Aree problematiche: presenta al momento un quadro psicopatologico complesso caratterizzato da umore depresso, ansia generalizzata, che probabilmente si accompagna a sintomatologia fisica, possibile presenza di sintomatologia paranoide e pensieri di tipo bizzarro; potrebbe, al momento, avere difficoltà a distinguere tra realtà interna ed esterna. Può agire in modo impulsivo e avere una scarsa tolleranza alla frustrazione. Tende ad assumersi molti rischi e ad avere una capacità di giudizio limitata. Può provare sentimenti di ribellione nei confronti delle regole o di persone che rappresentano l'autorità. Le relazioni interpersonali tendono a essere evitate: appare incline alla solitudine e all'isolamento. Al momento sembra che siano presenti problematiche nell'ambito lavorativo e familiare, (J. ha un figlio di 22 anni che vive da 21 in Germania con la madre, e con cui si è da poco messo in contatto) probabilmente anche a causa della presenza di un generale atteggiamento cinico e misantropico. Sono presenti sentimenti di rabbia e risentimento. Il test rileva problematiche connesse all'abuso di alcol e altre sostanze.

Atteggiamento rispetto al trattamento: appare al momento critico e sfiduciato rispetto alla possibilità di un cambiamento e all'efficacia del trattamento.

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

Più che suggerimenti, alcune considerazioni, difficoltà, domande e dubbi, sorti nella conduzione del gruppo, su cui vorremmo riflettere con gli altri conduttori:

- Difficoltà di gestione, da parte della stessa psicoterapeuta, del rapporto individuale e di gruppo, spesso problema dovuto all'esiguità di risorse interne SerT.
- Il gruppo settimanale è meglio che quindicinale, poiché si "sfilaccia" meno;
- Attenzione alla dimensione del controllo
- Tenacia anche di fronte alla negazione del gioco e soprattutto alla cronicità dell'attività di dipendenza
- Necessità di un processo di ipotizzazione relazionale che connetta le varie esperienze e costruisca un terreno comune su cui lavorare
- Importanza del contesto e delle regole
- Rigidità maggiore sul bisogno di presenza costante dei partecipanti, o lasciar fluire le situazioni, e commentarle?

GRUPPO GIOCO D'AZZARDO

Contributo di
Claudio Queirolo, medico psichiatra, e Simona Celle, psicologa



LA CARTA DI IDENTITÀ DEL GRUPPO

Conduttori: Dr Claudio Queirolo e Dr.ssa Simona Celle
Il gruppo accoglie solo giocatori una volta alla settimana e giocatori e familiari una volta ogni 2 settimane

DATI ORGANIZZATIVI

Orario di svolgimento: 18.00-19.00

Luogo: SerT di Lavagna

Durata incontri: 1 ora

Frequenza incontri: 1 volta alla settimana

Quando è nato: un anno fa (2008)

In che contesto: SerT

Con quali obiettivi: Confronto, condivisione

Teorie di riferimento: Cognitiva-Comportamentale

Gruppo Aperto

Chi entra: persone con dipendenza da gioco d'azzardo

Come entra: colloquio con i conduttori

Non c'è pagamento

Ci sono regole da seguire nel gruppo:

- Rispettare la propria persona e gli altri
- Non giudicare
- Ascoltare se stesso e gli altri
- Rispettare la privacy dei componenti

- Essere puntuali
- Essere presenti tutte le settimane
- Le assenze vanno segnalate in anticipo
- Dopo più tre assenze non si può più partecipare al gruppo: si può riprendere a frequentare solo dopo un colloquio con un operatore
- I cellulari si devono spegnere

Non è richiesta astinenza

Durata del percorso: il paziente deciderà insieme ai conduttori quando terminare il percorso.

C'è un numero minimo di partecipanti di 5 persone e un massimo di 10.

Obbligo di frequenza: chi manca 3 volte di seguito deve fare un colloquio con i conduttori per poter entrare in gruppo.

DEMOGRAFIA STORICA

Quante persone sono entrate dall'inizio? 10 persone

Quali le loro caratteristiche? Storie di vita sofferenti, altri comportamenti di dipendenza in passato

Età: dai 37 ai 60 anni

Lavoro: casalinga, muratori, custode notturno.

- 1 custode
- 1 elettricista
- 3 muratori
- 3 casalinghe
- 1 pensionato
- 1 dipendente S.A.
- 1 ristoratore

Sesso: prevalentemente maschi: tre donne

Ruolo in famiglia: genitori, sposati, un celibe

Gioco problematico:

1 scommesse ippiche

2 gratta e vinci

1 gioco del lotto

il resto slot machine

Persone che sono in trattamento al SerT con terapie antidepressive e sostegno psicologico:

3 in terapia farmacologica

5 in psicoterapia

Ad oggi una persona ha concluso la frequenza al gruppo, la sua partecipazione si è chiusa con una sua decisione non concordata, dopo 9 mesi di astinenza al gioco. Il follow up viene fatto con alcune telefonate con esiti positivi, il paziente sta bene.

DEMOGRAFIA ATTUALE

Attualmente sono presenti 5 persone

Frequentano il gruppo da un anno

Quali le loro caratteristiche? Storie di vita sofferenti, altri comportamenti di dipendenza in passato

Età: dai 37 ai 60 anni

Lavoro: casalinga, muratori, custode notturno

Sesso: prevalentemente maschi

Ruolo in famiglia: genitori, sposati, un celibe

Gioco problematico:

Persone che sono in trattamento al SerT con terapie antidepressive e sostegno psicologico

VALUTAZIONE ED ESITO

Caso clinico che ha ottenuto un esito negativo

M.

anni 55

in carico dal settembre 2007

coniugato con A. che presenta problemi psichiatrici

ex magazziniere in pensione

Anamnesi: quattro fratelli, due maschi e due femmine di cui una uccisa incidentalmente a 13 anni

Nulla di rilevante per quello che riguarda i genitori (entrambi deceduti).

Da ragazzo ha iniziato con il poker, prima tra amici poi nei Casinò.

Circa sei anni fa inizia con le slot e progressivamente ne diventa dipendente.

Presente una forte componente depressiva curata con farmaci.

Molto ambivalente riguardo la sua presenza al gruppo GAP al quale ha partecipato solo poche volte.

Identico discorso vale per gli altri gruppi terapeutici.

Attualmente prosegue con il gambling anche se in condizioni economiche decisamente precarie.

Caso clinico che ha ottenuto un esito positivo

R.

anni 60

in carico dall'agosto 2008

vedova e coniugata una seconda volta con marito ex-alcolista e con ictus casalinga e babysitter

Anamnesi: è nata in Sardegna, il padre è morto in miniera quando lei aveva 2 anni, la madre non riusciva a mantenere 4 figli e quindi lei con i suoi fratelli sono cresciuti in collegi separati. La madre si è formata una nuova famiglia con

altri 4 figli. A 15 anni è andata a Torino per lavorare nelle case come donna delle pulizie, poi si è trasferita a Rapallo da suo fratello. Si è sposata a 21 anni e ha avuto un figlio. Il marito è morto molto giovane per infarto, il figlio è morto a 20 anni per un incidente in moto. In seguito si è risposata con un alcolista che ha dovuto smettere di bere quando gli è venuto l'ictus.

Un suo fratello era alcolista e il figlio di questo fratello è dipendente da sostanze, da alcool e ha avuto molti problemi con la giustizia.

In terapia con antidepressivi.

Dipendenza da slot machine: la paziente prima di rivolgersi al nostro servizio giocava alle slot da 3-4 mesi tutti i giorni dalla mattina alla sera saltando i pasti e dimenticandosi di andare a lavorare. Ha iniziato quando ha saputo che probabilmente aveva un tumore al seno e dopo l'ictus del marito, voleva spendere tutti i soldi che aveva messo da parte per il figlio. Il gioco era l'unica cosa che la faceva vivere e riusciva a non pensare.

Dopo qualche mese di terapia; colloqui in cui ha elaborato il lutto del figlio; partecipazione al gruppo GAP ed al gruppo di arteterapia, ha diminuito le giocate, pur restando un certo "craving" per gioco. Oggi sono passati 7 mesi di astinenza dal gioco.

Caso clinico con esito dubbio

S.

Anni 40

seguito dal 2000

convive

lavora per la Società Autostrade

Anamnesi: una sorella avvocato

genitori viventi ed in buona salute

A ca. 18 anni inizia la "passione" per il gioco d'azzardo in genere

Arriva al Servizio accompagnato dalla sorella in situazione di emergenza finanziaria e familiare: debiti con banche diverse

Inizia colloqui con psicologa e medico di riferimento, associati a terapia farmacologica.

Col tempo riduce progressivamente il gioco, ma non smette mai del tutto.

Complessivamente quali **indicatori prognostici** ritenete che siano da ritenersi utili in considerazione con questo tipo di pazienti?

Riduzione delle giocate, cambiamento degli stili di vita, non frequentazione dei luoghi dove vengono effettuate le giocate, coinvolgimento positivo dei familiari o di amici, la costanza nel frequentare il gruppo e nell'aderire alle terapie.

E quali gli **indicatori generali di valutazione per decretare il successo/insuccesso terapeutico?**

Continuare o diminuire le giocate

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

A ruota libera, quali suggerimenti daresti a un collega che dovesse comunicarvi l'intenzione di voler aprire un gruppo GAP?

E' importante insistere sulla partecipazione al gruppo e che si crei affiatamento tra i componenti dello stesso.

ESPERIENZE IN COLLABORAZIONE TRA SERVIZI PUBBLICI E PRIVATI



Preparazione dei lavori. Da sinistra: V. Lo Nardo (di spalle), A. Fiorin e M. Zanon

GRUPPO TERAPEUTICO PER GIOCATORI DI LEGNANO

Contributo di

**Angela Biganzoli, psicologa psicoterapeuta,
Associazione AND – Azzardo e Nuove Dipendenze**



LA CARTA DI IDENTITA' DEL GRUPPO DI LEGNANO

Conduttore: Angela Biganzoli, psicologa psicoterapeuta ad indirizzo Analitico Transazionale. Negli anni sono stata affiancata da alcune colleghe socie di AND: Patrizia Nacci, psicologa psicoterapeuta a orientamento gruppale (primo ciclo); Manola Unida, psicologa psicoterapeuta ad indirizzo Analitico Transazionale (secondo ciclo); Mariapaola Tadini, psicologa psicoterapeuta in formazione analitico transazionale; Valeria Locati, psicologa psicoterapeuta in formazione sistemica (terzo ciclo).

Il gruppo accoglie solo giocatori.

DATI ORGANIZZATIVI

Anticipo alla descrizione una premessa: ho condotto il gruppo di cui parlerò da marzo 2006 a marzo 2009, in collaborazione con alcune colleghe ma con la costante della mia presenza. Da aprile 2009 sono entrata in maternità e ho lasciato la conduzione del gruppo a due colleghe che attualmente stanno proseguendo l'attività. Data la "pausa" presa, considero "mio" solo quel gruppo e non l'attuale. Pertanto la mia descrizione sarà complessiva e di valutazione finale sui cicli svolti. In futuro valuterò la possibilità di riprendere la conduzione del gruppo.

Il gruppo si svolge il mercoledì dalle 18.30 alle 20.00, presso la sede dell'Associazione di volontariato Aiutiamoli a Legnano, in piazza S.Magno; si tratta di un luogo centrale, facilmente raggiungibile anche con i mezzi, accogliente e con un accesso discreto, a favore della tutela della privacy dei partecipanti. La sede è stata concessa gratuitamente ma abbiamo concordato un'offerta per contribuire alle spese di pulizia e di riscaldamento.

Gli incontri sono settimanali e hanno la durata di un'ora e trenta. Sono previste le interruzioni per le vacanze natalizie (circa quindici giorni) ed estive (circa un mese).

ULTERIORI TRACCE PER DESCRIVERLO

Il gruppo è nato a marzo del 2006, nell'ambito di un progetto finanziato con fondi ex legge 45 dal titolo "Reti d'azzardo". Tale progetto era nato con vari obiettivi, uno dei quali era sensibilizzare il territorio dell'ASL Milano 1 sulla problematica del gioco d'azzardo, di cui fino a quel momento nessuno si era ancora occupato in modo strutturato, e creare una rete di servizi efficace per l'invio e il trattamento del problema. In particolare, il Servizio per le Tossicodipendenze di Parabiago si poneva come servizio a cui inviare sia i giocatori che i familiari e dove venivano strutturati dei percorsi di presa in carico (accoglienza, psicoeducazione, interventi medici e farmacologici, trattamento in comunità in collaborazione con la comunità Il progetto di Castellanza, ente capofila del progetto). A partire dal presupposto condiviso che il gruppo potesse essere uno strumento efficace per il trattamento dei giocatori, è nato anche in risposta ad una esigenza specifica: la carenza di risorse psicologiche nel servizio (a cui erano indirizzati i casi che non potevano beneficiare del gruppo) e la necessità di creare una risorsa stabile, che potesse rimanere sul territorio anche quando il progetto si sarebbe chiuso e non ci sarebbero più stati fondi su cui contare per retribuire il personale esterno. Pertanto in collaborazione con l'associazione AND, partner e supervisore scientifico del progetto, si è deciso di sperimentare l'apertura di un gruppo per soli giocatori, a cui potessero afferire principalmente gli utenti della ASL Milano 1, ma anche quelli dei servizi limitrofi. Sul territorio esisteva già un gruppo di Giocatori Anonimi (a Busto Arsizio), ma l'intenzione era creare un'alternativa, in quanto una prima intenzione era che il gruppo fosse condotto da uno psicologo e che quindi non fosse prettamente di auto-aiuto. Quindi non si poneva in competizione con il gruppo di GA, ma in integrazione. La prima caratteristica del gruppo, che poi è rimasta stabile nel tempo, è che si tratta di un gruppo a termine, quindi chiuso. La scelta inizialmente è stata fatta perché nasceva nell'ambito di un progetto, caratterizzato da una data di inizio e di fine e, dato che si trattava di una prima sperimentazione, abbiamo utilizzato i confini del progetto per la sua apertura e la sua chiusura. Dal 2006 al 2009 ci sono stati tre cicli.

Per guidarci nella strutturazione del percorso ci siamo ispirati ad alcune teorie di riferimento:

- Costantini A. (2000), *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato*, McGraw-Hill.
- Khanntian E. J. Et al. (1997), *La dipendenza e il Sè vulnerabile*, Piccin.

- MacKenzie K. R. (2002), *Psicoterapia breve di gruppo*, Erickson.
- Zucca Alessandrelli C., *GRF: gruppo per la ripresa delle funzioni*, Gli Argonauti, CIS N° 91-92, Anno XXIII 2002-2003.

In particolare, alcune indicazioni ci sono state da guida per orientare il lavoro. Innanzitutto la scelta di un gruppo a tempo limitato: oltre che per la durata del progetto, i conduttori erano concordi con gli Autori che pensano che chi presenta problemi di dipendenza vede con sospetto una terapia che si prospetti lunga. La fragilità del Sé e dell'apparato psichico di questi pazienti fanno desiderare a livello profondo l'accoglimento totale, senza limiti; tuttavia è proprio questo profondo bisogno che crea l'angoscia di perdersi nella vicinanza. Quindi, di fronte alla frase "tutto il tempo che è necessario" questa tipologia di pazienti vive il timore di attaccamenti e legami in cui ha paura di "sparire". Il paziente dipendente vede nell'ipotesi di un trattamento lungo non tanto una disponibilità e un'attenzione centrate su di lui, quanto qualcosa di indefinito che vive come pericoloso (Zucca Alessandrelli). Nel SerT avevamo già iniziato a sperimentare con successo il metodo della psicoeducazione, che proponeva al giocatore e al familiare un contratto di tre incontri solo dopo i quali avveniva la proposta terapeutica e quasi nessuno aveva abbandonato il percorso. Pensavamo così che anche un gruppo a tempo limitato (un anno circa) potesse essere un tempo giusto per contrattare con il paziente giocatore alcuni obiettivi.

Un altro punto di partenza importante per noi è stato il concetto di "**episodio di trattamento**" (Budman, 1996): ogni trattamento è considerato come un segmento di lavoro all'interno di un'ampia costellazione di esperienze nel corso dell'intero arco di vita di un individuo. La terapia di gruppo è parte di interventi multipli (psicoterapia o sostegno psicologico individuale, tutoraggio economico, consulenza legale, trattamento farmacologico, psicoeducazione). Ciò favorisce "una risposta terapeutica a più voci". Pertanto il gruppo non si pone come unica cura e neppure come unico spazio per risolvere le problematiche dell'individuo.

Infine abbiamo scelto di comporre un gruppo omogeneo, che ci sembrava adatto a facilitare l'attenuazione di quella particolare sensibilità alle differenze che potrebbe stimolare la conflittualità relazionale iniziale, al fine di sviluppare una più rapida coesione e sostegno tra i membri, grazie al rapido superamento del senso di **vergogna** e **isolamento** che spesso i giocatori riportano nelle loro narrazioni.

Gli obiettivi che ci siamo posti con il gruppo sono stati i seguenti:

- facilitare gli scambi e il confronto reciproco tra i giocatori;
- facilitare l'elaborazione in gruppo di tutti gli aspetti connessi al gioco;
- favorire il superamento del senso di isolamento e vergogna;
- rinforzare la capacità di trovare soluzioni efficaci ai problemi concreti e relazionali connessi al gioco;
- favorire la ripresa dello sviluppo della capacità di prendersi cura di sé.

Oltre a questi obiettivi più generali, a partire dalle riflessioni che Khantzian (1997) aveva fatto con soggetti cocainomani, abbiamo ipotizzato che anche

soggetti con problematiche di dipendenza potessero considerarsi vulnerabili prevalentemente in quattro aree, che abbiamo utilizzato come focus di attenzione per tutto il percorso di gruppo:

1 Il riconoscimento, la tolleranza e la regolazione affettiva

Spesso il giocatore sperimenta emozioni estremizzate, confuse, di difficile espressione. Il gioco sembra porsi come rimedio per meglio difendersi o tollerare gli affetti, l'angoscia, la rabbia, la vergogna e la solitudine. Alcuni giocatori sembrano incapaci di esprimere sentimenti (alexitimia) o sembra che proprio non ne abbiano ("dis-affettivi"); oppure il predominare di certi sentimenti sembra determinare la selezione del gioco preferito: ad esempio il "giocatore d'azione" (Guerreschi) che sceglie giochi "adrenalinici", eccitanti, a forte rischio (es. roulette, black-jack, ecc...) o il "giocatore per fuga", che sceglie giochi per estraniarsi, allontanarsi dal contatto con la realtà, anestetizzarsi, sedarsi (es. slot machine).

Obiettivo di questo focus è proprio riflettere sul significato del comportamento del gioco rispetto alla gestione delle emozioni.

2 Carenze nell'autostima e nella soddisfazione dei bisogni

Spesso chi ha un problema di dipendenza patologica ha difficoltà a percepirsi come "buono" e capace (bassa autostima e senso di autoefficacia) e crede di non essere in grado di avvicinarsi alle persone, quando necessario, per ottenere "nutrimento" (emotivo) e conferma di sé e del proprio valore. Ciò porterebbe a modelli estremi e contraddittori di soddisfacimento dei bisogni di dipendenza, autostima, benessere, esemplificati da Khantzian così: "essi oscillano tra atteggiamenti seduttivi e manipolatori per ottenere soddisfacimento dall'ambiente e posizioni d'indipendenza e di autosufficienza sdegnose e distanzianti che allontanano il bisogno degli altri".

Obiettivo di questo focus è lavorare sul potenziamento dell'autostima e sulla capacità di soddisfare i propri bisogni in modo "sano".

3 Le relazioni interpersonali

Spesso nelle storie dei giocatori i rapporti con la famiglia è caratterizzato da sentimenti di rabbia, risentimento, vergogna, paura, impotenza, sfiducia; sono coinvolti i partner (moglie o marito), ma anche i figli, i suoceri, i parenti, ma anche gli amici, i colleghi e a volte i datori di lavoro. Ricorrono frequentemente le difficoltà di ascolto e comprensione reciproca (in particolare rispetto alla fiducia che il giocatore non sente di avere da parte della famiglia, anche se si sta impegnando in un percorso di cura) e la mancanza di dialogo e di intimità.

Inoltre i giocatori rilevano gravi difficoltà nella gestione del tempo libero, che in passato è stato unicamente riempito dal gioco; pertanto ora si trovano in difficoltà sia nell'individuare o riscoprire interessi differenti, sia nel frequentare persone che non hanno a che fare con il mondo gioco.

Obiettivo del focus è approfondire le dinamiche relazionali, ragionare su responsabilità reciproche e sperimentare nuovi modelli relazionali e di gestione del tempo libero a partire dall'esperienza del gruppo.

4 Fallimento dell'autocura

Il gioco ha offerto un'ingannevole soluzione al disagio e alle problematiche dell'individuo e in alcuni casi il giocatore è arrivato al servizio dopo numerosi tentativi, purtroppo fallimentari, di smettere da soli o attraverso risorse non specialistiche. Il nostro punto di partenza è che il comportamento di gioco patologico è una malattia e che serve un intervento specializzato per curarsi; la ricaduta è un passaggio inevitabile nel percorso di cura, ma può essere utile se compresa nel suo significato.

Obiettivo del focus è imparare a riconoscere e ad accettare la propria vulnerabilità e ad utilizzare le risorse di cura esistenti.

Pertanto questi focus sono stati utilizzati come guida per orientare i nostri interventi di gruppo.

In gruppo sono ammessi giocatori che hanno una diagnosi di gioco d'azzardo patologico e che non hanno altri problemi di comorbidità rispetto all'uso di sostanze (alcol, eroina o cocaina).

Gli invii sono stati fatti dagli operatori dei Servizi territoriali per le dipendenze (ASL Milano 1; ASL Milano Città; ASL di Varese) che hanno in carico i pazienti. Di prassi l'invio era comunicato tramite telefonata di presentazione ai conduttori, che rispondevano ad un numero preposto per il gruppo, e veniva in seguito fissato un colloquio di conoscenza tra i conduttori e il partecipante presso la sede in cui si ritrova il gruppo. Obiettivo del colloquio era rilevare alcune informazioni anamnestiche e approfondire le motivazioni per cui il giocatore chiedeva di entrare in gruppo. In questa sede venivano inoltre esplicitate le regole del gruppo, che erano le seguenti:

1. La frequenza al gruppo è settimanale.
2. Il gruppo si svolge il mercoledì dalle 18.30 alle 20.00. E' importante la puntualità.
3. E' fondamentale che la frequenza al gruppo sia continuativa. Il gruppo è una importante risorsa per il giocatore e per questo richiede un impegno, un lavoro che si fa insieme ed una frequenza costante).
1. E' opportuno avvisare prima dell'inizio del gruppo se non si verrà.
2. Regola della riservatezza: vige l'impegno al segreto circa ciò che accade in gruppo. Tutti, sia giocatori che conduttori, devono rispettare la riservatezza dei partecipanti (di cui nulla a partire dal nome va rivelato fuori dal gruppo) e dei contenuti trattati. Ciò che sentono di dire e ciò che sentiranno dagli altri è mantenuto in stretta riservatezza.
3. I conduttori sono esenti al segreto solo con i referenti terapeutici dei SerT invianti e con i referenti scientifici del progetto.
4. Regola della trasparenza: è importante che ciò che avviene all'esterno tra i partecipanti venga riportato dentro il gruppo. Tale regola vale per tutti, sia conduttori che membri del gruppo.
5. All'interno del gruppo ci si può esprimere liberamente, si può parlare di tutto ciò che si desidera.
6. I conduttori si riservano la possibilità di contattare i partecipanti per eventuali comunicazioni (tramite telefono o lettera).

7. Nel caso in cui il partecipante desideri interrompere la frequenza al gruppo, è preferibile che lo comunichi sia ai conduttori che agli altri membri del gruppo, consentendosi la possibilità di un incontro di saluto e chiusura.
8. Infine viene chiesto di compilare la liberatoria della privacy e di autorizzazione la registrazione audio (che è stata utilizzata in alcune sedute).

Se un giocatore telefonava al numero del gruppo e non era in carico a nessun servizio, veniva da noi inviato al servizio di competenza territoriale, che poteva procedere alla ricostruzione della storia e della motivazione al trattamento in genere, con la possibilità di un invio in un secondo momento al gruppo.

Se, dopo il colloquio con i conduttori il giocatore accetta di partecipare al gruppo e concorda con le regole, inizia la frequenza.

Tendenzialmente, essendo un gruppo a tempo limitato, gli ingressi sono stati fatti in particolare nelle fasi di partenza o entro i primi sei mesi, in modo da avere del tempo per lavorare e permettere l'inserimento. In un caso è stato fatto l'inserimento a tre mesi dal termine, ma con l'obiettivo di osservare come il partecipante si relazionava con il gruppo e se "teneva" nel trattamento.

L'ingresso in gruppo di un nuovo partecipante veniva sempre anticipato al gruppo. Nella prima seduta il nuovo utente era libero di parlare di sé o rispondere alle domande degli altri partecipanti, con l'attenzione da parte dei conduttori che non venissero espressi giudizi o forzature di alcun tipo.

Il primo ciclo di gruppo (da marzo 2006 a dicembre 2006) è stato completamente gratuito per i partecipanti, grazie al progetto esistente che permetteva la retribuzione degli operatori coinvolti.

Dal secondo ciclo (marzo 2007 – marzo 2008) e nel terzo ciclo (maggio 2008 – marzo 2009) è stato introdotto un pagamento: 10 euro a seduta per ogni partecipante.

Tale modifica è stata introdotta per due ragioni. Una teorica: il denaro è centrale nella dipendenza da gioco d'azzardo e perde completamente il suo valore; pertanto utilizzare il denaro per la cura della propria dipendenza ci sembrava un modo per contribuire a restituire un valore e per aiutare il giocatore a recuperare la capacità di controllo (pagare i 10 euro a seduta senza spenderli e giustificarli al familiare grazie alla ricevuta permetteva di recuperare anche il rapporto di fiducia).

Una ragione pratica: per motivi contingenti abbiamo dovuto cambiare sede e ci siamo spostati in uno spazio concesso gratuitamente ma dove abbiamo voluto contribuire al pagamento delle spese (riscaldamento e pulizia). I contributi pertanto sono stati usati per coprire le spese di sede, quelle telefoniche (per la gestione del numero telefonico e dei contatti con gli operatori dei servizi invianti) e per il rimborso delle spese vive di trasporto dei conduttori (che percorrevano circa 50 km per arrivare alla sede del gruppo).

Abbiamo visto che nessun giocatore ha espresso difficoltà per il pagamento e che anzi la sua presenza puntuale o la sua assenza era rivelatrice di altre

difficoltà (più volte ci è capitato di osservare che il mancato pagamento coincideva con una ricaduta, che così poteva essere gestita più facilmente in gruppo).

Rispetto all'astinenza, il nostro gruppo l'ha posta come obiettivo del trattamento e non come elemento di esclusione all'accesso al gruppo. Infatti molti giocatori sono arrivati al gruppo con alle spalle alcuni mesi di interruzione del comportamento di gioco; altri avevano ridotto significativamente il loro comportamento di gioco, ma non lo avevano interrotto del tutto. Obiettivo del gruppo è proprio raggiungere il controllo del gioco.

Il percorso ha la durata di un anno circa. Ogni giocatore all'ingresso in gruppo stabilisce degli obiettivi personali che si propone di raggiungere nel tempo della frequenza e che valuterà, insieme ai conduttori e agli operatori invianti, quando possibile, al termine del ciclo di gruppo. Pertanto alcuni giocatori possono decidere di partecipare ad un unico ciclo di gruppo (nell'ottica dell'episodio di trattamento), altri invece possono proseguire se sentono di avere altri obiettivi su cui lavorare e se conduttori e invianti sono d'accordo.

Il gruppo ha un numero massimo di circa 10-12 partecipanti. Questa composizione facilita lo scambio e il confronto reciproco e la vivacità relazionale, rendendosi però necessaria l'attenzione dei conduttori ad una corretta distribuzione dei tempi di parola.

Non c'è un obbligo di frequenza, pena l'esclusione del gruppo, anche se si esplicita e si riconsidera l'utilità della partecipazione, con il giocatore e gli invianti, in casi di numerose assenze o palese mancanza di motivazione.

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

In totale da marzo 2006 a marzo 2009 sono passati in gruppo 28 giocatori.

Tutti i giocatori avevano una diagnosi di GAP e nessuna comorbilità per uso di altre sostanze.

2 erano in possesso della laurea, 13 di un titolo di scuola superiore, 8 della licenza media e 5 della licenza elementare.

Rispetto all'età, il più giovane era del 1972 (38 anni) e il più anziano del 1940 (70 anni).

La maggior parte di loro aveva una lunga storia di gioco alle spalle.

I lavori svolti erano i più vari:

- Operaio (7)
- Impiegato (4)
- Artigiano (1)
- Portiere d'albergo (1)
- Autista magazziniere (1)
- Agente di commercio (1)

- Consulente finanziario (1)
- Carrozziere (1)
- Custode (1)
- Bidello (1)
- Commerciante (1)
- Collaboratore a progetto – ex banchiere (1)
- Appartenente alle forze dell'ordine (2)
- Pensionati (4)
- Disoccupati (2)

In totale sono passate dal gruppo “solo” quattro donne (due nel primo ciclo, una nel secondo e una nel terzo). Questi numeri certo rientrano nella statistica generale della distribuzione per sesso dei giocatori (ai servizi arrivano più uomini che donne giocatrici); maggiori difficoltà si sono rilevate nel secondo e nel terzo ciclo, in cui le donne frequentavano da sole e quindi si sentivano meno riconosciute, seppur ugualmente accettate, dagli altri partecipanti uomini. Forse il fatto che le conduttrici fossero donne ha permesso minimamente di tutelare la loro presenza.

Ruolo in famiglia.

Tra i partecipanti, 8 erano mariti, 3 mogli, 1 vedovo, 7 separati e 8 single (di cui solo uno con un fidanzamento stabile).

Gioco problematico. La maggior parte di loro aveva un gioco prediletto, anche se giocava ad altri giochi. La prevalenza era costituita da giocatori di macchinetta; a seguire casinò, corse di cavalli e scommesse sportive, lotto e gratta e vinci; un solo giocatore di poker e un solo giocatore di borsa.

Tutti avevano in corso un trattamento presso i servizi dei territori limitrofi. La maggior parte aveva usufruito del percorso di psicoeducazione e aveva in corso colloqui di monitoraggio con le assistenti sociali e/o percorsi di sostegno psicologico.

Quante hanno concluso la loro frequenza al gruppo.

Nel corso dei tre cicli, 13 persone hanno interrotto la frequenza al gruppo su accordo dei conduttori e degli invianti. Alcuni di loro hanno interrotto o imparato a controllare in modo significativo il comportamento di gioco d'azzardo e hanno recuperato un minimo rapporto di fiducia in famiglia. Altri hanno deciso di intraprendere un altro “episodio di trattamento” (ad esempio rispetto alla dipendenza da fumo o alle difficoltà di coppia evidenziate dalla lontananza dal gioco). Altri ancora hanno continuato i colloqui individuali di tipo psicologico e il monitoraggio ai servizi di provenienza. In tutti i casi comunque le uscite sono state discusse tra i conduttori, i partecipanti e i servizi invianti. E' stata data loro la disponibilità di tornare in gruppo se ne avessero sentita la necessità, ma così non è stato per ora.

Per tre situazioni invece l'uscita non è stata condivisa dai conduttori, ma è stata accettata in quanto il partecipante non era nelle condizioni di continuare la partecipazione (in due casi per calo della motivazione a smettere di giocare,

in un altro per la distanza significativa dalla sede del gruppo). Anche a loro è stata data la possibilità di tornare in gruppo se ne avessero sentita l'utilità, previo colloquio con i conduttori.

Consideriamo invece drop-out due situazioni, che non hanno retto alla partecipazione al gruppo e neppure al trattamento individuale, per motivi legati sia alla loro psicopatologia e alla situazione sociale drammatica (assenza di una casa, di un lavoro e di una famiglia supportiva), e che hanno abbandonato la frequenza dopo poche sedute di gruppo.

Non è stato né fatto né concordato un follow up con i partecipanti, anche se riteniamo sarebbe utile. Ad oggi abbiamo ricevuto solo qualche informazione informale da parte di alcuni operatori con cui si è creato nel tempo un buon rapporto di collaborazione, ma non è stata svolta un'indagine sistematica né al momento è previsto di farla.

VALUTAZIONE DI ESITO

Per valutare l'esito di un percorso di trattamento all'interno del gruppo ho fatto riferimento ai seguenti criteri:

- Capacità di raggiungere l'obiettivo astinenza dal comportamento del gioco o significativa riduzione di esso (in modo da non compromettere il piano di risanamento dei debiti o le finanze individuali e/o familiari nei casi in cui c'è una famiglia);
- Capacità e disponibilità ad utilizzare tutte le risorse di aiuto presenti (il SerT – Servizio Tossicodipendenze per i colloqui di monitoraggio, di psicoterapia e/o di consulenza farmacologica e l'avvocato o il servizio tutela nel caso di attivazione dell'amministrazione di sostegno), nell'ottica del gruppo come episodio di trattamento;
- Capacità di riconoscere le emozioni e il loro significato correlato al comportamento di gioco d'azzardo (primo focus);
- Capacità di aumentare il livello di autostima individuale e di chiedere in modo più "sano" soddisfazione ai propri bisogni (secondo focus);
- Disponibilità a rivedere le proprie posizioni e responsabilità in relazione ai rapporti interpersonali (terzo focus);
- Capacità di saper chiedere aiuto specialistico anche a fronte di una ricaduta durante il trattamento (quarto focus).

Ovviamente per quanto riguarda i quattro focus non si intende come successo il pieno raggiungimento degli obiettivi, ma l'osservazione di una mobilitazione del paziente nella direzione di un cambiamento in tal senso, che poi può essere sostenuto da un secondo ciclo del gruppo o da un altro intervento (es. psicoterapia individuale o di coppia).

In nessun caso abbiamo effettuato un follow up, anche se riteniamo sarebbe utile.

I casi verranno presentati con nomi di fantasia e in modo che non siano riconoscibili.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto un esito positivo: L.

L. è un giovane uomo di 37 anni che partecipa al secondo ciclo del gruppo di Legnano (2007 – 2008) e al terzo (2008 – 2009). Viene inviato al gruppo dal SerT del territorio, dove ha i primi colloqui di accoglienza e fa il percorso di psicoeducazione.

Ha la licenza media e lavora come programmatore di macchine utensili. E' coniugato e non ha figli. Nel tempo libero allena bambini di sette anni a calcio (due sere a settimana oltre alla partita la domenica).

Figlio unico, riporta un rapporto conflittuale con i genitori, ancora in vita e in buona salute. A 26 anni è andato a vivere da solo e dopo pochi anni si è sposato.

Al servizio si presenta con la moglie, che partecipa alla psicoeducazione, come da richiesta degli operatori. La moglie lavora come responsabile di un centro commerciale.

L. gioca da circa 10 anni alla slot-machine, sia al casinò che nei bar. Non ha contratto debiti di gioco esterni, ma ha prosciugato il conto che ha in comune con la moglie (lui percepisce un buon stipendio e in più è pagato per il lavoro di allenatore). Si è rivolto ad uno psichiatra, con cui ha avuto qualche colloquio, e per circa otto mesi è riuscito a non giocare. Poi ha ricominciato a giocare e si recava al casinò quando aveva a disposizione almeno 200-250 euro. La situazione che lo ha portato a chiedere di nuovo aiuto si è creata nell'ultimo anno, in coincidenza con una profonda crisi di coppia (scoprono che non possono avere figli e che la responsabilità è sua).

Riconosce di avere sempre fatto fatica a gestire i soldi da solo (da quando è andato a vivere da solo, mentre prima glieli gestivano i genitori).

Ha provato una terapia psicoanalitica, ma l'ha presto abbandonata perché *“si girava intorno, io ho bisogno di parlare di gioco e di confrontarmi con altri per avere qualche dritta”*. E' il medico di base che lo invia al SerT.

Nel corso del colloquio preliminare all'ingresso in gruppo, L. si pone i seguenti obiettivi:

“vorrei smettere di giocare alla slot ma non smettere tutti i giochi...non si può vivere senza gioco, voglio tentare! Vorrei tornare a giocare come prima (in modo sociale). Non so perché ho iniziato, non so cosa mi prende”. Riconosce solo che, avendo molto tempo libero (la moglie lavora fino a tardi), in quei momenti ha più voglia di giocare.

Entra in gruppo a settembre 2007 (7 mesi di gruppo).

Per lui si tratta del primo trattamento specifico per il gioco e in parallelo viene seguito da una collega A.S. al SerT territoriale, con colloqui sia individuali che congiunti con la moglie.

L. partecipa da subito al gruppo con costanza e coinvolgimento sia emotivo che cognitivo. Fa nel corso dei mesi pochissime assenze, tutte giustificate, e partecipa con costanza anche ai colloqui fissati dal SerT. Si lega ad alcuni partecipanti, con cui instaura buone relazioni interpersonali e da cui accetta alcuni consigli (ad esempio quello di non usare contanti o di farsi accompagnare dalla moglie a ritirare lo stipendio).

Alla fine del primo ciclo (marzo 2008) fa con i conduttori una valutazione conclusiva del percorso fatto e dice: *“qui sono riuscito a parlare del mio problema, ho detto cose che dovevo raccontare da tempo”*; quindi il gruppo per lui ha svolto una funzione di condivisione e di contenimento emotivo.

Inoltre dice che *“molte storie mi hanno colpito...il gruppo mi ha fatto aprire gli occhi anche rispetto alla vita di coppia”*; infatti verso la fine del gruppo comunica di avere deciso, di comune accordo con la moglie, di separarsi e va a vivere da solo. Pur non parlando in gruppo del loro problema di coppia (per il quale gli suggeriamo più volte di prendere in considerazione una psicoterapia individuale, che però non si sente pronto a intraprendere), comunica che il rapporto con la moglie è ormai *“spento”*, che non hanno più nulla in comune e che preferiscono lasciarsi. Al termine del ciclo chiede di proseguire perché non si sente ancora pronto a camminare da solo.

Frequenta così da maggio 2008 a marzo 2009. Il secondo ciclo è per lui più impegnativo perché deve affrontare un'altra grande separazione, la morte del nonno (per lui come un padre) e fa alcune assenze perché sente il bisogno di stare solo, ma riesce a mantenere l'astinenza dal gioco e a riflettere su alcune questioni importanti (ad esempio, come mi comporto se il gruppo dei genitori dei bambini che alleno propone una serata al casinò?). Verso la fine comunica di avere deciso di tornare con la moglie (con cui i rapporti non si erano del tutto persi) e di avere stabilito con lei altri presupposti (ad esempio nella gestione del tempo di lavoro, per evitare di stare troppo tempo distanti). A marzo 2009 decide di interrompere il trattamento (sia in gruppo che al SerT) in quanto si sente pronto a *“camminare da solo”* e sa che potrà chiedere sostegno se gli servirà. Mantiene però un legame affettivo con il gruppo, che va a salutare nel quarto ciclo (condotto da altre colleghe, che riferiscono di averlo trovato sereno e ottimista per il futuro).

Perché ritengo questo esito positivo.

- *Capacità di raggiungere l'obiettivo astinenza dal comportamento del gioco o significativa riduzione di esso (in modo da non compromettere il piano di risanamento dei debiti o le finanze individuali e/o familiari nei casi in cui c'è una famiglia).*

L. è riuscito a raggiungere l'astinenza dal gioco, evitando sia i casinò che le slot-machine dei bar. Ha chiesto l'aiuto della moglie, prima della separazione, per la gestione delle sue finanze ed è riuscito a non trasgredire. Ha avuto qualche ricaduta, ma è riuscito a parlarne al gruppo e a riconoscerne il significato. Quando è stato separato, è riuscito a gestirsi in autonomia il suo stipendio, evitando i contanti (suggerimento che per lui è stato utile) e avendo a disposizione solo il bancomat per le spese necessarie.

- *Capacità e disponibilità ad utilizzare tutte le risorse di aiuto presenti (il SerT per i colloqui di monitoraggio, di psicoterapia e/o di consulenza farmacologica e l'avvocato o il servizio tutela nel caso di attivazione dell'amministrazione di sostegno), nell'ottica del gruppo come episodio di trattamento.*

L. ha utilizzato tutte le risorse disponibili con puntualità e correttezza e ciò è stato per lui utile, permettendogli di affrontare varie tematiche, di cui alcune particolarmente delicate, nei contesti da lui sentiti come più protettivi.

- *Capacità di riconoscere le emozioni e il loro significato correlato al comportamento di gioco d'azzardo (primo focus);*

L. riconosce che il gioco per lui è un modo per non sentire le emozioni disforiche che riguardano la relazione insoddisfacente con la moglie, con cui non riusciva a parlare, e, a livello più profondo, la delusione di non poter generare.

- *Capacità di aumentare il livello di autostima individuale e di chiedere in modo più "sano" soddisfazione ai propri bisogni (secondo focus);*

L. decide di non accontentarsi del rapporto di coppia così com'è, che chiama "abitudine" ormai, e sceglie per sé un'altra strada, difficile ma l'unica che gli può permettere di recuperare un senso di soddisfazione; si iscrive ad un corso di allenatore, per migliorare le sue capacità di relazione con gli allievi; ricostituisce il rapporto con la moglie su presupposti diversi, basati sui propri bisogni finalmente espressi (passare più tempo insieme, recuperare un'intimità e anche una parità nella loro relazione).

- *Disponibilità a rivedere le proprie posizioni e responsabilità in relazione ai rapporti interpersonali (terzo focus);*

L. ragiona sui rapporti con la moglie, con i genitori, con il nonno, con gli amici (con cui recupera un rapporto) e con gli allievi, a cui è particolarmente legato.

- *Capacità di saper chiedere aiuto specialistico anche a fronte di una ricaduta dopo tempo (quarto focus).*

L. sa chiedere aiuto di fronte alle ricadute, sia a i conduttori che al gruppo che agli operatori.

Come detto in precedenza, la terapia di L. non è conclusa, ma ritengo che il gruppo gli abbia permesso di acquisire gli strumenti per proseguire il suo percorso di guarigione.

Ci sembra inoltre che gli elementi prognostici positivi siano stati: la giovane età; la presenza di buone capacità introspettive e cognitive; una storia di gioco non eccessivamente lunga; il desiderio di confrontarsi con altri giocatori e con professionisti del settore e la voglia di mettersi in discussione; l'assenza di una diagnosi severa (nessun disturbo di personalità); la presenza di una famiglia con cui i rapporti di fiducia non erano irreversibilmente compromessi.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto un esito negativo: G.

G. è un signore di 64 anni che arriva al gruppo “caldamente” invito dai Servizi Sociali di un grande comune del territorio, in accordo con una psicologa che lo incontra ad uno sportello di primo ascolto.

G. ha conseguito la licenza superiore e ha lavorato per anni come imprenditore autonomo; è coniugato e ha due figli adulti, ma al momento della presa in carico i rapporti con la famiglia sono così deteriorati che la moglie non lo vuole più in casa e lui dorme in un dormitorio pubblico. Al momento della valutazione è disoccupato in quanto la ditta che gestiva è fallita (non sono chiari i motivi, lui dice che il gioco non c’entra, ma agli operatori resta il dubbio che non sia proprio così). La storia di gioco di G. è lunga, praticamente gioca da una vita: alle slot machine, ma anche alle scommesse sportive e gli piace andare al casinò. Sembra corrispondere alla descrizione del giocatore d’azione di Guerreschi, amante della sfida e del gioco ad alto rischio. Oggi non ha più nulla, ma non sembra particolarmente disperato, nonostante gli elementi oggettivi, e nutre ancora la forte convinzione che potrà rifarsi di ciò che ha perso. Il gioco, dice, è un modo per fare soldi (“*ho sempre vinto*”).

Mostra anche un modo di comunicare diretto e schietto, a volte fin troppo crudo, con gli operatori come poi con i partecipanti al gruppo.

Il suo ingresso viene fortemente voluto per agganciarlo in un processo terapeutico e dopo i colloqui preliminari svolti con gli inviati e con il giocatore stesso, che decide di accettare la partecipazione al gruppo, ci siamo convinti che gli potesse essere utile e che in qualche modo il gruppo, in cui si trovava già un nucleo di partecipanti piuttosto forte, avrebbe potuto accoglierlo e agganciarlo nel modo migliore. Pertanto G. entra in gruppo a ottobre 2007 (secondo ciclo), ma riesce a partecipare solo a 8 incontri.

Inizialmente infatti si pone come risorsa per i partecipanti (schietto, ironico, si mostra capace di svelare le illusioni dietro cui si nascondono gli altri giocatori), ma ben presto assume un atteggiamento manipolatorio e interrompe la frequenza, in modo improvviso e piuttosto provocatorio, quando gli operatori non colludono di fronte alle sue bugie (non paga alcune sedute perché si gioca la quota e si aspetta che tale comportamento venga coperto di fronte alla moglie, che gli dà i soldi per pagare il treno e la seduta).

Pensiamo che questo caso sia esemplificativo di un fallimento per tanti motivi:

- la motivazione al cambiamento era chiaramente bassa fin da subito e la situazione sociale ed economica estremamente drammatica, ma pensavamo che la partecipazione al gruppo e il rispecchiamento in situazioni in parte simili alla sua potessero aiutarlo a riconoscere il suo problema e a lavorare per cambiare; invece la sua convinzione di potersi ancora rifare e l’atteggiamento manipolatorio lo hanno portato a non usufruire del gruppo e anzi a destabilizzarlo.
- Purtroppo non c’è mai stata la possibilità di fare una valutazione psicodiagnostica accurata del giocatore; non era stato possibile recuperare tutte le informazioni anamnestiche e dal comportamento

attuato in gruppo abbiamo ipotizzato che fosse presente un grave disturbo di personalità, di tipo borderline e antisociale.

Rispetto ai criteri di valutazione dell'esito, ritengo questo caso negativo perché:

- *Capacità di raggiungere l'obiettivo astinenza dal comportamento del gioco o significativa riduzione di esso (in modo da non compromettere il piano di risanamento dei debiti o le finanze individuali e/o familiari nei casi in cui c'è una famiglia).*

G. continua a giocare e non ha nessuna intenzione di smettere né di ridurre il suo comportamento. Smette di giocare solo quando non ha più soldi, ma trova sempre il modo di recuperarli (pur non dicendo come).

- *Capacità e disponibilità ad utilizzare tutte le risorse di aiuto presenti (il SerT per i colloqui di monitoraggio, di psicoterapia e/o di consulenza farmacologica e l'avvocato o il servizio tutela nel caso di attivazione dell'amministrazione di sostegno), nell'ottica del gruppo come episodio di trattamento.*

Il suo uso dei Servizi sembra solo manipolatorio e non realmente orientato a ricevere un aiuto.

- *Capacità di riconoscere le emozioni e il loro significato correlato al comportamento di gioco d'azzardo (primo focus);*

Se volesse, avrebbe le capacità di approfondire il significato emotivo del suo gioco (ad esempio collega il fatto di avere avuto da giovane un infortunio al ginocchio alla delusione e alla rabbia di non aver potuto diventare un giocatore di golf professionista), ma non ci lascia il tempo di approfondire.

- *Capacità di aumentare il livello di autostima individuale e di chiedere in modo più "sano" soddisfazione ai propri bisogni (secondo focus);*

In realtà, G. sembra avere un livello di autostima molto alto, o comunque non si mostra particolarmente preoccupato per i fallimenti avvenuti nella sua vita personale e professionale.

- *Disponibilità a rivedere le proprie posizioni e responsabilità in relazione ai rapporti interpersonali (terzo focus);*

G. riversa la colpa all'esterno: la moglie che è una bacchettona o il socio che lo ha fregato. Fatica a mettere in discussione le sue posizioni.

- *Capacità di saper chiedere aiuto specialistico anche a fronte di una ricaduta dopo tempo (quarto focus).*

Una volta capito che i curanti non possono colludere con lui, abbandona il trattamento.

Pensiamo quindi che giocatori con una storia di gioco eccessivamente lunga, con una diagnosi severa e con una bassa motivazione al cambiamento non possano trarre beneficio da un gruppo di tipo terapeutico.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto un esito dubbio (in cui cioè è difficile valutare l'esito): J.

J. ha 41 anni (nonostante di presenti come un ragazzino) e viene inviato al gruppo dal SerT del territorio. Ha la licenza media e lavora come operaio, con il sogno di lavorare nel mondo dello spettacolo (ha fatto l'animatore per i bambini e ha partecipato a qualche pubblicità televisiva). Fa anche volontariato ("*non sto mai fermo*").

Ha alle spalle una convivenza fallita, a seguito della quale ha sviluppato un disturbo depressivo e ha iniziato a giocare in modo problematico (tre anni prima) alle macchinette, "*per non pensare*" dice. È tornato a vivere con i genitori, con cui ha un cattivo rapporto.

Nonostante abbia giocato forte per pochi anni, ha contratto circa 60.000 euro di debito con finanziarie. Al momento dell'arrivo al servizio gioca solo nel fine settimana, quando ha del tempo libero che non sa come occupare.

Nel colloquio di conoscenza preliminare si presenta motivato e disponibile a partecipare al gruppo, che per lui è la prima esperienza. Vorrebbe tornare quello di prima ed è intenzionato anche a chiedere l'amministratore di sostegno (dice che nessuno della sua famiglia si vuole occupare di lui e del suo problema).

Inizia a frequentare il gruppo durante il secondo ciclo. Inizialmente si mostra motivato a partecipare e pur stando in silenzio per la maggior parte del tempo sembra ascoltare gli altri partecipanti con attenzione. Dopo pochi mesi di frequenza però inizia a "saltare", in particolare dopo una violenta lite con i genitori: si presenta in modo discontinuo alle sedute e non avvisa, oppure chiama o manda messaggi in momenti inopportuni (di notte con sms allarmanti, in cui sembra meditare il suicidio), non si presenta agli appuntamenti fissati al SerT (in particolare con il medico, con cui ha in corso una terapia antidepressiva), diventa persecutorio con tutti gli operatori (l'avvocato non farebbe ciò che è utile a lui rispetto all'amministratore di sostegno, al lavoro c'è un collega che lo importuna e per poco non lo picchia, la famiglia non si interessa a lui e decide di andarsene via e di vivere in macchina finché non trova una nuova sistemazione), non paga le ultime sedute di gruppo a cui partecipa e gioca in modo incontrollato.

Quando i conduttori o gli operatori provano a chiamarlo, non è raggiungibile, ma quando richiama chiede aiuto e sostegno per una serie di problematiche legate al gioco.

Riflettendo su questo caso, ci sembra dubbio in quanto non siamo in grado di dire se l'esito sia negativo o positivo. Dagli elementi emersi al momento ci verrebbe da orientarci sulla valutazione negativa (vedi criteri sottostanti) e che forse una valutazione psicodiagnostica approfondita permetterebbe di comprendere alcuni atteggiamenti del paziente, ma pensiamo anche che forse J. abbia attraversato una fase di grande crisi e che magari possa usufruire del gruppo in un secondo momento, quando la sua situazione sociale ed economica avrà raggiunto un minimo di stabilità (è in attesa di una casa da parte dell'associazione per cui fa volontariato). Inoltre non è stato

ufficialmente dimesso, neppure dal SerT, ed è stata attivata la misura dell'amministratore di sostegno, che non può essere annullata da un giorno all'altro.

- *Capacità di raggiungere l'obiettivo astinenza dal comportamento del gioco o significativa riduzione di esso (in modo da non compromettere il piano di risanamento dei debiti o le finanze individuali e/o familiari nei casi in cui c'è una famiglia).*

J. aveva ridotto il suo comportamento di gioco nel fine settimana, ma dopo una violenta lite con i genitori "salta" e ricomincia a giocare in modo incontrollato.

- *Capacità e disponibilità ad utilizzare tutte le risorse di aiuto presenti (il SerT per i colloqui di monitoraggio, di psicoterapia e/o di consulenza farmacologica e l'avvocato o il servizio tutela nel caso di attivazione dell'amministrazione di sostegno), nell'ottica del gruppo come episodio di trattamento.*

Le risorse ci sono e inizialmente sembra utilizzarle, ma nei momenti di difficoltà sembra nutrire aspettative "magiche" che gli operatori facciano tutto per lui senza che lui si impegni più di tanto.

- *Capacità di riconoscere le emozioni e il loro significato correlato al comportamento di gioco d'azzardo (primo focus);*

Riesce a riconoscere la frustrazione vissuta in famiglia fin da piccolo, dove non si è mai sentito davvero amato e accolto, e si apre nel racconto al gruppo, pur faticando ad approfondire le sue emozioni più profonde.

- *Capacità di aumentare il livello di autostima individuale e di chiedere in modo più "sano" soddisfazione ai propri bisogni (secondo focus);*

J. sembra avere un livello di autostima basso, ma non abbiamo con lui in gruppo il tempo sufficiente per approfondire questo focus.

- *Disponibilità a rivedere le proprie posizioni e responsabilità in relazione ai rapporti interpersonali (terzo focus);*

J. è molto arrabbiato con la famiglia, ma anche in quest'area non abbiamo il tempo di comprendere bene la sua storia.

- *Capacità di saper chiedere aiuto specialistico anche a fronte di una ricaduta dopo tempo (quarto focus).*

J. chiede aiuto ai servizi, ma non riesce a tenere con costanza il trattamento.

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

- attenzione alla selezione e al processo di diagnosi psicologica e psichiatrica;
- lavorare il più possibile in rete con altri servizi (il gruppo da solo non basta).

GRUPPO PSICOEDUCATIVO PER FAMILIARI DI GIOCATORI D'AZZARDO

Contributo di
Anna Colombo, assistente sociale,
e Roberta Smaniotto, psicologa psicoterapeuta



Conduttori: Anna Colombo (AS SerT di Parabiago e Socia AND) e Roberta Smaniotto (psicologa psicoterapeuta Associazione AND)

Il gruppo accoglie:

- solo familiari

DATI ORGANIZZATIVI

Orario di svolgimento? 17.30 – 19.00

Luogo? SerT di Parabiago

Durata incontri? 1 ora e mezza ciascuno

Frequenza incontri? Quindicinale

ULTERIORI TRACCE PER DESCRIVERLO

Quando è nato? Nel 2009

In che contesto? Da una collaborazione tra SerT di Parabiago e Associazione AND – Azzardo e Nuove Dipendenze, all'interno del progetto "Reti familiari" (finanziamento dalla Provincia di Milano a sostegno di progetti innovativi

rivolti a nuclei familiari, famiglie a rischio di fragilità e famiglie gravate da responsabilità di cura), seguito del progetto “Reti d’azzardo” realizzato dal 2004 al 2006 sui Distretti 4 e 5 di Castano e Legnano.

Con quali obiettivi? Offrire uno spazio informativo e di sostegno specifico per i familiari dei giocatori patologici, finalizzato a fornire loro strumenti innovativi di intervento per contrastare la patologia del gioco d’azzardo patologico e a trovare strategie efficaci per recuperare la stima di sé

Ci sono teorie di riferimento cui il gruppo si ispira? Abbiamo preso spunto dalla teoria sistemica, utilizzando anche strumenti psicoeducativi.

Aperto, chiuso? Chiuso

Chi entra? Mogli/compagne di giocatori d’azzardo patologici

Come entra? Tramite selezione degli operatori che hanno in carico il nucleo familiare

C’è un pagamento? Se sì, quanto? Per quale motivo si paga? No

Vi sono regole di accesso? Frequenza costante

E’ richiesta astinenza? No

Durata del percorso? 6 incontri

Quante persone lo possono frequentare simultaneamente? Cioè, c’è un numero minimo/massimo? Minimo 4 massimo 8

Obbligo di frequenza? E’ richiesta la costanza nella frequenza

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall’attivazione ad oggi)

E’ stata svolta una sola edizione.

Quante persone sono entrate complessivamente dall’inizio? 4

Quali le loro caratteristiche?

Età? Minima 26 anni, massima 38 con una media di 33 anni

Lavoro? Lavorano tutte stabilmente, come dipendenti

Sesso? Tutte donne

Ruolo in famiglia? Tutte mogli, 2 di loro anche mamme, 1 in attesa del primo figlio

Gioco problematico? Del congiunto, 2 macchinette, 1 macchinette e scommesse sportive e ippiche, 1 scommesse ippiche

Avevano in corso altri trattamenti/interventi? Se sì, quali e dove? Erano tutte in carico al SerT di Parabiago

Quante hanno concluso la loro frequenza al gruppo? 3 su 4
Come si è chiusa la loro partecipazione? 3 hanno concluso il percorso; 1 ha interrotto per gravidanza a rischio
Motivo di uscita? Chiusura gruppo
Dimissioni concordate? Sì
Drop out? No
E' stato fatto un follow up dopo l'uscita? Se sì, come e con quali esiti? Sì, dopo 3 mesi, con un incontro di gruppo finalizzato a verificare cosa era successo nei mesi successivi alla chiusura del gruppo e a valutare se da parte loro ci fosse una richiesta di proseguire un percorso

VALUTAZIONE DI ESITO

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto un esito positivo

C. ha 36 anni quando partecipa al gruppo, è moglie di un giocatore e madre di una bimba di tre anni. Insieme al marito ha svolto al servizio il percorso di psicoeducazione nell'aprile 2008 e si è assunta la gestione economica familiare svolgendo un ruolo di controllo economico sul marito.

C. è la maggiore di 4 figli, la famiglia è emigrata dal sud Italia nell'interland milanese; poi i genitori sono rientrati al sud e lei si è occupata dei fratelli.

Ha conosciuto il marito nel 1998, si sono sposati a luglio del 2005 e a gennaio 2006 è nata la loro prima figlia.

Nel corso del trattamento terapeutico al servizio la signora manifesta sintomi depressivi e, a seguito di un episodio di assunzione incongrua di farmaci, viene portata in pronto soccorso e viene inviata al CPS per una terapia psicologica a cui la signora non aderisce.

C. è da sempre stata abituata ad occuparsi degli altri, ha cresciuto i fratelli più piccoli quando, dopo l'emigrazione al nord, i genitori sono tornati a casa. Si è sempre occupata da sola della figlia in quanto il marito risultava carente rispetto alle capacità di trascorrere del tempo e di accudire la bambina; molto raramente stava solo con lei e per brevissimo tempo. Il doversi occupare anche della patologia del marito, della gestione e del controllo finanziario, ha rappresentato per C. un fattore ulteriore di stress.

Quando le è stato proposto il gruppo partner nel gennaio 2009 ha subito accolto la proposta positivamente. Nel corso del gruppo è riuscita a raccontare di sé e del proprio disturbo d'ansia di cui da sempre soffre riuscendo anche ad attribuire al marito la capacità di essere riuscito sempre a tranquillizzarla nel corso della loro storia.

Il percorso di gruppo le è servito a riconoscere alcune caratteristiche personali e a maturare l'idea di attivare spazi per sé.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto un esito negativo

F. ha 26 anni quando partecipa al gruppo. Da un anno è coniugata con M. giocatore patologico di 31 anni in carico al servizio dal giugno del 2007. F. è figlia di un padre alcolista deceduto per patologie alcolcorrelate. Lei con la madre ha sempre frequentato i gruppi di alcolisti anonimi nella sezione dei familiari. E' a conoscenza del problema del marito da quando il problema si è manifestato nel corso del loro fidanzamento. Da subito lo accompagna al servizio, fa con lui la psicoeducazione e svolge in modo adeguato la gestione del denaro pur non essendo ancora in quel momento la moglie. I familiari di M. non sono mai venuti al servizio. Nonostante la problematica da cui M. riesce a rimanere astinente, pur con alcune ricadute, F. decide di portare a termine il progetto del loro matrimonio già programmato da molti anni. La loro casa sarà a fianco dell'abitazione della madre e della nonna di lei. Per le caratteristiche di co-dipendenza si è ritenuto che F. potesse partecipare al gruppo partner e trarne un buon insegnamento; nella fase del gruppo, tuttavia, F. è in stato di gravidanza. Proprio la sua condizione, la fase della vita che stava vivendo, oltre che l'età molto differente rispetto alle altre partecipanti, sono caratteristiche che hanno portato F. ad investire poco sul gruppo. I suoi interventi denotavano giustamente attenzione ad altro e le sue prospettive future erano chiaramente lontane da quanto si stava affrontando. A causa di alcuni problemi sopravvenuti in gravidanza inoltre ha dovuto saltare anche alcuni incontri.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto un esito dubbio (in cui cioè è difficile valutare l'esito)

P. ha 36 anni quando inizia la partecipazione al gruppo, è moglie di un giocatore e non ha figli. Insieme al marito frequenta il gruppo per giocatori e familiari di AND di Varese e sta effettuando il percorso di presa in carico al SerT di Parabiago.

Ha già effettuato un percorso come familiare presso GamAnon, qualche anno fa quando il marito ha frequentato per 4 anni i GA. Hanno di nuovo chiesto aiuto, in seguito ad una ricaduta del marito nel gioco.

P. è stata colei che ha saldato gli ingenti debiti del marito, vendendo delle sue proprietà.

E' figlia di una signora con un disturbo bipolare. Ha conosciuto e frequenta il marito da quando ha circa 15 anni: dichiara che il marito l'ha molto aiutata ad emanciparsi. Attualmente è molto autonoma: dopo il lavoro, frequenta la palestra, un corso di danza del ventre e dichiara di avere pochi interessi (se non nessuno) che condivide con il marito.

Durante la frequenza al gruppo di Varese, presente il marito, non parla quasi mai (e poco si capisce di quanto pensa e di quanto sta apprendendo del percorso grupppale); quando le viene proposto il gruppo partner, accetta la proposta positivamente.

Nel corso del gruppo ha raccontato un po' di sé e del suo rapporto di coppia, anche se in più occasioni, si è molto difesa quando, attraverso le attivazioni, correva il rischio di riconoscersi nella partner co-dipendente.

Al termine del percorso (e già prima al SerT di Parabiago) è stato suggerito a lei e al marito di fare due percorsi separati per riflettere sul loro rapporto di coppia: per ora si è attivato il marito.

Avete effettuato il follow up sui casi descritti? Se sì, come? Con un incontro di gruppo a distanza di 3 mesi e alcune telefonate di monitoraggio successive.

Nel presentare questi casi, oltre alla storia clinica dei pazienti e a tutto quanto concerne la comprensione della loro situazione, è opportuno anche fermarsi a riflettere per identificare e declinare elencandoli quelli che nei casi specifici sono stati i criteri di valutazione che avete adottato per decretare il vostro giudizio (positivo, negativo o dubbio).

Potete identificare delle correlazioni tra gli interventi terapeutici/educativi effettuati e i risultati di cambiamento ottenuti (anche in relazione ai criteri identificati)?

In altre parole, cosa ha funzionato? Cosa non ha funzionato? E a vostro avviso perché?

COSA HA FUNZIONATO:

Co-conduzione; presenza di sole partner; a tempo determinato e breve; piccolo gruppo; tra le partecipanti si è creata una relazione di amicizia anche esterna al gruppo; per affrontare questa patologia, non ci si può concentrare solo sul giocatore; non si può non prendere in carico anche le partner, e non solo perché sono mogli.

Per alcune di loro aver avuto uno spazio per sé è servito a riflettere su degli aspetti propri che da sempre si manifestano nella relazione di coppia ma non sono funzionali alla risoluzione della problematica di dipendenza da gioco.

Mettersi in relazione come persona che vive con un partner giocatore patologico è molto diverso che richiedere un intervento d'aiuto perché "mio marito è un giocatore". Il gruppo è servito per comprendere maggiormente il bisogno per ciascuna di loro di avere/cercare un percorso di cura o uno spazio personale come donne/personone che vogliono raggiungere un obiettivo che le gratifichi.

COSA NON HA FUNZIONATO:

Difficoltà nella chiusura del gruppo da parte degli operatori; difficoltà a mantenere un taglio psicoeducativo già dal secondo incontro; impatto emotivo forte inaspettato per le operatrici; inserimento in gruppo di una moglie proiettata sulla sua gravidanza.

Infine, da queste riflessioni, complessivamente quali indicatori prognostici ritenete che siano da ritenersi utili in considerazione con questo tipo di pazienti?

Capacità introspettiva di lavorare sulla propria codipendenza.

Una presa in carico della situazione familiare in precedenza. Non può essere l'unico intervento e nemmeno il primo.

E quali gli indicatori generali di valutazione per decretare il successo/insuccesso terapeutico?

Rispetto al gruppo: il buon livello di gradimento manifestato dalle partecipanti; l'alto coinvolgimento emotivo durante gli incontri di gruppo; l'esito del breve questionario proposto alle donne nell'ultimo incontro; la restituzione delle stesse nell'incontro di follow up.

Rispetto ai singoli: avere già avuto la possibilità di una presa in carico della situazione in cui già diversi argomenti e problematiche connesse al giocatore erano state trattate. Ora era il momento da dedicare a sé stesse. Prima ci si è occupati del problema in generale e si sono già attivati diversi interventi (psicoeducazione, gestione controllata del denaro, tutoraggio, monitoraggio del partner, frequenza in gruppo, ecc.).

I GRUPPI PER GIOCATORI E PER I LORO FAMILIARI DEL SERVIZIO TERAPEUTICO RIABILITATIVO AMBULATORIALE “PLAY OFF”

Contributo di:

**Deborah Boni, psicologa psicoterapeuta PLAY OFF
(GRUPPO ARCO s.c.s.)**

Luca Giachero, psicologo psicoterapeuta PLAY OFF (DPD ASL TO1)

**Francesca Rossi, psicologa psicoterapeuta PLAY OFF (DPD ASL
TO1)**



IL CONTESTO

PLAY OFF nasce dalla collaborazione tra il Gruppo Arco s.c.s., a cui appartiene la titolarità, ed il Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ASLTO1 Ovest di Via Monte Ortigara 95, con l'intento di fornire un intervento specialistico in risposta alle problematiche legate alla dipendenza da gioco d'azzardo.

Particolare elemento di novità è la co-progettazione e la co-gestione dell'intervento tra Ente Pubblico e Privato Sociale, che ha permesso di confrontarsi mettendo in comune le esperienze pluriennali maturate nell'ambito delle dipendenze patologiche.

PLAY OFF è stato attivato nel 2007 con il finanziamento ottenuto dal Fondo d'Intervento per la Lotta alla Droga ex art. 1 Legge 18-02-99 n. 45, che ha permesso di sostenere l'attività del biennio 2007-2008. Dal 2009 è finanziato con il fondo del Piano Locale delle Dipendenze (PLD).

PLAY OFF propone un percorso terapeutico gratuito, della durata di tre mesi e in orario preserale, per permettere ai pazienti di mantenere il più possibile i propri impegni familiari e lavorativi.

Le attività terapeutiche di gruppo rivolte ai giocatori si svolgono il lunedì e il giovedì dalle ore 18.30 alle 21.30, ogni 15 giorni anche il mercoledì con stesso orario. Nella stessa sede, il gruppo per i familiari si tiene il martedì dalle ore 18.30 alle 20.00.

L'intervento si articola nelle seguenti attività:

- **Gruppi tematici per giocatori** (gruppo di condivisione, gruppo tutoraggio economico, gruppo tempo libero e gruppo post-seminario informativo)
- **Gruppi psicoterapeutico**
- **Gruppi di sostegno per i familiari**
- Seminari informativi su tematiche inerenti al GAP
- Colloqui di Accoglienza
- Colloqui di psicodiagnosi
- Colloqui di sostegno psicologico individuali
- Colloqui di consulenza familiare e di coppia
- Consulenza medica e psicofarmacologica
- Consulenza individuale e di gruppo per la gestione del denaro
- Tutoraggio economico

Tra un'attività di gruppo e l'altra, vi è lo **Spazio di socialità** è un tempo di aggregazione informale, prezioso per creare e rafforzare i legami tra i componenti del gruppo e tra il gruppo e gli operatori.

Tale progetto nasce con l'intento di:

- Offrire opportunità di trattamento specifico ai giocatori patologici che non si riconoscono nella tipologia dei pazienti afferenti ai SerT e/o alle Comunità Terapeutiche
- Informare rispetto ai rischi correlati al GAP favorendo la consapevolezza nel target del territorio preso in considerazione
- Migliorare le capacità degli utenti e dei loro familiari nel riconoscere ed inquadrare le determinanti psicologiche, relazionali e sociali sottese all'emergere di tale dipendenza
- Promuovere nei giocatori patologici il cambiamento delle modalità nell'affrontare il proprio disagio
- Promuovere nelle famiglie la capacità di contenimento e di supporto del giocatore
- Favorire la graduale capacità di mantenersi astinenti dall'attività di gioco e di riappropriarsi della gestione consapevole ed equilibrata del denaro

LA CARTA DI IDENTITA' DEI GRUPPI

1. GRUPPI PER I GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI

Elementi comuni a tutti i gruppi per giocatori patologici del percorso terapeutico di Play Off sono:

Dati organizzativi

Luogo: i locali di Play Off, presso il Gruppo Arco s.c.s. in Via Luigi Capriolo 18, Torino

Durata incontri: modulo di trattamento di tre mesi

Il gruppo accoglie: solo giocatori

ULTERIORI TRACCE PER DESCRIVERLI

Quando è nato: luglio 2007

In che contesto: percorso terapeutico di Play Off

Aperto/chiuso: il gruppo è chiuso rispetto al modulo di tre mesi, ma aperto rispetto alla ripetibilità dei moduli

Chi entra: giocatori d'azzardo patologici puri

Come entra: dopo la fase di Accoglienza e la valutazione circa l' idoneità a frequentare il percorso terapeutico di Play Off

A pagamento: il percorso terapeutico di Play Off è gratuito

Regole di accesso: disponibilità a frequentare con regolarità e continuità gli incontri previsti nel modulo di tre mesi, coinvolgimento di un familiare di riferimento nel percorso terapeutico e nell'attività di tutoraggio economico

Astinenza dall'attività di gioco: no

Durata del percorso: tre mesi

Numero persone che lo possono frequentare simultaneamente: da un minimo 3 ad un massimo di 12 persone

Obbligo di frequenza: si

Elementi specifici dei diversi gruppi del percorso terapeutico di Play Off sono:

Gruppo tutoraggio economico

Conduttori: dr.ssa Deborah Boni (psicologa, psicoterapeuta), Silvia Vitale (educatrice professionale)

Orario di svolgimento: lunedì dalle ore 18.45 alle ore 20.00

Frequenza incontri: una volta a settimana

Obiettivi: questo gruppo si propone di far emergere comportamenti, aspetti e tendenze dei giocatori che intervengono nella errata gestione del denaro. Si intende quindi far acquisire loro un uso responsabile del denaro

Gruppo psicoterapeutico

Conduttori: dr.ssa Francesca Rossi (psicologa, psicoterapeuta) con la dr.ssa Federica Gianotti (psicologa, tirocinante specializzanda) con la funzione di recorder

Orario di svolgimento: lunedì dalle ore 20.15 alle ore 21.30

Frequenza incontri: una volta a settimana

Obiettivi: confronto, condivisione e acquisizione di una maggiore consapevolezza rispetto alle dinamiche sottese alla dipendenza patologica

Teorie di riferimento a cui il gruppo si ispira: teoria e tecnica gruppoanalitica

Gruppo di condivisione

Conduttori: dr Luca Giachero (psicologo, psicoterapeuta), Silvia Vitale (educatrice professionale)

Orario di svolgimento: giovedì dalle ore 18.45 alle ore 20.00

Frequenza incontri: una volta a settimana

Obiettivi: in gruppo si affrontano le difficoltà incontrate nel controllare il sintomo, durante la quotidianità, da soli, in famiglia, sul lavoro e nelle attività sociali. In tale spazio si ha l'occasione di lavorare nell'ottica

dell'alfabetizzazione emotiva: imparare a riconoscere il proprio mondo emotivo attraverso un lavoro di condivisione dell'esperienza e del proprio personale modo di entrare in contatto con le emozioni e di esprimerle

Gruppo tempo libero

Conduttori: dr Luca Giachero (psicologo, psicoterapeuta), dr.ssa Francesca Olivero (educatrice professionale)

Orario di svolgimento: giovedì dalle ore 20.15 alle ore 21.30

Frequenza incontri: una volta a settimana

Obiettivi: il gruppo è incentrato sull'analisi, la valutazione e la programmazione delle attività che il giocatore svolgerà nel tempo libero, momenti in cui è sospeso l'impegno lavorativo, e in cui è più facile annoiarsi e farsi tentare dal gioco. Per affrontare il "grande vuoto", si offre l'opportunità di condividere i vissuti e di apprendere una corretta gestione e organizzazione del tempo, in modo da poter svolgere attività creative, che coinvolgano famiglia e rete sociale

Seminario informativo

Conduttori: dr.ssa Deborah Boni (psicologa, psicoterapeuta), Silvia Vitale (educatrice professionale) e dr.ssa Francesca Olivero (educatrice professionale)

Orario di svolgimento: mercoledì dalle ore 18.45 alle ore 21.30

Frequenza incontri: una volta ogni 15 giorni

Obiettivi: il seminario informativo si propone di fornire ai giocatori informazioni utili a comprendere, conoscere e affrontare la dipendenza da gioco. Prevede l'utilizzo di materiale informativo (articoli, film, slides...) su tematiche attinenti il gioco d'azzardo. Segue alla parte informativa, un gruppo di confronto, il cui intento è quello di creare un dibattito sul tema trattato, al fine di condividere l'opinione e l'esperienza di ciascun membro

Gli utenti inseriti nel percorso di Play Off partecipano a tutti i gruppi sopra descritti per tutta la durata del modulo di trattamento. I gruppi si tengono nelle serate del lunedì e giovedì, sono uno di seguito all'altro con una pausa di circa un quarto d'ora. I giocatori partecipanti al gruppo sono sempre gli stessi per ogni serata e per tutto il modulo di trattamento, all'interno delle attività della stessa serata c'è solo una rotazione di operatori

2. GRUPPI PER I FAMILIARI

Conduttori: dr.ssa Deborah Boni (psicologa/psicoterapeuta) e dr.ssa Francesca Rossi (psicologa/psicoterapeuta)

Il gruppo accoglie: solo familiari

Dati organizzativi

Orario di svolgimento: martedì dalle ore 18.45 alle ore 20.00

Luogo: i locali di Play Off, presso il Gruppo Arco s.c.s. in Via Luigi Capriolo 18, Torino

Durata incontri: modulo di trattamento di tre mesi

Frequenza: una volta ogni 15 giorni

ULTERIORI TRACCE PER DESCRIVERLI

Quando è nato: luglio 2007

In che contesto: percorso terapeutico di Play Off

Obiettivi: dare sostegno ai familiari, favorire il confronto e la condivisione delle difficoltà incontrate nella gestione della problematica, stimolare la riflessione sul ruolo occupato rispetto allo svilupparsi della dipendenza, motivare il giocatore alla cura e sostenerlo nel trattamento, collaborare nell'attività di tutoraggio economico

Teorie di riferimento a cui il gruppo si ispira: teoria e tecnica gruppoanalitica e approccio sistemico-relazionale

Aperto, chiuso: gruppo chiuso rispetto al modulo di tre mesi, ma aperto rispetto alla ripetibilità dei moduli

Chi entra: i familiari dei giocatori d'azzardo patologici in trattamento e/o i familiari di giocatori non ancora giunti al servizio

Come entra: dopo un colloquio conoscitivo e la valutazione di idoneità all'inserimento nel percorso

A pagamento: il percorso terapeutico di Play Off è gratuito

Regole di accesso: disponibilità a frequentare con regolarità e continuità gli incontri previsti nel modulo di tre mesi e a collaborare al tutoraggio economico

Durata del percorso: tre mesi

Numero di persone che lo possono frequentare simultaneamente: da un minimo 3 ad un massimo di 12 persone

Obbligo di frequenza: sì

SECONDO BLOCCO DI NOTIZIE

1. GRUPPI PER I GIOCATORI D'AZZARDO PATOLOGICI

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

Quante persone sono entrate complessivamente dall'inizio: 27 (al 31/12/2009)

Quali le loro caratteristiche: giocatori puri

Età: 18-29: 1 (4%); 30-39: 10 (36%); 40-49: 6 (22%); 50-59: 8 (30%); 60-69: 2 (8%); più di 70: 0

Lavoro: Operaio: 10; impiegato: 6; imprenditore/libero professionista: 6; commerciante: 3; pensionato: 1; casalinga: 1

Sesso: 24 uomini e 3 donne

Ruolo in famiglia: sposato/a o convivente con figli: 12; sposato/a o convivente senza figli: 2; single nucleo autonomo: 1; single famiglia d'origine: 6; separato o divorziato con figli: 6; separato o divorziato senza figli: 0

Gioco problematico: Videopoker: 18 (67%); Casinò: 2 (7%); Ippica: 6 (22%); Lotto: 1 (4%)

Avevano in corso altri trattamenti/interventi: no

Quante hanno concluso la loro frequenza al gruppo: 23

Come si è chiusa la loro partecipazione: 22 persone hanno concluso almeno un modulo di trattamento, 5 persone hanno abbandonato il percorso, 13 persone hanno frequentato 2 o più moduli

Motivo di uscita: difficoltà di modificare o ridurre gli impegni lavorativi per frequentare con regolarità le attività di Play Off (debiti di gioco, famiglia a carico, contratti di lavoro che non prevedono il GAP come patologia), gestione degli impegni familiari (turni lavorativi alternati tra i coniugi, accudimento dei figli e dei genitori anziani, etc.), collaborazione assente o ambivalente dei familiari e in taluni casi situazioni di co-dipendenza e difficoltà a controllare il sintomo

Dimissioni concordate: 9 persone

Drop out: 5 persone

Follow up dopo l'uscita: per 7 persone, colloquio individuale o telefonico con il giocatore o il familiare, 2 persone hanno riferito di giocare saltuariamente in maniera più contenuta

DEMOGRAFIA ATTUALE

Quante persone sono attualmente presenti: 9

Da quanto tempo frequentano il gruppo: inizio ultimo modulo di trattamento il 16/11/2009 e termine il 18/02/2010; 2 persone sono al quarto modulo, 1 persona è al terzo modulo, 2 persone sono al secondo modulo, 4 persone sono al primo modulo

Quali le loro caratteristiche: giocatori puri

Età: 23, 34, 38, 39, 42, 45, 46, 55, 55,

Lavoro: Operaio: 4; impiegato: 1; imprenditore/libero professionista: 4

Sesso: tutti uomini

Ruolo in famiglia: sposato/a o convivente con figli: 5; sposato/a o convivente senza figli: 1; single famiglia d'origine: 1; separato o divorziato con figli: 2

Gioco problematico: ippica: 3, casinò: 1, videopoker: 5

Avevano in corso altri trattamenti/interventi: no

E' stato concordato un follow up dopo l'uscita: si. E' previsto il mantenimento del contatto col servizio attraverso colloqui individuali

2. GRUPPI PER I FAMIGLIARI

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

Quante persone sono entrate complessivamente dall'inizio: 29 (al 31/12/2009)

Sesso: 4 uomini e 25 donne

Ruolo in famiglia: madri: 6; padri: 3; fratelli: 1; sorelle: 6; mogli/conviventi: 12; figlie: 1

Avevano in corso altri trattamenti/interventi: no

Quante hanno concluso la loro frequenza al gruppo: 22

Come si è chiusa la loro partecipazione: 22 persone hanno concluso almeno un modulo di trattamento, 7 persone hanno abbandonato il percorso, 10 persone hanno frequentato 2 o più moduli

Motivo di uscita: difficoltà di modificare o ridurre gli impegni lavorativi e famigliari per frequentare con regolarità le attività di Play Off e in taluni casi situazioni di co-dipendenza

Dimissioni concordate: 13 persone

Drop out: 10 persone

DEMOGRAFIA ATTUALE

Quante persone sono attualmente presenti: 6

Da quanto tempo frequentano il gruppo: inizio ultimo modulo di trattamento il 16/11/2009 e termine il 18/02/2010; 1 persona è al quarto modulo, 1 persona è al secondo modulo, 4 persone sono al primo modulo

Sesso: tutte donne

Ruolo in famiglia: madri: 3; sorelle: 1; mogli/conviventi: 2

Avevano in corso altri trattamenti/interventi: no

E' stato concordato un follow up dopo l'uscita: Si. E' previsto il mantenimento del contatto col servizio attraverso colloqui individuali

VALUTAZIONE DI ESITO

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto/sta ottenendo un esito positivo:

Il caso del sig. B.

Accesso al Servizio e presa in carico

Il signor B. all'età di 51 anni, si presenta nel giugno del 2007 all'Accoglienza del DPD, accompagnato dal fratello e da un amico, padre di un ex utente del SerT, che aveva individuato nell'ambulatorio un possibile luogo di cura.

Si presenta con una domanda di urgenza connessa al fatto che da due giorni era stato cacciato di casa dal fratello e viveva per strada. Richiede un inserimento in una comunità, che lo contenga e lo protegga dalla compulsione al gioco, motivando tale richiesta per i profondi sensi di colpa provati nei confronti del fratello che dice aver condotto alla rovina economica.

Terminato l'iter di valutazione, l'equipe decide che il paziente è idoneo per l'inserimento nel percorso terapeutico di Play Off.

Anamnesi

Dall'anamnesi si evince che B. ha due sorelle, entrambe coniugate, e un fratello con cui convive al momento della presa in carico.

Il padre è deceduto a causa di un incidente sul lavoro quaranta anni fa, la madre del paziente è invece deceduta da circa venti anni.

In seguito alla precoce scomparsa del padre, la madre del paziente non si rivela in grado di provvedere alle esigenze dei suoi figli. Il nucleo familiare viene quindi preso in carico da parte dei Servizi Sociali, che intervengono

inserendo i figli minori in istituto. Anche B. viene inserito all'età di 9 anni in un collegio, rimanendovi fino all'età di 14 anni.

Narra di aver vissuto in una famiglia unita, ricorda come tra il padre e la madre ci fosse una buona intesa e ricorda un padre affettuoso e presente nell'educazione dei figli: racconta, commuovendosi, di un padre che quando la sera tornava a casa da lavoro e i figli gli correvano incontro, li abbracciava e coccolava tutti.

B. racconta che nel periodo dell'istituzionalizzazione vede la madre solo nei fine settimana, ad eccezione del fratello C., che è nel suo stesso collegio.

Con vergogna racconta di aver messo in atto dinamiche "ribelli", per tale comportamento ha ripetuto tutte e cinque le classi elementari, riuscendo a conseguire la licenza elementare solo all'età di 13 anni. Quando all'età di quattordici anni esce dal collegio, torna a casa e trova un primo impiego come manovale. Da quel momento fino alla morte della madre, B. ha sempre consegnato il suo stipendio alla madre, lasciando che fosse quest'ultima ad amministrarglielo.

Quando il paziente si presenta all'Accoglienza del Servizio, il suo nucleo familiare è di fatto composto da lui e da suo fratello C., con il quale condivide l'abitazione e la gestione economica. Entrambi, dalla loro uscita dal collegio, hanno sempre vissuto all'interno della famiglia di origine e pur avendo avuto entrambi alcune relazioni sentimentali significative, queste non si sono mai consolidate nella creazione di un nucleo familiare autonomo.

B. ha intrattenuto per nove anni una relazione affettiva importante con una donna, relazione che si è conclusa a seguito delle richieste di lei di stabilizzare il rapporto, che non hanno visto in lui una pari determinazione. L'interruzione di tale relazione è avvenuta immediatamente dopo il decesso della madre di B., per il quale è venuta a mancare la figura che lo gestiva e proteggeva.

B. negli anni della dipendenza da gioco mette in atto dei tentativi anticonservativi.

Nel 2006 rimane vittima con il fratello di un grave incidente stradale.

Il sintomo

B. riferisce di aver iniziato a giocare ai cavalli trenta anni fa, in compagnia del cognato, marito della sorella maggiore.

B. racconta di aver intensificato l'attività di gioco, che a suo dire era stata per lo più costituita da episodi sporadici e contenuti, dal 1990 in avanti, a seguito della morte della madre, e di essere progressivamente rimasto sempre più invischiato tanto da perdere una sostanziosa quantità di denaro. Nel corso del tempo ha contratto numerosi debiti, che non è stato possibile affrontare con le normali entrate derivate dallo stipendio suo e del fratello.

Negli anni a seguire B. sviluppa una dipendenza da gioco, tale da interferire nella gestione della quotidianità, si disinteressa della casa, della famiglia e del lavoro.

Contrae debiti, sottrae denaro al fratello arrivando a rendere impossibile il pagamento dell'affitto dell'abitazione di residenza, ricevendo di conseguenza lo sfratto. Tale evento spinge il fratello a cacciarlo di casa, azione che sembra da un lato spaventare molto B. dall'altro motivarlo, finalmente, alla cura.

Al momento dell'Accoglienza B. non è in grado di provvedere al proprio mantenimento e al pagamento dell'affitto della casa popolare in cui abita, avendo maturato un debito di quasi 18000 euro.

E' possibile ipotizzare che la morte della madre abbia privato B. del controllo esterno, che gli aveva consentito di porsi dei limiti nel gioco e abbia evidenziato delle carenze importanti nell'ambito dello sviluppo dell'autonomia. Nello specifico è possibile ipotizzare che la perdita, non mentalizzabile ed elaborabile, abbia riattivato vissuti abbandonici e conseguenti vissuti di disvalore (presumibilmente connessi alla sua storia di vita, segnata di fatto da un'istituzionalizzazione in età infantile) che sono esitati in comportamenti autodistruttivi, per l'appunto il gioco, la cui compulsione è andata via via incrementandosi.

Osservazioni cliniche

Appare fin dal primo colloquio come vi sia stato un rapporto fortemente dipendente con la madre, inoltre emerge un rapporto invischiato e morboso, di dipendenza e contro dipendenza con il fratello.

Sembra si tratti di una personalità immatura con tratti compulsivi con poche risorse sul piano intellettivo e a rischio di agiti. Pare che il tema della disperazione, che coinvolge la coppia dei fratelli, sia solo in apparenza mentalizzata da B., ma piuttosto evacuata in agiti sul versante compulsivo e/o sadico manipolativi fortemente immaturi.

Durante il percorso terapeutico è stato fin da subito evidente come per B. fosse molto doloroso raccontarsi e ricordare la propria infanzia.

Pur essendo in grado di riferire i principali eventi significativi della sua vita, rimane molto in superficie, sembra non riuscire a reggere il grado di angoscia da essi evocato.

Al momento della presa in carico B. è molto dipendente dal fratello minore non solo da un punto di vista emotivo ma anche sotto tutti gli aspetti pratici del vivere quotidiano: è C. che si occupa sia della gestione economica che dell'andamento della casa. A tutt'oggi B. non sembra in grado di provvedere autonomamente a sé.

All'interno del gruppo B. ha strutturato una relazione con i pari, incentrata sul controllo, che parrebbe aver utilizzato come difesa per poter affrontare i momenti in cui la sua emotività veniva maggiormente sollecitata: controllare gli altri lo faceva sentire protetto e al sicuro.

Durante il percorso è stato possibile individuare alcuni nodi critici rispetto alla terapia.

B. si è mostrato fin da subito incapace di tollerare l'aspetto del piacere connesso al gioco, tanto da censurarlo attivamente tutte le volte che tale aspetto emergeva nel gruppo anche nei discorsi degli altri partecipanti. E' stata inoltre evidente la fatica di B. nel relazionarsi con le figure femminili, che si esplicava nell'intollerabilità espressa nei confronti di comportamenti messi in atto dalle donne del gruppo (episodi di gioco, bugie, voglia di giocare, etc..), in misura assai maggiore rispetto agli stessi comportamenti messi in atto o dichiarati dagli uomini. La relazione altamente conflittuale con l'unica donna in percorso, che per lui sembra rappresentare l'incarnazione della tentazione

di giocare e la paura della ricaduta, sarà una delle motivazioni che lo porterà a concludere il percorso terapeutico.

B. presenta importanti limiti cognitivi ed affettivi, che lo costringono ad un funzionamento relazionale rigido e primitivo. La ricaduta per lui sarebbe un fallimento insostenibile, di fronte alla paura che questo possa accadere, altro non riesce a fare che agire un comportamento istintuale: la fuga.

Si è inoltre notato, come in concomitanza con la conclusione dei moduli di trattamento, si riattivassero in B. vissuti abbandonaci, di portata tale da esitare in aggressività eterodiretta, agita sia secondo il meccanismo del "abbandono io prima di essere abbandonato", sia mediante agiti verbali nei confronti, tanto degli operatori quanto degli altri partecipanti.

Si è anche verificato un unico episodio di tentativo di aggressione fisica, facilmente contenuto, contro un compagno di percorso con il quale si era verificato un malinteso.

Durante il gruppo psicoterapeutico B. si è fatto sempre portavoce di un'istanza normativa, sia nei confronti degli altri membri del gruppo, sia nei confronti di sé stesso. I suoi interventi si articolano all'interno dei poli del "si deve fare"/ "non si deve fare" riportando durante le sedute quanto appreso negli altri momenti di Play Off, in particolar modo ripete più e più volte le strategie che gli erano state insegnate per evitare le occasioni di gioco e le consiglia in modo "agguerrito" ai suoi compagni.

Inizialmente si racconta come un uomo molto timido, poco avvezzo all'esporsi ed al parlare di sé, ma già dal secondo modulo da lui frequentato afferma a gran voce di aver trovato nello spazio terapeutico e nell'equipe un sostegno fondamentale, che gli ha permesso di esporsi in prima persona, di raccontarsi e quindi di risolvere i suoi problemi e di "tornare a vivere".

In molteplici occasioni, come già detto, ha mostrato di non riuscire a tollerare l'espressione di emozioni e sentimenti ambivalenti nei confronti della voglia di giocare da parte degli altri membri del gruppo, arrivando ad esplicitare in modo perentorio di non voler sentire parlare del piacere che il giocare d'azzardo procura o procurava ai pazienti. In tal senso non solo mostra verbalmente la volontà di "censurare" alcuni argomenti all'interno del gruppo, ma qualora gli altri avessero portato durante le sedute tali vissuti si arrabbia visibilmente e si isola fisicamente (arrivando a dare quasi le spalle a chi parla). Si è potuto quindi osservare come per B. fosse estremamente difficile riconoscere l'attrazione e l'ambivalenza nei confronti del gioco, ambivalenza di cui egli stesso era portatore. In rare occasioni è riuscito a tollerare l'idea che la grande rabbia che gli suscita la paziente donna, ancora profondamente ed esplicitamente coinvolta nel gioco d'azzardo, come se avesse a che fare con suoi propri vissuti : "mi arrabbio tanto perché io lo so quanto ci si rovina ... in fondo sono preoccupato per lei".

Per B. è molto difficile concepire la voglia di giocare come legata ad un malessere preesistente e non connesso solo con le conseguenze della dipendenza, chi gioca, o avrebbe voluto farlo era colpevole e indegno di cure e attenzioni. Presumibilmente tali vissuti non riguardano solo i suoi compagni, ma in primo luogo e principalmente sé stesso.

Da un punto di vista narrativo i suoi racconti si incentrano molto sull'incidente di cui sono stati vittima lui ed il fratello riportando in gruppo una gran rabbia e una profonda sete di giustizia.

Interventi terapeutici

B., inserito nel primo modulo di trattamento di Play Off ha frequentato fino al terzo compreso, facendo un numero assai esiguo di assenze.

Dopo circa un anno di percorso a Play Off si evidenzia la necessità di una valutazione clinica relativa ad una terapia farmacologica (maggio 2008). Durante i colloqui con il medico emergono tratti impulsivo-compulsivi del suo carattere che datano nel tempo e che, a sua detta, a volte l'hanno messo in difficoltà limitando e complicando i suoi rapporti interpersonali sia all'interno della famiglia che all'esterno (campo lavorativo e relazioni amicali).

Vincendo le resistenze e le preoccupazioni del paziente relative al fatto che è in terapia cardiologica per un blocco di branca e portatore di un pace maker, si inizia una terapia con SSRI. Si è scelto tale farmaco sia per il suo effetto ansiolitico che per quello relativo al controllo degli impulsi.

La compliance del paziente è stata ottima ed i risultati sul piano psicopatologico non si sono fatti attendere. E' migliorato il tono dell'umore e l'impulsività, c'è stata una migliore gestione dell'ansia e di conseguenza sembrerebbero essere migliorati anche i suoi rapporti interpersonali.

Terminato il percorso di Play Off si propone a B. di intraprendere un trattamento individuale, con colloqui a cadenza settimanale. I primi colloqui sono stati incentrati sull'elaborazione della separazione dal gruppo dei pari con il fine di aiutarlo a distaccarsene gradualmente.

L'interruzione del percorso di gruppo ha permesso a B. di riconsiderare alcuni aspetti della relazione amicale instauratasi con gli altri partecipanti, individuando le risorse ma anche gli elementi di pericolo. Il raggiungimento di una ritrovata stabilità emotiva ed affettiva (ha ripreso la relazione con l'ex fidanzata) ha permesso a B., di iniziare a riconoscere e ad affrontare le sue fragilità ancora oggi mettendo in atto rigide strategie di difesa nei confronti delle minacce dell'equilibrio raggiunto.

Il trattamento di gruppo ed ora individuale hanno avviato in B. il processo di individuazione e differenziazione dal fratello, finalmente all'età di cinquant'anni B. progetta una convivenza con la compagna e inizia a sperimentarsi in dimensioni di maggiore autonomia (spesa, gestione della casa, ecc ...).

Rispetto al coinvolgimento della famiglia sottolineiamo come il fratello abbia partecipato ai gruppi di Play Off per i familiari solo al primo modulo ed in maniera ambivalente: la presenza ai gruppi è stata discontinua e disimpegnata. Era per lui possibile prendere permessi per scioperi e vacanze, mentre la turnazione al lavoro non era modificabile per la partecipazione al gruppo. Inizialmente durante le sedute a cui ha partecipato ha mostrato un atteggiamento apparentemente solidale e comprensivo nei confronti del fratello, riconoscendone la gravità della dipendenza ma non riconoscendo affatto il malessere di cui egli, e presumibilmente entrambi, erano portatori.

Durante i gruppi C. ha anche parlato di sé ed ha spesso verbalizzato la medesima rabbia e la stessa sete di giustizia di cui è portatore il fratello.

Diversamente si è rivelato fondamentale il suo sostegno durante il tutoraggio economico.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto / sta ottenendo un esito negativo: Il caso del sig. C.

Accesso al servizio e presa in carico

Il paziente si presenta al Servizio accompagnato dalla sorella, che al primo colloquio espone il problema del fratello e risponde alle domande dell'operatore. C. tende a restare silenzioso o a rispondere in modo estremamente laconico.

Emerge un'attività di gioco, che si protrae da circa 15 anni, e che ha avuto forti ripercussioni sul piano economico e sulla vita familiare. La domanda non sembra delinearci chiaramente, in quanto sembra che il paziente sia stato costretto a rivolgersi al servizio, e il suo atteggiamento chiuso e poco loquace non consente di capire che tipo di richiesta porti. Pare inoltre che il paziente abbia limitate capacità introspettive.

La motivazione sembra essere estrinseca, per lo più legata all'azione della sorella e alle fantasie del paziente di sistemare la sua relazione matrimoniale, arrivata sull'orlo della separazione; forse C. tenta di delegare tale aspettativa agli operatori mettendo marginalmente in connessione la crisi coniugale con il gioco.

Al termine dell'iter di Accoglienza, si valuta di proporre al paziente di iniziare il percorso terapeutico di Play Off, in prima battuta è stato possibile coinvolgere la sorella nel percorso di gruppo per i familiari, in quanto la moglie non era interessata ad affiancare il marito nella cura.

Anamnesi

Il signor C. ha 51 anni. La famiglia di origine è costituita dalla madre di 87 anni, pensionata, accudita dalla sorella maggiore, di 61 anni, sposata con figli e da due fratelli entrambi di professione decoratori. C. è l'ultimogenito. Il padre è deceduto a 33 anni, durante la gravidanza, al quinto mese di gestazione della madre. Il paziente alla nascita erediterà il nome del padre defunto. La famiglia è originaria della provincia di Foggia, si è trasferita a Torino nel 1961 quando C. aveva 4 anni. C. consegue la licenza elementare ma interrompe gli studi dopo la prima media. Dall'età di 15 anni inizia a svolgere la professione di decoratore, che esercita in società con uno dei fratelli.

All'età di 22 anni conosce K., rimangono fidanzati per quattro anni e poi si sposano. Il paziente riferisce come i genitori della moglie si siano disinteressati di lei dal momento del loro fidanzamento, tanto che lui ha dovuto provvedere ad ogni spesa che la riguardasse. Il loro legame fin da subito è stato caratterizzato da una comunicazione basata prevalentemente sullo scambio di messaggi scritti, che descrivevano i loro stati d'animo, cosa che peraltro tende a continuare anche nella fase di crisi coniugale. Dopo qualche anno di matrimonio decidono di avere un figlio. Nasce il primogenito, che nei primi giorni di vita presenta un grave problema di salute, che lo costringerà a sottoporsi ad un intervento chirurgico, ad un continuo monitoraggio e ad una

lenta guarigione. La precarietà dello stato di salute del figlio ha fin da subito condizionato la relazione tra i due coniugi: se da un lato la moglie era preoccupata e apprensiva, dall'altra C. tendeva a non farsi carico e a minimizzare il problema. Il bambino durante l'età scolare presenta difficoltà di apprendimento che rendono necessaria la segnalazione e l'intervento della Neuropsichiatria Infantile. La madre intraprende un percorso terapeutico sia individuale sia con il figlio, al quale il paziente si è sempre rifiutato di partecipare. Questo episodio sembra essere il primo momento di crisi della coppia e sembra coincidere per C. con il primo approccio al gioco.

Un altro elemento di forte conflitto, nato in quegli stessi anni e che sembrerebbe aver catalizzato tutte le dinamiche conflittuali della coppia, è stata la diatriba circa l'acquisto di una casa di proprietà. Parrebbe essersi manifestata in tale occasione la difficoltà da parte dei coniugi di riconoscere e rispondere ai reciproci bisogni, che ha innescato un meccanismo relazionale fatto di debiti e crediti che negli anni si è mantenuto immutato.

A distanza di nove anni dalla nascita del primogenito, all'interno di un rapporto di coppia comunque in difficoltà, probabilmente con la speranza che potesse in qualche modo riavvicinarli, nasce il secondo figlio. La dinamica basata su ripicche si è manifestata puntualmente anche nella scelta del nome del bambino. Tali episodi, presumibilmente non sono che alcuni degli eventi che hanno caratterizzato la storia della relazione dei coniugi ma sono quelli su cui entrambi continuano a strutturare ossessivamente la narrazione.

Il sintomo

C. ha iniziato a giocare saltuariamente, di fatto, quando è diventato padre; l'attività di gioco si è intensificata sei anni dopo, contestualmente con la presa in carico del minore da parte dei Servizi, a causa delle sue difficoltà di apprendimento e con l'inasprimento dei disaccordi familiari in merito all'acquisto della casa. Nel corso degli anni successivi C. arriva a giocare l'intera somma che il fratello gli aveva riconosciuto di diritto per procedere all'acquisto.

Si può ipotizzare come il meccanismo di debito e credito così evidente nella dinamica di coppia, forse legata ad esperienze affettive e relazionali assai più antiche, una dinamica che C. ritrova con puntualità nei suoi momenti di gioco, nella ripetizione ossessiva di una meccanica che non può trovare mai appagamento, neanche parziale, e che la esaurisca.

Osservazioni cliniche

Dall'analisi della domanda e dalle prime fasi della relazione col paziente si è evidenziata la ricostruzione, in termini di cause e responsabilità, che C. si è fatto della sua storia di giocatore: si racconta come vittima della crisi matrimoniale, mostra negazione circa il proprio coinvolgimento nei problemi familiari, tende a porre tutto all'esterno di sé. La posizione che sembra assumere è quella dell' *"io ho fatto tutto il possibile ma a mia moglie non bastava mai"*. C. ha da subito ricercato nei confronti del Servizio curante e degli operatori una collusione, che nella sua fantasia avrebbe portato gli operatori a perdonarlo, a sostenerlo come un bimbo che sbaglia, a schierarsi

dalla sua parte, a funzionare come tramite con la moglie, con la fantasia che l'intervento degli operatori gli consentisse di tenere unito il matrimonio.

C. non ha avuto una figura paterna di riferimento. Inoltre, la morte del padre sopraggiunta durante la gravidanza della madre, ha messo C. nella condizione di affrontare fin dai primi giorni di vita il lutto in cui era caduto il nucleo familiare ed in particolare la madre, che viene descritta come molto depressa e distante.

L'ipotesi che si può avanzare è che C. non si sia potuto confrontare con figure genitoriali che gli abbiano consentito di fare esperienza con un oggetto in grado di contenere, proteggere, nutrire affettivamente e fornire limiti e confini rispetto al proprio sé. Inoltre lo "sguardo distante o distratto" della madre lo avrebbe privato di sostegno e di conferme circa i propri passi evolutivi, conferendogli una identità fragile e in ultima analisi un sentimento del sé svalutato e lo svilupparsi di una potente fantasia: *"per quanto mi sforzi di fare, non è mai abbastanza per essere accettato e amato"*, consegnandolo a continue ripetute delusioni.

Da ciò si può ipotizzare derivi la sua modalità di relazionarsi con gli altri, tanto che l'impossibilità di sentirsi appagato e soddisfatto nei suoi bisogni emotivi sembra venga proiettata sull'altro che quindi diventa *"colui che non riesce a fare mai abbastanza"*, continuando ad esporlo a ripetute delusioni nei confronti di se stesso e degli altri. Questa è la modalità relazionale che si è potuta osservare nel rapporto con la moglie (che sembra ricoprire ruolo di coniuge ma anche di madre). Per quanto riguarda il suo ruolo genitoriale si manifesta l'incapacità di sostenere i compiti oggettivi e affettivi, tanto da portarlo a scivolare nella posizione di "pari" nei confronti dei figli, affidando a loro il suo accudimento in una sorta di rovesciamento dei ruoli: la necessità pervasiva di restare un oggetto da accudire gli impedisce di funzionare come soggetto di accudimento.

Interventi terapeutici

C. inizia i moduli di trattamento nel febbraio 2009, frequenta il primo modulo quasi regolarmente, il secondo in maniera discontinua (interrompendolo anche bruscamente per un periodo di tempo). In questo periodo, C. e la moglie vivono l'ennesima crisi coniugale, che sfocia nell'abbandono del tetto coniugale da parte del paziente. C. si trasferisce nel magazzino della sua attività, credendo che in tempi brevi, la moglie sentendo la sua mancanza, lo avrebbe pregato di ritornare a casa (per i meccanismi su descritti). Ciò non avviene e il malessere di C. è tale da non consentirgli di sostenere il confronto con il gruppo dei pari, quindi gli operatori valutano, per mantenerlo agganciato al Servizio e offrirgli un'alternativa di cura, di proporgli dei colloqui individuali con l'obiettivo di inserirlo nel successivo modulo di trattamento. Nel frattempo la moglie inaspettatamente, avvia le pratiche per la separazione. Nonostante uno stato depressivo visibile e preoccupante, riesce ad iniziare la frequenza del terzo modulo, che frequenta per un mese, interrompendo a causa di una pesante ricaduta nel gioco. Questa ricaduta è utilizzata da C. per attirare l'attenzione della moglie, tanto da scomparire per tre giorni e non rispondere al cellulare, mettendo in allarme tutti i familiari e anche gli operatori. Esaurito il devastante episodio di gioco, C. torna a casa e

viene invitato a presentarsi al Servizio, si attiva un intervento psicofarmacologico, dopo qualche colloquio individuale emerge il rifiuto di tornare in gruppo, rivela di non assumere i farmaci e decide di interrompere ogni trattamento terapeutico.

Esito negativo

Si suppone, per quello che è stato descritto nel paragrafo delle osservazioni cliniche sul funzionamento psicologico del paziente, che C. abbia interrotto il percorso di cura forse a causa di una mancata collusione degli operatori nel sostenerlo nel ruolo di vittima di fronte al naufragio del suo matrimonio. Il paziente, che in un primo momento aveva accettato l'idea degli operatori di inserire la moglie nel percorso al posto della sorella maggiore, agisce infatti l'interruzione del modulo nel momento in cui si convince che gli operatori non stanno svolgendo il ruolo di "salva matrimonio" da lui fantasticato; anche perché, nel frattempo, la moglie avvia le pratiche per la separazione. Sembra, in sostanza, che C. non riesca ad accettare che gli operatori non abbiano una funzione d'aiuto esclusivamente per lui, per i suoi desideri, per le sue aspettative. Rispetto al secondo episodio di interruzione del trattamento, si può ipotizzare che gli operatori siano stati agganciati nella sua dinamica relazionale proiettiva, tale per cui "qualsiasi cosa avessero fatto non sarebbe stato abbastanza".

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto / sta ottenendo un esito dubbio (in cui cioè è difficile valutare l'esito): il caso del sig. M.

Accesso al servizio e presa in carico

Il paziente accede al Servizio nell'aprile del 2008, spinto soprattutto dalla moglie che lo accompagna e che, in sede di primo colloquio, lamenta le molte perdite causate dalla dipendenza da videopoker del marito, che lo ha portato a spendere cifre non sostenibili dalla famiglia.

Il loro rapporto sembra entrato in una fase di crisi e la moglie, pur assicurandogli il suo supporto, riferisce di aver dato al marito una sorta di ultimatum essendo ormai giunta alla sua soglia di tollerabilità. La moglie appare molto ansiosa e preoccupata per questa situazione, richiede informazioni e rassicurazioni rispetto alla possibilità di ottenere esiti positivi da un percorso di cura. E' la signora a raccontare come il marito ritenga di essere perseguitato dalla sfortuna, lui conferma, e dai racconti emerge un pensiero magico superstizioso molto radicato. Il paziente, accondiscendente e laconico, sembra apparentemente consapevole della sua dipendenza, ripete come questo problema abbia colpito diverse persone di sua conoscenza, che non è il solo ad esserci cascato e identifica nella possibilità di confronto con altri portatori dello stesso problema un buon strumento di cura, di sostegno e conforto.

Tuttavia al colloquio il paziente appare poco autentico, adesivo alle proposte fatte. E nonostante appaia consapevole delle perdite economiche, non emerge in realtà un sufficiente grado di conflitto con il gioco. La motivazione reale sembra legata principalmente al desiderio di appianare il conflitto con la

moglie. L'atteggiamento dimesso osservato in sede di primo colloquio può essere giustificato dalla necessità del paziente di mostrarsi estremamente accondiscendente, adesivo e collusivo, ma potrebbe anche esser messo in relazione con un tono dell'umore deflesso.

Terminato l'iter di valutazione, l'equipe decide che il paziente è idoneo per l'inserimento nel percorso terapeutico di Play Off.

Anamnesi

M. ha 51 anni, è l'unico maschio di cinque figli. La sua famiglia è emigrata a Torino dalla Puglia, intorno alla fine degli anni sessanta, quando aveva 12 anni.

Di questi primi anni racconta come la madre, quando egli era ancora molto piccolo, lo costringesse a stare con lei al banco del mercato che gestiva. Racconta come per la madre fosse importante non lasciarlo a girovagare per le vie della città e proteggerlo dai pericoli e dal rischio di "imboccare una cattiva strada". Così M. si alzava all'alba per aiutare la mamma a sistemare il banco di frutta e di verdura, anche durante il periodo scolastico.

Del padre, deceduto nel 2003 dopo dieci anni di malattia (alzheimer) racconta che, per non far mancare nulla in famiglia, trascorreva intere giornate fuori casa per lavoro e le ore a casa erano spesso dedicate al riposo, ed erano assolutamente "sacre" cosicché i figli, benché il padre non fosse mai stato violento, dovevano osservare un silenzio rigoroso.

M. ha praticato per molti anni e con un discreto successo lo sport del karate: ricorda la sofferenza provata a causa dell'assenza del padre durante la sua carriera agonistica, avrebbe desiderato che il padre si fosse recato almeno una volta a vederlo gareggiare. Ma non è mai stato accontentato.

M. è sposato da 25 anni ed ha un figlio di 11 anni, per la sua propria esperienza sente di voler essere un padre molto presente con il figlio ed ammette che probabilmente suo figlio è più impacciato rispetto ai coetanei a causa dell'iperprotezione dei genitori.

M. da circa vent'anni fa un lavoro di cui non è contento ed afferma di avere molto tempo libero durante la giornata. Già dal primo colloquio effettuato con la moglie di M. per l'inserimento al gruppo dei famigliari, la donna racconta, chiedendo agli operatori di mantenere il segreto, che dalla nascita del loro unico figlio la coppia non ha più avuto rapporti sessuali. Ciò parrebbe essere dovuto ad un problema di impotenza che ha portato all'eliminazione di qualsiasi contatto fisico tra i coniugi. Ciò sembrava aver creato un tale imbarazzo e un disagio talmente profondo da impedire ad entrambi di confrontarsi: parlare di quanto stesse loro capitando era impossibile, recarsi da uno specialista impensabile.

Il sintomo

Da circa due anni M. gioca con maggior frequenza, più volte al giorno, non riesce a mantenere il controllo. Racconta di essere andato qualche volta a Saint Vincent, in passato, in compagnia della moglie e degli amici. Riferisce di giocare 20/30/50 euro "talvolta una ventina di minuti, altre anche una mezza giornata" a seconda della sua disponibilità di denaro e di tempo. Quantifica la perdita subita in questi due anni, presumibilmente sottostimandola, come

ammontare a circa 5000 euro, di fatto la famiglia ha dovuto accendere dei finanziamenti per rispondere ai debiti accumulati.

Osservazioni cliniche

Lo stare in gruppo di M. è stato caratterizzato costantemente e platealmente dal fare “come se”.

Si osservava un riferimento costante a temi sociali, politici, morali, che attivavano in lui delle reazioni emotive molto violente (si mostrava sensibile rispetto all'incoerenza di certi politici, alle notizie di violenza e abuso nei confronti dei minori o nei riguardi di falsi atteggiamenti perbenistici di chi “poi magari andava a prostitute”).

Talvolta si sono verificati episodi di aggressione verbale nei confronti degli altri membri del gruppo, con i quali faceva fatica a sostenere un confronto pacifico se esprimevano pareri discordanti con le sue idee.

Il tema dell'ingiustizia era molto presente ma piuttosto che parlare di sé, M. ha sempre parlato dei temi e dei problemi che affliggono l'umanità, presentando una situazione familiare sostanzialmente nella norma.

Gli unici elementi di criticità che emergevano riguardavano, da un lato la sua preoccupazione di non far trapelare nulla che potesse far percepire al figlio il suo problema di dipendenza dal gioco e dall'altro i frequenti momenti di rabbia che lo portavano ad un isolamento anche fisico, poiché in tali occasioni non tollerava neanche la vista delle persone che gli stavano accanto.

Presumibilmente i temi sociali espressi in gruppo contenevano in sé elementi proiettivi, come una sua modalità strutturata, anche in relazione agli elementi emersi della sua storia di vita. Ma la rigidità con cui si dispiegava la vasta serie di difese, dalla razionalizzazione costante alla negazione, fino al costituirsi di una debole alleanza terapeutica hanno reso molto faticoso il lavorare con questo paziente, ponendo l'equipe nel dubbio se favorire o meno nel paziente uno svelamento di non detti, utile per il proseguimento della terapia e rischiare così di far saltare un equilibrio precario.

Interventi terapeutici

M. viene inserito a Play Off a maggio del 2008 e frequenta tre moduli.

In termini di efficacia del trattamento sottolineiamo come sia difficile valutare il livello di remissione del sintomo e di acquisizione di consapevolezza rispetto alla problematica di dipendenza a causa: dell'iniziale scarsa motivazione del paziente, della non sufficiente criticità rispetto al suo coinvolgimento nel gioco, della struttura di personalità molto rigida, della presenza di numerosi non detti tra l'equipe, la moglie e M. (uno di questi riguardante anche una ricaduta), dell'impossibilità di un controllo sul denaro da parte della moglie (che di fatto, adducendo svariate motivazioni legate al tipo di lavoro di M., si è sempre sottratta al tutoraggio economico).

Il coinvolgimento della moglie nel percorso di cura si è rivelato ambivalente, da un lato si è inizialmente presentata come colei che si faceva portavoce del disagio familiare e di coppia, dall'altro nel momento in cui gli operatori le hanno proposto di mettersi in gioco, su un livello non solo formale ma sostanziale della terapia, si è osservato un progressivo allontanamento dal contesto terapeutico.

Si può ipotizzare che l'interruzione dell'esperienza di Play Off, sia connessa al fatto che M. iniziasse a percepire più o meno consapevolmente, il rischio di dover rivelare aspetti più intimi sia personali che familiari. Ci chiediamo quanto fosse per lui faticoso sostenere nel gruppo il ruolo di colui che aveva risolto tutte le sue problematiche. L'équipe d'altronde continuava a sottolineare la necessità di aprire nuovi e forse non facili discorsi, per poter perseguire un vero cambiamento.

Dubbi

Per quanto espresso in precedenza consideriamo per noi difficile cogliere il significato del sintomo. Per contro sembrerebbe che il paziente abbia raggiunto un sufficiente controllo del sintomo e l'astensione dal gioco. Ciò che pone l'équipe in una situazione di dubbio circa l'esito del trattamento è rappresentato dalla presenza di tali e tanti non detti che rendono difficile cogliere la realtà dei fatti. Inoltre se non si è verificato nessun tipo di cambiamento (nel sintomo, nel funzionamento relazionale, nell'aver raggiunto una condizione di minor disagio) oppure se l'astensione dal gioco sia un risultato raggiunto e sufficientemente stabile pur senza aver preso contatto (e quindi affrontato) con l'area problematica sottostante.

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

A ruota libera, quali suggerimenti dareste a un collega che dovesse comunicarvi l'intenzione di voler aprire un gruppo GAP?

Gli aspetti che a nostro avviso si sono rivelati utili sono:

1. La brevità del percorso di accoglienza (dal primo colloquio all'inizio del trattamento)
2. Il coinvolgimento di un familiare
3. La proposta di un trattamento a tempo determinato
4. Il tutoraggio economico

L'ESPERIENZA DEL GRUPPO DI AUTO MUTUO AIUTO PER FAMIGLIE CON PROBLEMI D'AZZARDO – BASSO POLESINE

**Contributo di
Caterina Forza, educatrice professionale,
e Ivana Stimamiglio, psicologa psicoterapeuta**



Un po' di storia da curiosità a necessità

L'interesse per l'azzardo e i problemi ad esso connessi nasce al nostro Servizio nel 2000 con le prime richieste d'aiuto provenienti sia dal territorio, sia su invio di altri Servizi (in particolare dalla Psichiatria). La modalità d'intervento prevedeva una serie di colloqui psicologici di counselling, di monitoraggio, nonché l'invio ad un gruppo di Giocatori Anonimi di Padova.

Sono emerse fin da subito alcune difficoltà:

. Le famiglie dopo un periodo di permanenza nei gruppi Giocatori Anonimi smettevano la frequenza apportando principalmente problemi di eccessiva distanza.

. A fronte di una normativa nazionale e regionale poco chiara, occuparsi di azzardo ha significato "dirottare" energie/risorse dalle situazioni alcol droga correlate di cui ci si "deve" occupare, ma ha rappresentato anche un approfondimento del mandato relativamente alle new addiction.

Contemporaneamente nasceva anche nell'A.C.A.T. (Associazione dei Club degli Alcolisti in Trattamento) Basso Polesine, un interesse per tale problema, in quanto nelle famiglie inserite nei Club cominciavano ad evidenziarsi anche problematiche legate all'azzardo, sia perché giungevano all'Associazione stessa richieste d'aiuto da parte di famiglie del territorio.

Nel 2004 partecipazione di due Operatori del Dipartimento ad un "Corso di formazione sull'auto mutuo aiuto nell'ambito del gioco d'azzardo" presso l'Associazione A.M.A. di Trento.

Nel 2007 nascita del gruppo di auto mutuo aiuto gioco d'azzardo.

Dal 2008 ad oggi partecipazione al gruppo regionale veneto sull'azzardo, coordinato dal SerT di Castelfranco e composto da operatori pubblici e del privato sociale.

Nel...2007, la svolta ...

Il 23 Luglio 2007, nasce il primo gruppo delle famiglie con problemi azzardo correlati la cui metodologia di lavoro si ispira all'approccio Ecologico - Sociale dei Club degli Alcolisti in Trattamento e dei gruppi AMA; il SerT inizia a strutturare interventi più articolati sulla problematica azzardo. La nuova offerta viene pubblicizzata in maniera capillare (con fondi ACAT, grazie ad una convenzione ULSS) e le richieste d'aiuto diventano più numerose.

Le due operatrici del Dipartimento per le Dipendenze che hanno avviato il progetto sono Caterina Forza educatore prof., Ivana Stimamiglio psicologa libero professionista. Entrambe con una esperienza ventennale come Servitori-Insegnanti e Formatrici nel sistema dei Club degli Alcolisti in Trattamento.

Caterina si occupa prevalentemente della formazione/aggiornamento, mentre Ivana si occupa prevalentemente della conduzione del gruppo.

Perché un gruppo di auto mutuo aiuto specifico?

- Per le famiglie inserite nei CAT che manifestano anche problemi legati all'azzardo è bene che rimangano nel Club di appartenenza, offrendo loro altri sostegni e indicazioni specifici (colloqui individuali, formazione specifica).
- Per le situazioni complesse (alcol e droga, alcol e sofferenza psichica, alcol e immigrazione, alcol e azzardo, ecc.) è bene non superare la percentuale del 20% per Club per non trasformarlo in un luogo di stigmatizzazione sociale.
- Per chi ha problemi d'azzardo, ma non ha un problema alcol correlato, risulta difficile proporre un Club.
- E' bene che il gruppo di auto mutuo aiuto sia centrato su un problema specifico, intorno al quale le famiglie si riconoscono, costruiscono appartenenza e impegno nella Comunità.

Nel 2008-2009 si avvia il **Progetto dipartimentale di rete "Giocare alla vita per non giocarsi la vita - formazione sul problema del Gioco d'Azzardo"** cofinanziato da: ACAT Basso Polesine - CSV Rovigo - ULSS 19 Adria - Provincia di Rovigo. Altri partner coinvolti: ACAT Medio Pol. e Pol. Occidentale - Coop. Sociale Titoli Minori - Ass. Solidarietà Delta - Ass. AND – Azzardo e Nuove Dipendenze, Varese - Conferenza dei Sindaci Ulls 19 - Comuni di Porto Viro, Taglio di Po e Papozze - Caritas Diocesane Adria - Rovigo/Chioggia - Medici Medicina Generale Ulss19 - Comando provinciale Carabinieri. Partner nella fase della formazione: Ass. AND Varese, ASL Milano 1 SerT Parabiago, ULSS 8 Castelfranco, ACAT Basso Polesine, ULSS 19 Adria.

Obiettivi: Costruire reti di fronteggiamento e di solidarietà per quanti soffrono a causa di problemi azzardo correlati; far acquisire conoscenze teoriche ed aggiornamenti in tema di gioco d'azzardo; far acquisire

competenze per l'analisi e la soluzione dei problemi nei vari contesti in cui si pratica il gioco d'azzardo.

Azioni:

Giugno 2008 - Dicembre 2008:

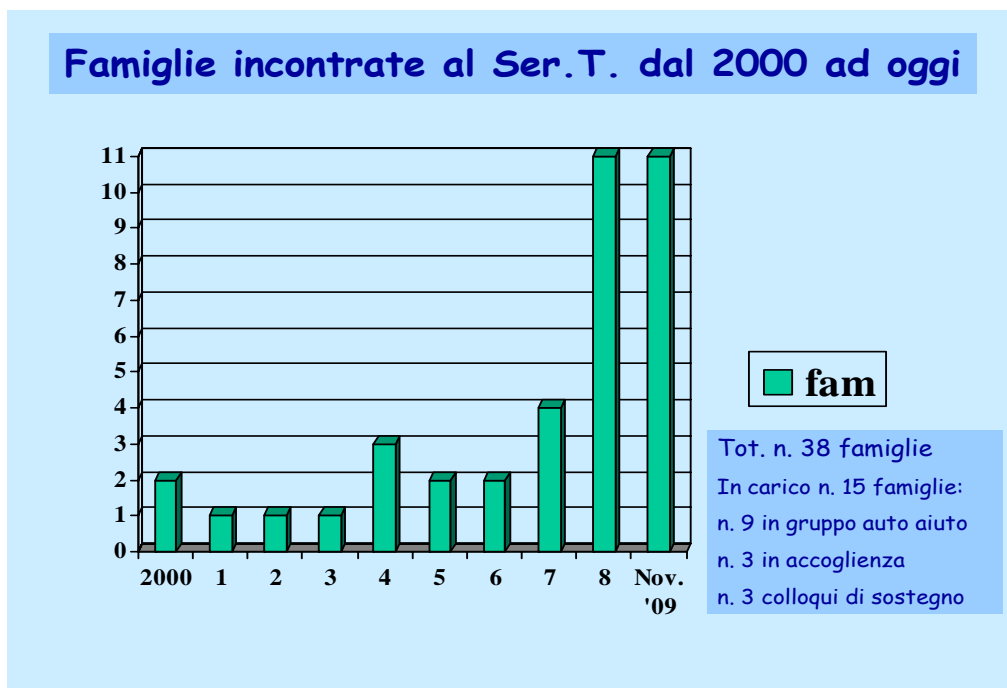
- Costruzione della rete di partner; definizione dei bisogni e messa a punto del progetto. Costruzione di un tavolo tecnico/Incontri e contatti con i vari partner (n. 3 incontri ufficiali, con stesura verbale + molti ufficiosi).
- Aggiornamento dei componenti del Dipartimento per le Dipendenze: attivazione di una SAT 2° modulo sui problemi azzardo correlati rivolta alle famiglie dei CAT e del gruppo auto-aiuto azzardo; somministrazione SOGS famiglie dei Club; un incontro di sensibilizzazione/formazione rivolto ai volontari e agli operatori della C.T. "Solidarietà Delta" (membro con l'ACAT Basso Polesine del Dipartimento per le dipendenze).

Gennaio - Maggio 2009:

- Organizzazione e attuazione di una serie di incontri (n. 4) formativi e di sensibilizzazione sulla tematica specifica al fine di una costruzione di un sapere condiviso sulla problematica.

Giugno - Ottobre 2009:

- Verifica del progetto e avvio di iniziative individuate dai vari partner.



Famiglie incontrate al SerT dal 2000 ad oggi.

Il primo contatto

Il primo contatto, in genere, avviene al SerT ed è telefonico. La richiesta d'aiuto viene raccolta dagli operatori che si occupano di gioco (attualmente due psicologi e un educatore), i quali propongono un appuntamento per una

consulenza rivolta al giocatore e ai suoi familiari. Se telefona direttamente il giocatore, si chiede di venire all'appuntamento con un familiare; se a telefonare è un familiare, si propone comunque di venire all'incontro anche se il giocatore non si rende disponibile.

La raccolta dati

Nei primi incontri si raccoglie la storia personale e familiare del giocatore, indagando su eventuali altri comportamenti a rischio e/o su altri aspetti problematici, sulla situazione economica, legale e penale. Si somministra il SOGS e si imposta il tutoraggio economico. I colloqui motivazionali sono finalizzati a focalizzare l'attenzione sul livello di consapevolezza rispetto al coinvolgimento nel gioco e sugli effetti che lo stesso ha prodotto sulla vita affettiva, sociale e lavorativa, nonché sul coinvolgimento delle reti familiari e/o amicali nel processo di cambiamento. Per la valutazione medico-diagnostica ed eventuale aiuto farmacologico, si fa riferimento alla psichiatria.

Formazione di base nel 2007

Fin dall'inizio, per le famiglie del gruppo si è predisposto un percorso di informazione-approfondimento sulle problematiche legate all'azzardo.

Sul modello delle SAT di 1° modulo (Scuole Alcolologiche Territoriali, rivolte alle nuove famiglie inserite nei CAT), l'incontro del gruppo di auto- mutuo aiuto veniva preceduto da un momento di informazione e dibattito della durata di 30/40 minuti su vari argomenti, quali:

- La salute e i comportamenti a rischio
- Il gioco nella storia
- Il gioco d'azzardo: costi individuali, familiari e sociali
- Il pensiero magico e le distorsioni cognitive
- I comportamenti additivi nell'approccio ecologico sociale
- Il gruppo di auto mutuo aiuto e il suo funzionamento
- Le reti sociali
- La famiglia e il cambiamento
- La ricaduta
- La spiritualità antropologica

Formazione di base nel 2009

Successivamente, data la diversa modalità di arrivo delle nuove famiglie, si è optato di inserire i nuovi arrivati nel percorso psicoeducazionale del SerT (denominato "Accoglienza") a ciclo continuo sui problemi alcol-droga correlati:

due incontri settimanali di 1 ora e 30, per una durata complessiva di circa due mesi, pensata come propedeutica (ma non obbligatoria) all'inserimento in un programma terapeutico. Ogni incontro è strutturato con una parte informativa sui problemi legati ai comportamenti additivi, seguita dalla comunità terapeutica; le informazioni specifiche sul GAP si sviluppano in tre moduli.

Aspetti positivi dell' inserimento delle famiglie con GAP in "Accoglienza"

L'inserimento in " Accoglienza" offre un minor approfondimento specifico sul GAP, ma ha il merito di far conoscere i rischi legati all'azzardo anche a famiglie che non si sono mai poste il problema e che frequentano per uso di altre sostanze.

Offre alle famiglie con problemi d'azzardo l'occasione di riflettere sulle problematiche alcol-droga correlate e risulta più semplice chiedere loro un impegno ad astenersi dall'uso di altre sostanze.

Offre alle famiglie uno strumento di conoscenza delle problematiche; rompe gli stereotipi; cambia la cultura sul problema; aiuta ad impegnarsi per modificare i propri comportamenti; è un'opportunità per raccogliere le risorse familiari.

Affrontare i problemi legati all'azzardo in Accoglienza ha avuto il merito di offrire a tutti gli operatori del SerT un'occasione per allargare lo sguardo sulla complessità, verso "una visione più ampia possibile con cui esaminare ogni sistema inter-relazionale di sistemi" (G. Bateson).

Modello auto mutuo aiuto VS Modello Tradizionale

Chi ha il problema è una persona portatrice di risorse	Chi ha il problema è un paziente o un utente
Si enfatizzano le risorse, la salute, il sentirsi bene	Si enfatizzano la malattia, la mancanza
Enfasi sulla fiducia, la motivazione al cambiamento	Enfasi sull'eziologia
Si enfatizzano i sentimenti ed effetti concreti ed immediati	Si enfatizzano conoscenza, teoria, struttura
Tendenza all'estemporaneità e alla spontaneità	Tendenza alla procedura standardizzata
Il cambiamento dell'individuo è in un contesto	Il cambiamento è individuale
Si costruiscono strategie per il cambiamento del contesto comunitario	L'appartenenza ad una comunità conta relativamente

(modificato da M.Croce e F. Oliva, Quaderni di animazione e formazione, Gr. Abele)

Il gruppo di auto- mutuo aiuto per problemi d'azzardo si rifà:

- Teoria generale dei sistemi (L. V. Bertalanffy)
- Gruppi di auto aiuto (A.A e G.A.)
- Comunità Terapeutica (Maxwell Jones)
- Club sociali- psichiatrici (Josuha Bierer)
- Approccio Ecologico- Sociale, Club degli Alcolisti in Trattamento (Metodo Hudolin)

La cornice ecologico- sociale

Per tale cornice interpretativa:

- Usare alcol e o altre droghe, giocare d'azzardo, ecc. sono comportamenti a rischio per la salute, la malattia è la conseguenza di tali comportamenti.
- Le problematiche legate a questi comportamenti non sono una patologia individuale, ma la risultanza di fattori interni ed esterni alla persona, incluso il contesto culturale e relazionale.
- In considerazione della vastità delle problematiche connesse è impensabile un intervento "curativo" gestito esclusivamente dalle istituzioni pubbliche e dai professionisti.
- Le problematiche correlate ai comportamenti a rischio non colpiscono solo il singolo, ma tutto il sistema sociale, in primis il sistema familiare.
- Per promuovere salute occorre un cambiamento culturale generale, attraverso una collaborazione sinergica tra il Pubblico e il Privato Sociale.
- I problemi azzardo correlati trovano origine nella cultura sociale, nella "spiritualità antropologica esistente" o cultura sociale esistente, nella quale giocare d'azzardo viene considerato un comportamento normale, socialmente accettato e incentivato.

Una parte delle persone che giocano d'azzardo, in tale ambito antropospirituale, finiscono per avere problemi azzardo correlati di lieve, o media, o grave entità.

In generale i gruppi di auto mutuo aiuto sono:

Gruppi formati da persone e/o famiglie unite da uno stesso problema, nel nostro caso l'azzardo.

Si incontrano insieme per affrontare e superare una situazione difficile, per soddisfare bisogni condivisi, per modificare comportamenti ed atteggiamenti, per condividere emozioni e stati d'animo, per creare legami di amicizia e solidarietà fondati sull'ascolto reciproco, una comunicazione efficace, la fiducia ed il rispetto.

Non sono gruppi terapeutici, ma hanno una valenza terapeutica, in quanto finalizzati all'empowerment personale e sociale.

Obiettivi del "nostro" gruppo di auto mutuo aiuto azzardo sono:

- Interrompere il comportamento a rischio per la salute legato al gioco d'azzardo e/o altri comportamenti eventualmente associati all'uso di altre sostanze additive
- Il cambiamento dello stile di vita di tutti i membri, ossia per un più sano equilibrio personale e familiare che passa attraverso una comunicazione più efficace
- Affrontare e contenere le ricadute
- Il cambiamento della cultura generale e sanitaria di appartenenza, ovvero per una migliore qualità della vita stessa.

Il cambiamento è della famiglia

Nell'ottica ecologico-sociale i comportamenti additivi sono un disturbo sistemico.

Ciò significa che non è un disturbo che interessa la singola persona, ma che colpisce tutti i sistemi con i quali ci si trova in relazione. Anche il trattamento quindi va eseguito in un'ottica sistemica. Il sistema primario e più importante è la famiglia e anch'essa è chiamata a modificare gradualmente il proprio stile di vita, per giungere ad un diverso e migliore equilibrio complessivo. Il trattamento coinvolge dunque l'intera famiglia del giocatore d'azzardo. Nell'ottica ecologico-sociale è fondamentale normalizzare quanto succede alla famiglia; depatologizzare e connotare positivamente la famiglia e gli sforzi che essa compie nell'andare verso equilibri più funzionali ha un effetto positivo sulla famiglia stessa.

Impegni della famiglia

- Partecipazione alle sedute di tutta la famiglia (comunque essa sia composta)
- Tutti i componenti della famiglia si impegnano a non giocare d'azzardo in alcun modo; le eventuali ricadute vanno comunicate e analizzate all'interno del gruppo.
- La famiglia deve stabilire l'ammontare degli eventuali debiti e organizzare il risarcimento degli stessi, con i modi e i tempi ritenuti possibili.
- Il giocatore accetta il controllo dei familiari sulle entrate finanziarie e dispone solo di piccole somme che, all'atto della spesa, dovranno essere documentate con scontrini o pezze giustificative; i conti correnti bancari, postali o depositi di qualunque tipo non sono disponibili al giocatore.
- I familiari accettano di esercitare il controllo sul giocatore, facendosi consegnare ad es. bancomat, libretto degli assegni, ecc.. Obiettivo successivo sarà imparare a gestire insieme il denaro.
- E' opportuno informare parenti, amici o colleghi di lavoro che si sta affrontando un problema d'azzardo.

CARTA D'IDENTITÀ DEL GRUPPO

Nome: gruppo di auto mutuo aiuto per famiglie con problemi di gioco d'azzardo

Facilitatore: Ivana Stimamiglio, Psicologa/Psicoterapeuta

Il gruppo accoglie: Giocatori e Familiari insieme

Partecipa il giocatore con i familiari, ma non si esclude la partecipazione del giocatore da solo o del solo familiare. Si accetta di lavorare con chi è inizialmente disponibile, favorendo poi il coinvolgimento del resto della famiglia.

DATI ORGANIZZATIVI

Il gruppo si incontra in una sede territoriale, presso la sede dell'ACAT Basso Polesine a Taglio di Po, in Piazza Venezia n. 3 ; ha una cadenza settimanale e si svolge il lunedì sera, dalle 19,00 alle 20,30, per una durata di 1 ora e 30 circa.

La partecipazione è senza limiti temporali. Le famiglie frequentano per tutto il tempo che lo desiderano, per continuare a promuovere e a proteggere la propria salute. Nella nostra cornice di riferimento, il termine della partecipazione non può essere dato a priori come in una cornice terapeutica classica: la conclusione è legata o dettata dal tempo necessario al cambiamento della famiglia e al livello di cambiamento stesso che la famiglia decide per sé.

Si entra previo colloquio con il facilitatore, anche se la famiglia ha avuto altri colloqui con diversi operatori al SerT.

Il gruppo è aperto a chiunque chieda di impegnarsi per affrontare il problema con il gioco d'azzardo.

La partecipazione al gruppo è gratuita. Ogni famiglia versa, se può, una quota di 5 € al mese per le iniziative e i bisogni del gruppo.

L'astinenza non è la condizione indispensabile, ma si lavora perché il giocatore e i familiari accettino di iniziare fin da subito l'astensione dal gioco; il gruppo esiste per chi fa fatica a smettere di giocare.

E' auspicabile che frequentino minimo 2 famiglie e non più di 8-9 per un totale di 16-18 persone circa.

Le regole di funzionamento sono:

1. Puntualità dell'inizio della seduta; giorno e ora sono fissi.
2. Regolarità alla partecipazione degli incontri (chi non può partecipare lo comunica, previa telefonata al presidente del gruppo o al facilitatore).
3. Divieto di fumare durante l'incontro.
4. Gemmazione o divisione del gruppo al raggiungimento di 8-9 famiglie. Per la divisione si utilizzano criteri geografici, anzianità, sesso, complessità delle situazioni.
5. Riservatezza su quanto viene comunicato e discusso durante l'incontro.

Come lavora il gruppo:

La disposizione è in cerchio.

Si contano (segnandoli su di un registro) i giorni di non uso di gioco e/o altre sostanze.

Lettura del verbale (scritto a casa su di un quaderno - verbali da una famiglia a turno) dell'incontro precedente.

A turno ogni serata un membro del gruppo è il conduttore.

Si focalizza la discussione sul "qui e ora".

Lo stile comunicativo è *libero e svincolato* di tipo orizzontale.

Responsabilizzazione dei partecipanti anche attraverso l'individuazione di cariche che ruotano una volta all'anno, come:

- presidente e vice presidente,
- cassiere (un familiare),
- incaricato/i delle visite a casa degli assenti
- incaricato per organizzazione di momenti di festa (cena, pizza, ecc.).

Può succedere qualche volta che il gruppo sia autogestito, ovvero che si incontri senza il facilitatore, qualora questi sia impossibilitato a partecipare. In questo caso le famiglie organizzano l'incontro come al solito.

Il facilitatore è il catalizzatore del processo di cambiamento:

- accetta il problema ed evita pregiudizi, è disponibile a svolgere il compito, ad esserci come persona.
- ha conoscenza della problematica che si acquisisce anche lavorando con il gruppo, studiando e aggiornandosi.
- contribuisce a creare un clima di empatia, di accettazione, di non giudizio, in cui ognuno si sente libero di esprimersi.
- accetta la famiglia come un sistema umano, non come un sistema malato.
- catalizza il processo di scambio reciproco, non offre soluzioni che la famiglia deve trovare con le altre famiglie scegliendo per sé quelle che meglio le corrispondono.
- ha capacità di contagiare positività.
- disincentiva meccanismi di delega.
- riteniamo che all'interno del gruppo sia necessaria e sufficiente la presenza di un solo facilitatore, in quanto le relazioni e le interazioni qualora vi fossero due facilitatori, diventerebbero più complesse e si potrebbe creare confusione nelle famiglie.
- si rende disponibile ad un confronto regolare con altri facilitatori del territorio (auto supervisione). Nella nostra realtà, il facilitatore oltre al confronto con gli operatori del SerT, si incontra una volta al mese con i Servitori-Insegnanti ACAT della zona.

DEMOGRAFIA STORICA E ATTUALE

Dal suo avvio, il gruppo ha accolto (anche una sola volta) in totale 17 famiglie. Attualmente il gruppo è composto di 9 famiglie:

- 7 giocatori partecipano con i famigliari
- 2 giocatori partecipano da soli

Dalla nascita del gruppo, 8 famiglie (47%) hanno abbandonato, mentre le rimanenti 9 famiglie (53%) sono rimaste in programma.

Le 9 famiglie che frequentano sono:

- 3 coppie coniugi
- 1 coppia di fidanzati
- 1 coppia non convivente
- 1 coppia madre-figlio
- 1 coppia cugine
- 2 giocatori partecipano da soli: 1 vedovo senza figli, 1 ex giocatore anonimo

Età: min. 29 anni - max 72

Lavoro: 5 pensionati, 4 occupati

Sesso: 8 uomini e 1 donna

Scolarità: 3 Scuole Elementari, 6 Medie Inferiori

Ruolo in famiglia: 2 figli, 3 mariti, 1 cugina, 1 vedovo, 1 compagno

Le 8 famiglie che hanno abbandonato sono:

- 1 donna con problemi psichiatrici precedenti al GAP e con familiari poco o per niente presenti
- 3 donne per le quali partecipavano solo i famigliari
- 3 uomini con familiari
- 1 uomo che partecipava da solo (familiari in un'altra città)

Età: min. 35 anni max 68

Lavoro: 5 occupati e 3 pensionati

Sesso: 4 uomini e 4 donne

Scolarità: 3 Scuole Elementari, 4 Medie Inferiori, 1 Media Superiore

Ruolo in famiglia: 3 mogli, 1 marito, 1 mamma separata, 1 separato, 2 figli

Le 5 giocatrici donne che abbiamo conosciuto direttamente/indirettamente:

Delle donne che abbiamo incontrato, 4 hanno abbandonato e 1 è ancora in programma.

In generale sono donne con conflittualità familiare molto elevata e legami affettivi fortemente compromessi; l'età media è 60 anni; 2 sono separate (in pensione), 1 in procinto di separazione (casalinga), 1 di fatto separata in casa (pensionata), 1 è fidanzata.

- Si sono conosciute indirettamente n. 3 donne che hanno rifiutato l'inserimento nel gruppo; per loro hanno partecipato solo i familiari per circa cinque mesi.
- 1 donna era seguita dal servizio psichiatrico per problemi di forte depressione; ha partecipato all'inizio con le figlie le quali poi non hanno rispettato gli impegni presi (partecipazione e tutoraggio economico) e pertanto ha abbandonato.
- Attualmente al gruppo partecipa 1 giovane donna di 32 anni che lavora nell'attività familiare; anche per lei ci sono legami familiari conflittuali e poco significativi; la madre vedova non partecipa e neppure il fidanzato. Agli incontri è presente con una cugina che la sostiene e che è attiva nella Associazione ACAT locale.

VALUTAZIONE DI ESITO

Presentazione di alcune storie.

F.: andamento positivo

Maschio, 26 anni, diploma di scuola media inferiore, rappresentante/trasportatore di prodotti surgelati. F. dichiara di giocare da sei mesi in maniera problematica principalmente alle slot-machine; non ha problemi con altre sostanze, ma dichiara un'affezione eccessiva ai video giochi. Il nonno materno era alcolista. E'arrivato al gruppo passando prima dal SerT assieme alla famiglia al completo, genitori, sorella e fidanzata. La famiglia ha contattato il Servizio per il problema del figlio che da alcuni mesi aveva iniziato a giocare, sottraendo denaro al datore di lavoro. Il suo percorso ha

visto impegnato anche il datore di lavoro che ha accettato un risarcimento rateale dalla busta paga per la sottrazione indebita. E' stata la loro prima richiesta di aiuto. Fin da subito tutta la famiglia si è messa in discussione, impegnandosi a non giocare, a fare tutoraggio economico e rivedendo il proprio stile relazionale. Prima del gruppo, la famiglia teneva un atteggiamento iperprotettivo che impediva a F. di autonomizzarsi e responsabilizzarsi. A distanza di due anni, i genitori hanno lasciato il gruppo e a frequentarlo sono ora F. e la fidanzata. F. non gioca più alle slot-machine e nemmeno ai video giochi; nel tempo libero fa molta attività sportiva ed ora ha anche progetti matrimoniali. La fidanzata è impegnata nell'associazionismo locale e nel dare avvio alla nascita dell'Associazione dei gruppi di auto mutuo aiuto sull'azzardo.

D.: situazione incerta

Maschio, 47 anni. Arriva al Servizio nel 2002, quando la risposta ai problemi legati all'azzardo non era ancora ben strutturata. D. ha un diploma di scuola media inferiore, è coniugato e padre di un figlio di 13 anni. Lavora come operatore ecologico. Dichiarava di giocare alle slot-machine da circa due anni. E' la moglie ad accompagnarlo dichiarando di essere a conoscenza del problema da un anno circa. Non accetta più lo spreco di denaro e le continue tensioni in famiglia a causa del gioco. La paura di perdere la sua famiglia fa decidere a D. di affrontare il problema. Dopo un periodo di sostegno familiare, in seguito a ricadute, viene data indicazione di frequentare il gruppo dei Giocatori Anonimi a Padova. La frequenza al gruppo è incostante, anche legata alla distanza e alla non partecipazione dei familiari. Nel 2009, in seguito a una ricaduta, D. accetta l'inserimento nel gruppo di auto mutuo aiuto locale che frequenta però da solo. La moglie non partecipa al gruppo dichiarando motivi di salute. Anche il figlio non partecipa, nonostante dai racconti di D. si sospettino comportamenti a rischio legati all'uso di alcol e uso di spinelli. L'andamento rimane incerto per noi, nonostante D. non giochi da nove mesi: non abbiamo un riscontro reale da parte dei familiari, nonostante telefonicamente la moglie confermi l'astinenza del marito ed inoltre il percorso di cambiamento è solo di D. e non del resto della famiglia. D. si giustifica spesso per la mancanza della famiglia portando l'esperienza dei G.A. che si incontrano da soli, separatamente dai familiari.

S.: esito negativo

Maschio, 31 anni, diploma di scuola media inferiore, coniugato da cinque anni e padre di un bimbo di 6 anni. S. gioca da 10 anni principalmente alle slot-machine, anche nel bar del suocero e saltuariamente al casinò. Si sposa dopo la nascita del figlio, quando ha già problemi di gioco. Lavora come pittore con altri due soci. Arriva al Servizio nel 2006 assieme alla moglie e iniziano con dei colloqui familiari con lo psicologo; nato il gruppo accettano di frequentarlo. Sono assidui per quattro mesi, senza ricadute e agli incontri portano qualche

volta anche il figlio, dopo di che interrompono la frequenza. Dopo una fase da “luna di miele” dove S. recupera il rapporto con moglie e figlio dedicando loro più tempo e attenzioni, la famiglia abbandona (dopo cinque mesi) in quanto non riesce a far propri i suggerimenti del gruppo: il tutoraggio economico da parte della moglie, il coinvolgimento dei soci di lavoro, interrompere la frequentazione del bar del suocero. Si era suggerito inutilmente un coinvolgimento dello stesso suocero o di altri familiari nel programma, sempre tenuti all’oscuro del problema di gioco di S.

Chiamati per un monitoraggio al SerT, dichiarano di aver giocato una sola volta assieme al casinò minimizzando l’accaduto. Dopo altri due colloqui al Servizio non si fanno più sentire, nonostante anche il gruppo si sia attivato per riaverli.

Indicatori generali di valutazione per decretare il successo/insuccesso terapeutico:

- Partecipazione regolare di tutta la famiglia e no delega
- Impegno nel tutoraggio economico
- Impegnarsi nel non giocare e nel non usare altre sostanze
- Informare parenti e amici ed eventualmente il datore di lavoro o soci
- Costruire un modo nuovo per trascorre il tempo libero
- Lealtà personale e nei confronti del gruppo

Relativamente ai problemi additivi, “Un trattamento per definirsi efficace dovrebbe dimostrare: risultati positivi e stabili almeno del 15-20% (al di sotto di questi dati è remissione spontanea).

- Astinenza nel tempo
- Cambiamento dello stile di vita
- Facile accessibilità
- Facile diffusione
- Costi molto bassi

In pratica, i requisiti appena indicati sono quelli richiesti ai trattamenti che si devono rivolgere a un grosso numero di persone” (G. Aquilino e altri, 2008).

Si effettua un follow-up periodico (6-12 mesi) in cui si focalizzano:

- Rapporto gioco/sostanze
- Sfera relazioni affettive familiari e comunitarie
- Gestione finanziaria
- Attività lavorativa
- Tempo libero

SUGGERIMENTI PEER TO PEER – TEMPESTA DI IDEE

- Accettare di avvicinarsi umanamente alle famiglie.
- Formarsi/aggiornarsi sulla problematica GAP.

- Rinunciare all'onnipotenza di risolvere i problemi degli altri, ma accettare di fare un cammino insieme.
- Riconoscere che le persone hanno, nonostante le difficoltà, la capacità di migliorare la propria condizione.
- Riconoscere che le persone hanno dei tempi propri di cambiamento.
- Rinunciare a tutto e subito, accettando che le persone possono avere delle ricadute.
- Accettare di confrontarsi con altri operatori che si occupano di tali problematiche, ricordando che la diversità è ricchezza e che ogni modalità di lavoro è importante.
- Mantenere una rete di relazioni con altri operatori/associazioni nel tempo.

Empowerment e capitale sociale

Le esperienze di auto mutuo aiuto contengono innumerevoli presupposti per l'implementazione e la produzione di capitale sociale. Incrementano: amicizia, fiducia, solidarietà intesa come reciproca responsabilità, l'esercizio dell'ascolto e della riflessione, il pensare al proprio futuro considerando anche quello degli altri.

Sono uno strumento per auto-educarsi a stili di vita che promuovano salute, affinché i cittadini siano in grado di scegliere, affrontare, valutare in piena responsabilità.

Contribuiscono a costruire un territorio solidale, moltiplicando conoscenze e consolidando relazioni che costruiscono sicurezza urbana, sociale e relazionale.

Attualmente si sta lavorando con le famiglie del gruppo di auto mutuo aiuto locale per la nascita di un'Associazione formalizzata. I punti della rete che si è creata (SerT, Acat, C.T. Solidarietà Delta, Gruppo Ama) non sono pochi, ma non sono esaustivi e si possono/devono implementare per situazioni più complesse come ad es. per coloro che necessitano di una permanenza in strutture residenziali.

Restano aperte alcune questioni, quali:

- Come creare un collegamento con le C.T. senza finanziamenti?
- Come e quando attivare la prevenzione, ad esempio nelle scuole, quando non è previsto personale pubblico aggiuntivo?

**ESPERIENZE CONDOTTE
NELL'AMBITO DEI SERVIZI PRIVATI
E DEL TERZO SETTORE**



Scambi di vedute in pausa pranzo. S. Oliva e G. Puntellini

**LA CARTA DI IDENTITA’
DEL “GRUPPO TERAPIA PER GIOCATORI E FAMILIARI”
DELLA COOPERATIVA SOCIALE NUOVA VITA DI VICENZA**

**Contributo di
Stefano Cezza, psicologo,
e Anna Toniolo, psicologa psicoterapeuta**



“Gruppo terapia”

Conduttori: CEZZA STEFANO psicologo specializzando in psicoterapia sistemica, TONIOLO ANNA psicologa e psicoterapeuta.

Il gruppo accoglie: GIOCATORI E FAMILIARI

DATI ORGANIZZATIVI

Orario di svolgimento? 19,30-21,30

Luogo? Vicenza

Durata incontri? Due ore circa

Frequenza incontri? Settimanali

ULTERIORI TRACCE PER DESCRIVERLO

Quando è nato? 2002

In che contesto? A seguito di richieste aiuto da parte di giocatori e familiari

Con quali obiettivi? Affrontare la dipendenza da gioco e le relative conseguenze collaterali

Ci sono teorie di riferimento cui il gruppo si ispira? Approccio Sistemico

Aperto, chiuso? Chiuso. Il gruppo si chiude quando raggiunge almeno 5 giocatori e questo avviene in genere nell'arco di 3-4 mesi. Questo tempo è dettato dai tempi di affluenza delle richieste. Dal 2002 sono stati aperti e chiusi 3 gruppi.

Chi entra? Giocatore e familiare

Come entra? Dopo alcuni incontri preliminari di conoscenza e verifica motivazionale

C'è un pagamento? Se sì, quanto? Per quale motivo si paga? Si c'è un pagamento di 50 € mensili, come valorizzazione e motivazione al percorso

Vi sono regole di accesso? motivazionali, di rispetto alla privacy delle altre persone presenti, rispetto degli orari, costanza nella frequenza

E' richiesta astinenza? No

Durata del percorso? 1,5 anni circa

Quante persone lo possono frequentare simultaneamente? Cioè, c'è un numero minimo/massimo? 10-12

Obbligo di frequenza? Sì

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

Quante persone sono entrate complessivamente dall'inizio? Sessanta circa

Quali le loro caratteristiche? A parte due signore, gli altri tutti maschi, giocatori con familiari che oltre al gioco associavano altre difficoltà particolarmente incentrate nell'area relazionale.

Età? Media anni 40

Lavoro? Di diverse categorie: vanno dal disoccupato, all'operaio, all'impiegato, al commerciante, al libero professionista

Sesso? Prevalenza maschile

Ruolo in famiglia? Centrale, dal punto di vista dell'attenzione. Il ruolo in famiglia è centrale perché i giocatori attraverso il gioco riescono a ricavarci un largo spazio di attenzioni da parte di tutti i familiari, oltre che a dettare le condizioni.

Gioco problematico? La tipologia di giochi è prevalente quella con le slot-machine, poi ci sono il lotto, le scommesse ai cavalli, il gratta e vinci, i giochi del casinò, qualche caso di gioco alle carte.

Avevano in corso altri trattamenti/interventi? Se sì, quali e dove? Soltanto alcuni pazienti avevano in corso trattamenti con altri terapeuti: percorsi individuali.

Quante hanno concluso la loro frequenza al gruppo? Il 60%

Come si è chiusa la loro partecipazione? Dimissioni concordate per il 60%; gli altri, interruzione dovuta nella maggioranza dei casi a ricadute.

Motivo di uscita? Per il 40% di dimissionari non in accordo con lo staff, le motivazioni in genere sono legate ad una interruzione dell'alleanza terapeutica dovuta o dalla difficoltà di affrontare questioni personali delicate o all'emergere di verità sino ad all'ora tenute coperte.

Dimissioni concordate? 60% circa

Drop out? 40% circa

E' stato fatto un follow up dopo l'uscita? Se si, come e con quali esiti?

Nessuno

Altre notizie che vi sembrano importanti circa la demografia storica del vostro gruppo? Caratterizzato nella maggioranza da coppie dove il partner si è rivelato essere co-dipendente.

DEMOGRAFIA ATTUALE

Un mese e mezzo fa il gruppo sopra descritto si è concluso: i componenti del gruppo precedente sono stati dimessi per conclusione del percorso terapeutico.

Il gruppo è quindi cambiato e vi è un nuovo co-conduttore (dr.ssa Giorgia Bogoni).

Il gruppo attuale è un po' differente di quello precedente, sostanzialmente, perché non è più composto da coppie solamente.

La dr.ssa Giorgia Bogoni è psicologa psicoterapeuta e partecipa alla conduzione del gruppo.

Quante persone sono attualmente presenti? 10

Da quanto tempo frequentano il gruppo? 2 mesi circa

Quali le loro caratteristiche? Giocatori maschi con un familiare che può essere o il partner o un genitore, o un fratello, in un caso c'è un amico .

Età? Media 37 anni

Lavoro? Operai, libero professionisti, impiegati.

Sesso? Maschile.

Ruolo in famiglia? Secondario fino alla comparsa del gioco patologico.

Gioco problematico? In gruppo ora abbiamo giocatori di slot-machine come gioco prevalente e qualcuno ha giocato anche al gratta e vinci e al lotto.

Avevano in corso altri trattamenti/interventi? Se si, quali e dove? 2 hanno un percorso individuale con psicologo.

E' stato concordato un follow up dopo l'uscita? Se si, cosa è stato previsto di fare? No

VALUTAZIONE DI ESITO

Presentazione di un caso con esito negativo

Lo chiameremo P.

P., si presenta alla Coop. Nuova Vita inviato dal SerT di appartenenza, in seguito ad una richiesta di aiuto per un recente tentativo di suicidio, il secondo, avvenuto dopo, la perdita del lavoro, e la perdita al gioco d'azzardo di una consistente quantità di denaro. Oltre a ciò P. aveva iniziato ad assumere alcol in maniera esagerata, questo il motivo della presa in carico da parte del SerT. Viene inserito nel centro diurno della Coop. dove vi rimane per

circa 9 mesi, fino a quando non si trova un lavoro; poi continua a frequentare il gruppo di terapia per GAP assieme alla moglie per circa un altro anno e mezzo fino alla sua auto dimissione in seguito a ripetute ricadute. Nel periodo in cui frequenta il diurno partecipa a terapia di gruppo e terapia familiare, con gli obiettivi di una riabilitazione sia psichica che lavorativa. Adotta le dovute strategie per rimanere astinente dall'assunzione di alcolici e dal gioco; per quest'ultimo problema viene coinvolta la famiglia: la moglie e una sorella la quale si rende disponibile alla gestione del denaro sia per la diretta conoscenza del problema (ha un trascorso di giocatrice problematica, da qualche anno superato), sia per la difficoltà della moglie a svolgere questa funzione. Questa presenza di familiari rimane poi per tutto il periodo di frequentazione del gruppo per giocatori patologici.

Storia personale:

P. ha 50 anni.

0/5 anni: racconta di essere stato iperprotetto, soprattutto dalla madre in quanto, appena nato ha avuto una malattia, di cui non si sa il nome, per cui gli uscivano ematomi su tutto il corpo se veniva appoggiato a superfici o se veniva toccato. Questo ha aperto il mito familiare che P. non potesse essere toccato e nel tempo ciò ha prodotto degli esiti infausti nella sua educazione. Il padre non riusciva ad intervenire sul figlio in quanto la madre lo bloccava e difendeva comunque sempre il figlio.

6/8 anni: a scuola non era particolarmente attivo e presente, anche i contatti con i compagni erano sporadici. Cresciuto in solitudine, non ricorda amici d'infanzia con cui giocare o rapportarsi. Teneva ad emulare i grandi fin da allora, combinando da solo una serie di "marachelle" come le definisce lui.

Adolescenza: precocemente indipendente rispetto alla famiglia che non aveva il potere di esercitare nessun controllo sul figlio, già all'età di dodici/tredici anni usciva di sera fino alle tre di mattina, suonando al tempo in un gruppo musicale della zona. Il mattino andava a scuola, e senza nessuno scrupolo si nascondeva dietro alla porta dell'armadio e dormiva indisturbato. Né i richiami dei professori, né quelli dei genitori sortivano effetti significativi. Racconta inoltre che di notte rubava la macchina del papà facendo anche una cinquantina di chilometri indisturbato.

In età adulta: in seguito al fallimento dell'azienda che aveva messo in piedi, nell'88 si trasferiva a Torino, assieme alla moglie per fare il portiere in un grande albergo. Il rapporto con la moglie viene descritto senza passione e interesse, afferma essere un legame dettato dal senso del dovere più che per amore. L'interesse sembra essere a senso unico, in cui lei ha sviluppato una dipendenza nei confronti di P.. Racconta episodi in cui lei, timorosa di perderlo in seguito a delle liti, passava la notte seduta ai piedi del letto del marito per chiedergli scusa il mattino appena sveglio. Tale rapporto ha sicuramente rafforzato gli aspetti narcisistici del sig. P..

Famiglia di origine: padre, morto di tumore nel 1993 a 62 anni, madre ottantenne ancora presente. Dei suoi genitori dice che sono sempre stati molto impegnati nel distributore di benzina che avevano in casa, come lavoro che manteneva tutti. Dice che erano affettivi e presenti ma non incisivi e che non sapessero dargli una guida o un contenimento timorosi di fargli male.

Ha due fratelli e due sorelle. Un fratello più grande e uno più piccolo, le due sorelle tutte più giovani. Il fratello maggiore di P. è morto di un embolo. Dice di aver sofferto molto di tale perdita. Il fratello più giovane che oggi convive con un compagno, avendo un rapporto omosessuale, è stato sposato e ha avuto una figlia dal precedente rapporto. Le due sorelle, come già detto, sono più giovani di lui: una è sposata con un uomo molto più giovane di lei e ha una figlia, l'altra convive con un uomo che è separato e ha una figlia dal primo matrimonio. Dice che una di queste si è salvata dal gioco d'azzardo grazie alla nascita della figlia.

Famiglia di P.: sposato con S. nel 1988; S. ha 43 anni e fa l'operaia; lei stessa definisce il suo rapporto con P. "dipendente", lo ha conosciuto che era molto giovane e a 21 anni quando si sposa dice che le ha permesso di staccarsi dalla possessività dei suoi genitori in particolare del padre. Questi non ha mai accettato la sua relazione con P. tanto che in un periodo di crisi tra lei e P., quando abitavano a Torino, se l'è andata a prendere e se l'è portata a casa. Dice di essere molto stanca di stare a fianco di un giocatore come P. (e la si può comprendere, perché lo è da 35 anni), però non tollera nemmeno l'idea di lasciarlo. Non hanno figli e vivono in una casa non molto lontano da quella dei genitori.

I pazienti sono entrati su invio del SerT, dopo che P. aveva per la seconda volta tentato il suicidio. Nonostante che la situazione fosse molto pesante sia sul piano personale sia sul piano della coppia, P. fin dall'inizio fa molta fatica ad aderire alle indicazioni dategli, ad accettare la sua dipendenza, è sempre particolarmente attento a mantenere le distanze da tutti. È convinto che nessuno abbia qualche cosa di efficace da passargli, le uniche risorse possibili vengono soltanto da Sé. La moglie, anche se fa sentire la sua fatica il suo disappunto, lo asseconda sempre e non ha energia, forza sufficiente per prendere posizione; in fondo in fondo però gli va bene così (siamo sempre stati convinti che il gioco di P. e la sua fragilità, gli desse la garanzia di non essere abbandonata). Dopo circa 14 mesi di frequenza P. sembra maggiormente disposto a mettersi in gioco, lo si vede più rilasciato e disponibile. È particolarmente attento e puntuale negli interventi, anche S. lo vede più convinto e Lei si sente più sicura. Purtroppo era il periodo che aveva ripreso il gioco, ce lo confessò 6 mesi dopo, quando non poteva più tenerlo nascosto. In questo momento, dopo la dichiarazione di ricaduta, gli vennero date alcune indicazioni per contenere questa situazione e riprendere l'astinenza, anche S. gli si pone con più energia cercando di renderlo più consapevole delle sue debolezze e responsabilità. Di fronte a ciò, P. abbandona completamente il percorso, non avendo più possibilità di ristabilire la sua distanza dal gruppo, non riesce a reggere la possibilità di essere visto. Questo è il modo in cui P. e S. concludono il percorso terapeutico.

Riteniamo questo caso un fallimento perché il percorso terapeutico non ha minimamente inciso sul sintomo, sulle strategie per affrontare i problemi, nella capacità di chiedere aiuto. Inoltre anche da parte nostra ci siamo resi conto di quanto sia stato negativo accettare che alcune regole basilari per la gestione del sintomo non venissero rispettate sin dall'inizio, come la gestione

e il controllo del denaro, il frequentare ambienti rievocativi (bar, dove si può giocare) e altri. Questa linea la avevamo adottata consapevoli del rischio soltanto per vedere se fosse stato possibile, un aggancio, in un momento successivo e che richiedere in maniera ferma subito queste condizioni P. avrebbe abbandonato subito. Abbiamo provato, ma non è servito a nulla! Purtroppo abbiamo saputo in questi giorni dai giornali, che P. è mancato, causa di un incidente stradale.

Caso con esito positivo

P. e A. si conoscono sul luogo di lavoro. Lei al tempo era sposata con un uomo alcolista, madre di due figli (di cui uno disabile). Lui, scapolo, viveva in famiglia insieme ai genitori già piuttosto anziani. P. viene descritto come un figlio modello: primogenito, responsabile, un gran lavoratore, nessuna distrazione o vizio che lo potesse distogliere dai progetti e dalle aspettative genitoriali. A. invece proviene da una famiglia disgregata, prematuramente perde i contatti con il padre che abbandona la famiglia e coltiva un rapporto conflittuale con la madre rimasta di lei incinta in giovane età. Dopo alcuni anni di frequentazione "abusiva" entrambi iniziano a rivolgere all'altro delle richieste che non sentono, essere soddisfatte. Iniziano ad esercitare delle pressioni che, alternativamente e reciprocamente, appesantiscono la relazione. P. le chiede di definirsi e di lasciare il marito ma A. non ha le sicurezze di cui ha bisogno per affrontare la separazione.

P. inizia così a fantasticare sulla possibilità di riscattare la propria posizione attraverso l'accumulo di denaro. E' così che inizia a giocare. P. ha giocato per circa un anno soltanto in borsa. E' così che semplici guadagni in borsa, possibilità d'investimento iniziano a diventare il pensiero fisso durante tutta la giornata. E' così che quando A. si propone per la convivenza lui si impegna ma ha accumulato ormai molti debiti e, mentendo, continua a giocare nel tentativo di rifarsi di quanto ha perduto. Dopo un paio d'anni ricchi di lunghe assenze da casa, ostinati silenzi, sbalzi d'umore, irrequietudine, emerge il problema del gioco.

A. quindi contatta la Coop. chiedendo una consulenza per le difficoltà di gioco del proprio compagno. Il programma prevede una serie di colloqui individuali prima dell'inserimento della coppia in gruppo. Spicca fin dal principio la forte ambivalenza di A. nei confronti della terapia, necessita di un sostegno ma vorrebbe essere lei la risolutrice del problema. Questa è solo la prima contraddizione di una lunga serie. Dal canto suo P., portatore del sintomo, fatica a farsi carico delle proprie responsabilità e di chiedere aiuto per sé; necessità di visibilità ma è coperto da una grande "mamma" che lo protegge e contemporaneamente gli dona sicurezza. Si dimostra inizialmente difficile riuscire a spostare gli equilibri in quanto entrambi, dal lavoro terapeutico, si aspettano che il sintomo scompaia senza che debbano per questo cambiare anche le regole sottostanti al suo insorgere o alla sua permanenza.

L'inserimento in gruppo è stato caratterizzato dall'iniziale obiettivo di controllare le giocate e creare un periodo di astinenza più lungo possibile. Ciò è stato perseguito in primis limitando tutte le possibilità di maneggiare

contanti o comunque forme di denaro (nel caso di P. si è provveduto a bloccare carte di credito e conti correnti) con la supervisione da parte di A. delle spese familiari. Per riuscire a fare fronte ai debiti accumulati si è programmato un piano di rientro che ha permesso a P. una maggior presa di coscienza di quanto avvenuto e la possibilità, attraverso un ulteriore e nuovo lavoro serale, di riparare i danni fatti. Questo è stato utile anche per restituirgli una maggiore stima di sé e un ruolo attivo all'interno del contesto familiare.

Via via si è potuto lavorare sui ruoli e sulle funzioni ricoperte facendo emergere le similitudini con le rispettive famiglie d'origine ed evidenziando le possibili collusioni all'interno della coppia. In effetti P. si era molto appoggiato ad A. delegandole la ricerca di una soluzione possibile e così facendo la relazione di coppia non risultava più essere paritaria. D'altro canto anche A. godeva di questa sua dipendenza desiderando eccessivamente e in modo distorto d'essere amata. Un passaggio importante è stata l'esplicitazione di questi equilibri e la possibilità di correre il rischio di "romperli" per cercarne di nuovi. Per A. è risultato utile intraprendere un percorso personale che le permettesse di affrontare questa nuova situazione critica alla luce anche di vecchi fantasmi e antichi dolori e il suo spostamento ha permesso a P. di sentirsi nuovamente accettato. Le successive crisi sono state affrontate utilizzando anche questi nuovi strumenti e questi nuovi spazi di dialogo e confronto: il gruppo è così diventato uno specchio dove riflettere e riflettersi in cerca di risposte non sempre pronte e chiare.

Si ritiene essere stato questo uno dei casi con positivo risultato dato la dismissione del sintomo, la scoperta di nuove strategie per affrontare i problemi, la maturazione di una richiesta d'aiuto.

Si pensa comunque importante sottolineare che alcune contraddizioni o ambivalenze sono rimaste e in alcuni casi le stesse potrebbero essere di intralcio al lavoro di gruppo. In particolare ci riferiamo alla compresenza di più terapie o consulenze di sostegno. Si riscontra infatti l'utilità delle stesse se esiste la possibilità di collaborazione tra i differenti professionisti coinvolti per intessere un lavoro a più mani ed evitare così collusioni che spesso portano alla svalutazione del lavoro altrui, alla squalificazione; aspetti questi, tra le osservazioni fatte, molto cari e noti ai pazienti considerati.

Il loro percorso terapeutico si è concluso dopo 2 anni circa e la conclusione è stata concordata.

Caso con esito dubbio

Questo è un caso di drop-out con un percorso di breve durata. Lo definiamo dubbio perché dopo circa 8 mesi dall'interruzione del percorso di terapia, avvenuto per motivi non ben esplicitati, c'è stato un contatto con la moglie, incontrata casualmente per Vicenza, la quale garantiva l'astinenza da gioco da parte del marito; sulla verità di ciò si sono creati dei dubbi sia da parte dell'equipe, che da parte del gruppo degli utenti.

S. di anni 40, sposato con M. di 31, hanno un figlio di 9 anni e il loro matrimonio è avvenuto 14 anni fa.

S. fa il corriere presso una ditta di trasporti, mentre M. fa l'operaia.

S. è l'ultimogenito, ha due sorelle più grandi, i genitori, prima il padre, vengono a mancare precocemente, così fa riferimento alle sorelle le quali lo riempiono di attenzioni e di coccole. Quando incontra M. le relega subito un ruolo materno ed ella lo accoglie appieno continuando le cure e le attenzioni delle sorelle. Questo ruolo relega S. ad essere sì coccolato ma contemporaneamente di poco peso e poca importanza, nella famiglia, e questo, anche se in maniera ambivalente, se lo vive con disagio e senso di inferiorità. Questa percezione viene trasferita anche nell'ambito del lavoro, come senso di svalutazione e di poca considerazione se non di sfruttamento da parte dei colleghi e del datore di lavoro.

M. primogenita di due sorelle contribuisce molto presto al sostegno familiare diventando (ruolo che tuttora conserva), di riferimento per la famiglia di origine, dove ne ricava valorizzazione e considerazione.

La scolarizzazione di tutti e due è molto bassa.

È M. a mettersi in contatto per chiedere di essere aiutati ad affrontare i problemi di gioco sviluppati da S. dopo la scoperta avvenuta in seguito alla segnalazione della banca di un consistente debito.

S. aveva già avuto problemi di gioco d'azzardo circa tre anni prima e questa volta dopo la segnalazione della banca M. chiede aiuto alla sua famiglia la quale provvede a sanare il debito.

Dopo la ricaduta, motivata per riscattarsi dal senso di inadeguatezza e svalutazione, vissuto nell'ambito lavorativo e familiare marito e moglie iniziano a frequentare il gruppo dove M. fa da tutor nel programma di risanamento dei debiti gestendo le priorità delle spese da sostenere e dei debiti da saldare; si assume anche il compito di gestire e limitare l'accesso al denaro da parte di S.; inoltre definisce e gestisce il piano giornaliero dell'uso dei soldi, dove è stata concordata in gruppo la quantità giornaliera di denaro da maneggiare per le quotidiane e indispensabili necessità.

In questo primo periodo sembrano aderire al programma con una buona motivazione e costanza, con atteggiamento attivo da parte di entrambi. Appena si iniziano a mettere in discussione le dinamiche interne alla coppia, iniziano ad emergere le prime difficoltà manifestandosi con chiusure, racconti non veritieri di reciproca copertura e di forte complicità da parte di M. andando a volte a mettere in discussione l'alleanza terapeutica iniziale.

Incominciano a non essere più costanti nella frequentazione al gruppo, ma si alternano coprendosi in maniera protettiva reciprocamente.

Nel momento in cui si affrontano aspetti di S. e vengono messi in discussione alcuni suoi stili di comportamento, questi si chiude diventando oppositivo, e anche M. giustifica le motivazioni di S. ad allontanarsi dal gruppo.

Con una motivazione molto discutibile derivata da problemi subentrati nell'orario di lavoro, interrompono il percorso dopo sei mesi di frequenza.

Si può segnalare in questo caso (e in molti altri), la codipendenza da parte del partner la quale in maniera paradossale chiede aiuto nel far sì che gli equilibri rimangano tali e cioè il giocatore nella sua dipendenza da gioco e il partner nella sua dipendenza affettiva.

Riflessioni :

questa coppia, subiva una particolare interferenza, da parte delle famiglie di origine e aderire a un percorso terapeutico non era veramente una propria esigenza, ma una indicazione (mandato) da parte di queste. Quindi, per i due coniugi, il percorso terapeutico, poteva rappresentare più che un aiuto una minaccia, dove si poteva correre il rischio, di mettere in crisi l'equilibrio di coppia.

Anche la compagna del giocatore avrebbe avuto la necessità di un supporto, magari in momenti diversi del gruppo, come un percorso individuale, o partecipare ad un gruppo con altre compagne di giocatori, al fine di avere uno spazio di comprensione specifico.

Non è stato effettuato il follow up sui casi descritti.

CRITERI DI VALUTAZIONE

I criteri di valutazione che abbiamo adottato per definire i casi, positivo, negativo, dubbio, possiamo connotarli come:

- Aver raggiunto o meno l'astinenza dal gioco problematico (facciamo fatica a pensare che sia possibile gestire un gioco controllato per chi ha sviluppato una dipendenza patologica).
- Aver conquistato una chiarezza e consapevolezza delle proprie dinamiche relazionali sia all'interno che all'esterno dell'ambito familiare.
- Aver raggiunto una chiarezza rispetto alle proprie responsabilità e a quelle altrui.
- Aver raggiunto consapevolezza delle proprie fragilità.
- Capacità di gestire le risorse della rete di appartenenza creando dei riferimenti concreti.

CORRELAZIONI

(che cosa ha funzionato, che cosa non ha funzionato....)

A tale riguardo abbiamo fatto alcune considerazioni :

- Quando i conduttori del gruppo sono troppo protettivi il gruppo non cresce.
- Quando i conduttori del gruppo non sono protettivi il gruppo salta.
- La co-dipendenza del partner si inserisce a definire la protettività: la paura dell'uno alimenta la paura dell'altro.
- E' importante stabilire fin da subito delle regole, se a queste non viene data la dovuta importanza spesso ciò è fonte di ricaduta (in particolar modo nella gestione dei soldi).
- Un altro punto importante, questo avviene durante il percorso terapeutico, è aiutare i membri della coppia a definire il proprio ruolo all'interno di questa. L'utilizzo del genogramma aiuta in questo, mettendo in evidenza i mandati, i miti, le mappe, che ognuno si porta appresso,

ereditate dalle proprie famiglie di origine; questo permette di poter lavorare sugli arroccamenti dei singoli.

- Dovuto ai modelli di riferimento personali dei conduttori, abbiamo lavorato su impostazioni cliniche, piuttosto che educative: quali i pro e quali i contro?

INDICATORI PROGNOSTICI

- Motivazione/disperazione (aver toccato il fondo)
- Una buona rete
- Dipendenza di coppia rilevante (prognosi negativa)
- Buone risorse strutturali individuali
- Il tempo di gioco patologico (se lungo prognosi negativa)

SUGGERIMENTI

Per chi volesse aprire un gruppo di un gruppo GAP:

se possiamo permetterci di dare dei consigli diremmo:

- Trovare il modo per fare una formazione specifica (si tratta sempre di una dipendenza, ma la dipendenza da gioco, ha delle caratteristiche importanti che la distinguono).
- Munirsi di una buona supervisione magari fatta da altre equipe che lavorano in questo campo.

IL GRUPPO PER GIOCO D'AZZARDO PROBLEMatico DELLA COOPERATIVA SOCIALE NUOVA VITA DI VICENZA

Contributo di
Giorgia Bogoni, psicologa psicoterapeuta
e Federico Zanon, psicologo psicoterapeuta



LA CARTA DI IDENTITA' DEL GRUPPO ...

Il gruppo accoglie: giocatori e familiari insieme

DATI ORGANIZZATIVI

Orario di svolgimento? Dalle 19.00 alle 21.00

Luogo? Studio della Cooperativa Nuova Vita di Vicenza

Durata incontri? 2 ore

Frequenza incontri? una volta alla settimana

ULTERIORI TRACCE PER DESCRIVERLO

Quando è nato? 05.02.09

In che contesto? C'è stata la richiesta di aiuto di nuovi giocatori e si è creato un nuovo gruppo.

Con quali obiettivi? La cura consiste in un percorso a fasi a partire dal rinforzo della motivazione e dell'acquisizione della consapevolezza della propria

malattia, per andare poi ad individuare le cause della dipendenza, fino a favorire il cambiamento del proprio stile di vita.

Ci sono teorie di riferimento cui il gruppo si ispira? Il quadro teorico di riferimento principale è la teoria sistemico-relazionale con qualche riferimento legato anche al modello cognitivo comportamentale.

Aperto, chiuso? Aperto: ogni paziente con il familiare accede al gruppo in tempi diversi fino a raggiungere un numero di 8 pazienti; in quel momento il gruppo si chiude per aver raggiunto il massimo di giocatori previsti.

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

Quante persone sono entrate complessivamente dall'inizio? Sette

Quali le loro caratteristiche? A parte una signora, gli altri tutti maschi, giocatori con familiari che oltre al gioco associavano altre difficoltà particolarmente incentrate nell'area relazionale.

Età? Media anni 40

Lavoro? Di diverse categorie: vanno dal disoccupato, all'operaio, all'impiegato.

Sesso? Prevalenza maschile

Ruolo in famiglia? Hanno molto potere sulla famiglia in particolare nei confronti del coniuge che spesso presenta un legame codipendente.

Gioco problematico? La tipologia di giochi prevalente è quella con le slot-machine, poi ci sono il lotto, il gratta e vinci, i giochi del casinò.

Avevano in corso altri trattamenti/interventi? Se sì, quali e dove? Non avevano in corso altri trattamenti.

Quante hanno concluso la loro frequenza al gruppo? Il gruppo è stato chiuso perché c'è stata la necessità di unire due gruppi.

Come si è chiusa la loro partecipazione? Autodimissioni per il 70% gli altri hanno interrotto per altri motivi.

Motivo di uscita? Coloro che si sono autodimessi avevano deciso dopo 5 mesi di percorso di essere guariti e non avere più il desiderio di giocare; gli altri per motivi di lavoro (non riuscivano a prendersi del tempo per curarsi) e un'altra per un intervento chirurgico.

Dimissioni concordate? Nessuna; i due rimasti in terapia sono presenti tutt'ora con un nuovo gruppo.

Drop out? 70% circa

E' stato fatto un follow up dopo l'uscita? Se sì, come e con quali esiti? Nessuno.

Altre notizie che vi sembrano importanti circa la demografia storica del vostro gruppo? Caratterizzato nella maggioranza da giocatori con una forte relazione svalutante da parte dei familiari non solo legata alle problematiche del gioco.

DEMOGRAFIA ATTUALE

Un mese e mezzo fa il gruppo sopra descritto si è concluso: i componenti del gruppo precedente rimasti sono stati inseriti nel nuovo gruppo.

Il gruppo è quindi cambiato e vi è un nuovo co-conduttore (dr Cezza Stefano).

Il dr Cezza Stefano è psicologo specializzando in Psicoterapia Sistemica e partecipa alla conduzione del gruppo.

Quante persone sono attualmente presenti? 10

Da quanto tempo frequentano il gruppo? 5 mesi circa

Quali le loro caratteristiche? Giocatori maschi con un familiare che può essere o il partner o un genitore, o un fratello, in un caso c'è un amico.

Età? Media 37 anni

Lavoro? Operai, libero professionisti, impiegati.

Sesso? Maschile.

Ruolo in famiglia? Secondario fino alla comparsa del gioco patologico.

Gioco problematico? In gruppo ora abbiamo giocatori di slot-machine come gioco prevalente e qualcuno ha giocato anche al gratta e vinci e al lotto.

Avevano in corso altri trattamenti/interventi? Se sì, quali e dove? 2 hanno un percorso individuale con psicologo.

E' stato concordato un follow up dopo l'uscita? Se sì, cosa è stato previsto di fare? No

VALUTAZIONE DI ESITO

L., caso negativo

periodo di presa in carico 6 mesi

Uomo di 46 anni, terza media, operaio, vive in casa con la madre e il padre; il fratello minore muore di overdose 7 anni fa lasciando moglie e figli a carico del padre.

Gioco preferito: slot-machine

Personalità ansiosa, si presenta accompagnato dalla sorella poi dal padre e sarà il padre che parteciperà ai gruppi. L. è single vive in famiglia non ha avuto mai una relazione affettiva e gli amici che conosce sono quelli del bar che lo invitano a giocare alle slot-machine e pochi altri con cui sporadicamente esce. Non ha passioni nel tempo libero. La sua giornata la trascorre al lavoro e al bar. L. in famiglia è il bimbo di casa per la madre e l'uomo senza speranza di diventare tale per il padre. Il padre è una figura che occupa tutto lo spazio da cui è difficile individuarsi. Durante il percorso sia lui sia il padre colludono e tentano di manipolare le informazioni. L. presenta ambivalenza circa la decisione di smettere di giocare e una poca adesione alla cura. Durante la frequenza del gruppo si prende cura di sé migliora il suo aspetto e diminuisce l'ansia manifestata da un continuo muovere la gamba destra. Durante il periodo estivo L. ha una ricaduta costruita anche dal padre. La ricaduta viene raccontata in gruppo ma L. presenta difficoltà ad esprimere e raccontare cosa è avvenuto, e archivia l'evento con un "non succederà mai più". Nonostante il

riprendere il tema nei successivi gruppi lavorando sulla ricaduta L. non ne vuole parlare e continua a seguire il percorso in modo passivo e poco partecipe alle discussioni degli altri. Viene convocata la famiglia per chiarire la situazione confusiva che si era creata circa la gestione dei soldi e viene cambiato il ruolo di tutor dal padre alla cognata che si rileva più efficace e più collaborativa.

L. continua a venire per il mese di settembre poi avvisa che non verrà più a gruppo con una telefonata. Dal tono e dalla modalità della telefonata si è ipotizzata una ricaduta e una impossibilità a ripresentarsi a gruppo. Alle numerose telefonate non risponde.

Non è funzionato: aver fatto partecipare al gruppo il padre troppo coinvolto emotivamente e fragile nella gestione denaro.

E' funzionata: la convocazione della famiglia per chiarire il patto iniziale e definire i compiti di ciascuno in modo chiaro.

Probabilmente questo ha portato ad un maggiore contenimento di L. rispetto la sua continua richiesta di denaro e non è riuscito a resistere al contenimento ed è tornato a giocare.

M., caso dubbio / positivo presa in carico 6 mesi

35 anni licenza media superiore ex convivente operaio turnista sesto di sette fratelli. Entra in gruppo il 05.02.09. Gioca da quando a 20 anni a macchinette; il gioco è diventato problematico dal 2000. In famiglia è il figlio ausiliario della madre (la porta a fare compere, risponde ad ogni sua richiesta, ripara tutto ciò che si rompe), non ha un buon rapporto con il padre non si parlano molto, ha un forte legame con il fratello maggiore che funge da tutor per il denaro. Arriva in consulenza portato da due fratelli (gli ultimogeniti) e mantiene costantemente la presenza a gruppo con l'atteggiamento di colui che avendola fatta grossa deve spiare la propria colpa e accetta passivamente di partecipare al gruppo. Con il passare del tempo diventa partecipe e interviene esprimendo la propria opinione con fermezza ed emotività; diventa risorsa nel gruppo perché si fa portatore di un problema che vede come irrisolvibile e a volte senza via di uscita.

Ipotesi di tratti di ossessività e tratti di ansia in personalità depressa: spesso manifesta una bassa autostima e una sfiducia di sé che lo rattrista e tende a considerare gli altri come la sua unica salvezza delegando a loro qualsiasi forma di problematica. M. presenta più tratti di dipendenza in particolare da cellulare e da alcool associato al gioco. Il gioco ha la funzione di essere un antidepressivo, un diversivo alla noia; andare a giocare è un rituale dopo il lavoro in modo sistematico in un locale diverso dal bar dove trova gli amici, solitario e associato al bere. In gruppo partecipa attivamente, viene con il fratello minore con cui non va molto d'accordo; astinente dal gioco da un anno, segnala spesso il suo sentirsi meglio nonostante manifesti una profonda sfiducia nella possibilità di poter riavere il controllo del denaro un domani.

I criteri di valutazione per valutare il caso positivo: ha trovato attività di volontariato per occupare il tempo libero, organizza in modo autonomo eventi che gli danno soddisfazione, sta chiedendo al fratello di contrattare alcuni patti ferrei che hanno concordato per la gestione dei soldi (per esempio la possibilità di portare il denaro all'amico che esce con lui per mangiare la pizza invece che aspettare che sia l'amico ad andare in casa e prelevare i soldi dalla madre...). Umore meno depresso e meno ansioso, capacità di esprimere i propri pensieri con meno irruenza e più controllo dei propri stati emotivi rispetto ai mesi precedenti. Apertura al dialogo e al confronto in gruppo su alcune tematiche della famiglia particolarmente delicate. Riconoscimento delle proprie capacità relative all'organizzazione di eventi. Riconoscimento del gruppo come luogo di sfogo, segnala che ne sente la mancanza quando non può venire.

Ha funzionato il controllo ferreo del denaro nel periodo iniziale del percorso che ha garantito uno stato di serenità a M. per affrontare altri temi. Importante il coinvolgimento del fratello per aprire un dialogo che non ha mai avuto origine.

E' attualmente in carico.

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

A ruota libera, quali suggerimenti daresti a un collega che dovesse comunicarvi l'intenzione di voler aprire un gruppo GAP?

Sottolineerei l'importanza dei colloqui iniziali per la valutazione della diagnosi, e della motivazione.

**“AND-IN-GRUPPO”
GRUPPO DI AIUTO PSICOLOGICO
PER GIOCATORI E LORO FAMILIARI**

**Contributo di
Daniela Capitanucci e Roberta Smaniotto,
psicologhe psicoterapeute,
Associazione AND – Azzardo e Nuove Dipendenze**



LA CARTA DI IDENTITA' DEL GRUPPO

Il gruppo che descriveremo è stato avviato a settembre 2005 dall'Associazione AND – Azzardo e Nuove Dipendenze. Il contesto di nascita è quello del volontariato, al di fuori di progetti finanziati e quindi organizzato sulla base della disponibilità di due socie.

Daniela Capitanucci e Roberta Smaniotto, psicologhe psicoterapeute ad orientamento sistemico-relazionale, hanno condotto il gruppo sin dalla prima riunione e lo conducono in copresenza a tutt'oggi. Le conduttrici non vengono pagate e rendono a titolo volontario il loro servizio.

Nel primo anno vi era sempre la presenza anche di un “testimone esperto” (giocatore con alle spalle una esperienza di un lungo periodo di astinenza dal gioco) con funzione di facilitatore e modello di identificazione positiva. Inoltre, era presente un “osservatore professionale” (a turno si alternavano una psicologa con formazione in gruppo-analisi ed una assistente sociale con formazione sulle dipendenze) con funzioni di verbalizzare tutti gli incontri e restituire alle conduttrici prospettive di osservazione esterna.

Nel secondo anno di attività lo staff ed il metodo di lavoro hanno subito alcuni cambiamenti rispetto ai precedenti semestri. La coppia di conduttrici è rimasta la stessa (Capitanucci e Smaniotto) e la modalità di lavoro in compresenza è proseguita. Ma, mentre il lavoro della coppia di terapeute si è dimostrato fluido e ricco di scambi clinici, il mantenimento della funzione di equipe allargata ha denotato alcune criticità.

Si sono riscontrate per ragioni diverse alcune difficoltà a mantenere il ruolo degli osservatori da parte delle 3 persone che se ne erano fatte carico.

Il testimone esperto (l'ex giocatore con diverso tempo di non gioco alle spalle) ha chiesto al gruppo di poter interloquire più direttamente giocandosi la sua identità di giocatore, intervenendo alle riunioni come "partecipante" piuttosto che da "osservatore": il gruppo ha accolto la richiesta a far data 14 novembre 2007.

Gli osservatori professionali (la psicologa e l'assistente sociale) hanno sospeso la propria frequenza al gruppo per motivi personali (l'una si è trasferita in Sicilia, suo luogo di origine; l'altra ha avuto un bimbo, e pur intendendo riprendere la frequenza al gruppo, quando le sarebbe stato possibile, cosa che è accaduta nell'arco del terzo anno di attività dal 03.10.07 al 19.03.08, quando ha invece poi dovuto definitivamente sospendere per ragioni di salute).

Nel 2009 è stata data la possibilità ad una studentessa della Facoltà di Medicina dell'Università dell'Insubria, corso di laurea in educazione professionale, di partecipare per un tempo limitato agli incontri.

Dal 2010 è stato accolto un tirocinante psicologo, la cui presenza si prevede essere duratura per l'anno in corso.

Il gruppo accoglie giocatori e familiari insieme.

DATI ORGANIZZATIVI

Orario di svolgimento: generalmente il mercoledì, dalle 19.30 alle 21.30

Luogo: a Varese, in Via Cairoli 14, presso la sede del Centro Anziani del Comune di Varese.

L'uso di questi locali è ristretto solo agli incontri di gruppo, e viene dato senza oneri in concessione gratuita dal Comune di Varese.

Durata incontri: 2 ore

Frequenza incontri: quindicinale, generalmente senza interruzione per ferie o festività.

Ogni anno vengono svolte in media 25 riunioni.

ULTERIORI TRACCE PER DESCRIVERLO

Quando è nato:

il gruppo è iniziato il 20.09.2005 con 4 partecipanti.

In che contesto:

Come accennato all'inizio, il gruppo è nato in un contesto di volontariato. Non è stato inserito in un progetto più complessivo di rete, né

ha goduto di finanziamenti ad hoc. Semplicemente, iniziavano ad arrivare richieste di aiuto all'associazione e pur essendo presenti in provincia un gruppo GA e Gam-Anon a Busto Arsizio, non vi erano gruppi condotti da professionisti (neppure nel servizio pubblico).

Con quali obiettivi:

L'obiettivo del gruppo era è quello di rendere disponibile una risorsa di cui il territorio è carente.

L'obiettivo per i partecipanti è di perseguire un maggiore benessere psicofisico individuale e relazionale, attraverso una maggiore significazione del problema di gioco in termini individuali e relazionali.

Ciascuno porta se stesso con il suo problema ("gioco" o "vivo con un giocatore") e attraverso la mediazione del lavoro in gruppo va alla ricerca di una soluzione personale al SUO problema.

Ci sono teorie di riferimento cui il gruppo si ispira:

Il quadro teorico di riferimento principale è la teoria sistemico-relazionale; vengono utilizzati spunti psicoeducativi e qualche passaggio più attribuibile ad un modello cognitivo-comportamentale.

Metodo di lavoro:

Le riunioni sono articolate in modo tale da favorire la libera espressione di tutti i partecipanti che desiderano raccontarsi e confrontarsi sul loro problema di gioco e sulle soluzioni attuate.

La disposizione è a cerchio.

I conduttori fanno domande e restituzioni in merito a quanto portato dai partecipanti.

A volte, vengono utilizzati strumenti per raggiungere le finalità specifiche che possono ravvisarsi.

Quando una persona viene accolta in gruppo, la si pensa in relazione a tutto il suo nucleo familiare sofferente; pertanto il gruppo si apre a tutti i congiunti che volessero farne parte anche se solo in un momento successivo all'ingresso del loro parente. Così, ad esempio, la figlia giocatrice è arrivata solo in seguito alla partecipazione dei genitori per qualche mese; viceversa la compagna di un giocatore è arrivata dopo aver constatato la partecipazione assidua del partner.

Da settembre 2006 a marzo 2007 il gruppo ha offerto anche alcune occasioni integrative ai partecipanti, anche fuori dallo stretto contesto gruppale: tra queste, una serata di cineforum, la registrazione di testimonianze libere (ma oscurate per garantire la privacy) in un video ("Familiari e giocatori raccontano"), la possibilità di un percorso residenziale gratuito – perché finanziato in via sperimentale dalla Regione Toscana – in Comunità Terapeutica Orthos per 3 settimane (usufruito da un giocatore in accordo col servizio inviante). Queste sperimentazioni non si sono strutturate in un modello stabile di intervento.

Aperto, chiuso?

Il gruppo può definirsi aperto nel senso che si configura come un contenitore in seno al quale svolgere percorsi individuali. Il gruppo c'è. Una persona entra e vi permane il tempo necessario a porsi e raggiungere obiettivi propri (non necessariamente coincidenti con quelli altrui).

La frequenza però una volta entrati è obbligatoria sino al termine del percorso e ne viene stimolata la costanza.

Chi entra e Come entra?

Sin dal 2005 i partecipanti sono giunti al gruppo in svariati modi.

Alcuni, la maggioranza, sono arrivati tramite invio di operatori dei Servizi (operatori SerT o Assistenti Sociali del Comune, o referenti lontani che si occupano nei loro territori di gioco d'azzardo); alcuni si sono presentati spontaneamente (o dopo avere letto del gruppo sui giornali locali oppure su internet oppure da volantini diffusi sul territorio); infine, alcune situazioni hanno preso contatto a seguito della segnalazione dei Casinò di Mendrisio o Lugano, o dei colleghi svizzeri ticinesi della rete GAT-P. Tutti hanno telefonato preventivamente per concordare la data di ingresso al gruppo.

Da aprile 2007 un nuovo canale di invio si è rivelato lo sportello gioco d'azzardo aperto da quell'anno in collaborazione con il Comune di Varese, che da allora si è rivelato un utile strumento di accesso e filtro.

In genere le situazioni pertinenti hanno potuto entrare in gruppo in tempi brevi dal momento della segnalazione. Generalmente sono arrivate circa una decina di nuovi ingressi all'anno; nel 2009 tuttavia abbiamo avuto 16 nuovi ingressi con un significativo incremento che può essere spiegato solo in via ipotetica. (Vedere tabella 1)

Tabella 1 – Nuovi ingressi nel gruppo e uscite dal gruppo

ANNO	Numero ingressi	Numero uscite
2005	20	0 (anno di avvio)
2006	10	1
2007	11	15
2008	10	8
2009	16	8

Raramente è stato necessario fare le attendere le persone o indirizzarle ad altre risorse (se non per motivi clinici).

Già nel corso del primo semestre il gruppo ha potuto godere di un nucleo stabile di partecipanti, numericamente compatibile però con nuovi ingressi.

Nel 2007 (anno di nuovi ingressi ma anche di uscite veloci) si è osservato che era necessario garantire simultaneamente l'esigenza di continuare l'accoglienza di nuove persone bisognose tutelando al contempo "i confini" del gruppo; per questo è stata instaurata – dopo ampia discussione tra tutti – una nuova regola per gli accessi: i nuovi venuti partecipano alla prima seduta come "osservatori silenti" per comprendere se nel gruppo possono trovare risposta ai propri problemi e decidere dunque di entrarvi "ufficialmente", caso in cui ritornano in seconda seduta dove viene loro concesso ampio spazio per presentarsi ed essere accolti dagli altri membri. Ciò

perché in passato si erano presentati individui che alla loro prima riunione occupavano molto tempo narrando le proprie vicende, senza più tornare in seguito (cosa che aveva infastidito parecchio i partecipanti che avevano apertamente segnalato il disagio). Tale regola si è rivelata efficace, riducendo drop out precoci.

Indicatore di legame:

Una nota piacevole è stato il rientro per una seduta di un giocatore che aveva in accordo con l'equipe concluso il suo percorso, per condividere con il resto dei partecipanti del gruppo la gioia per l'evento matrimoniale che da lì a breve lo avrebbe visto coinvolto. Lo stesso è tornato di nuovo per fare gli auguri di Natale 2008. Colpiva le conduttrici anche il fatto che proprio quella sera il giovane aveva litigato con la moglie e che pareva trovare nel gruppo un momento piacevole di sostegno (ricordiamoci che spesso gli stati d'animo negativi possono costituire situazioni di rischio per ricadute). Altro elemento positivo è stato il saluto conclusivo del percorso di una familiare che a lungo aveva frequentato il gruppo.

Chi esce e Come esce?

Si veda la tabella n. 1 che mostra il numero di persone annualmente uscite dal gruppo.

Giocatori e familiari sono usciti in modo diverso.

Alcuni di questi in accordo con l'equipe per la conclusione condivisa del trattamento.

Altri in accordo con l'equipe e con il servizio inviante, sono stati diretti ad altri servizi territoriali specialistici, sia sanitari che sociali (CPS, Servizi Sociali Comunali). Ciò è successo quando si rilevavano problemi concomitanti di altra natura: patologie psichiche, violenza intrafamiliare subita o minacciata, o per la presenza di minori a rischio.

Sempre in accordo con l'equipe c'è chi è uscito per cause di forza maggiore (lavoro, gravidanza, lutto).

Tra le motivazioni di uscita che abbiamo riscontrato sino ad ora esclusivamente tra i giocatori c'è la fatica (ad es. quella sperimentata nello stare in un contesto di gruppo).

Diverse le motivazioni di giocatori e familiari nell'interrompere il percorso unilateralmente e senza l'accordo dei conduttori.

Per quanto riguarda il giocatore, i motivi sono la trasgressione delle regole, una assenza di motivazione a fare il percorso, il non poter tollerare il confronto e la presenza del familiare in gruppo, e la non costanza nella frequenza.

Quest'ultimo motivo si è riscontrato anche nei familiari. Per costoro, in aggiunta, motivi di abbandono sono stati: l'ambivalenza nell'atteggiamento, e il non modificare l'idea (con la quale spesso arrivano molti familiari) che il cambiamento debba essere del solo giocatore (quindi, familiari che non sono disposti a mettersi in discussione prevedendo anche il loro personale cambiamento).

Pagamento:

Si pagano 30 euro a famiglia a trimestre (a prescindere dal numero di membri familiari che partecipano agli incontri e del numero di incontri frequentati).

Per quale motivo si paga? Si paga perché il denaro e il rapporto con esso è centrale nella patologia e si è visto che il non pagare è indicatore di problemi di gioco attivi.

Inoltre, le quote possono essere utilizzate per spese necessarie o utili alla conduzione del gruppo (es. ricariche telefoniche; acquisto panettone natalizio, ecc.).

Vi sono sia regole di accesso che di funzionamento.

Regole di accesso

1. Può accedere un giocatore accompagnato da uno o più familiari (autonomamente o su invio dei Servizi); può accedere uno o più familiari anche senza il giocatore (che nel caso può raggiungere in seguito i congiunti). Non è opportuno l'ingresso e la frequenza di un giocatore non accompagnato.
2. Generalmente, si accede direttamente telefonando, facendo un colloquio allo sportello e, laddove lo si ritiene opportuno, ci si accorda sulla prima data di frequenza.
3. Il primo incontro è gratuito, da "osservatore silente". Serve a vedere in vivo come si svolgono gli incontri e a decidere se lo si vuole iniziare a frequentare.
4. Se si decide di proseguire, in sede di secondo incontro si compila una sintetica scheda di partecipazione e privacy e si paga la quota di iscrizione di 30 euro. Tale quota copre la presenza di tutto il nucleo familiare.
5. La quota di 30 euro copre la frequenza di un trimestre. Vi sono momenti standard previsti per il pagamento (il primo incontro di ogni trimestre).

Regole di funzionamento

1. La frequenza al gruppo è quindicinale.
2. Il gruppo si svolge dalle 19.30 alle 21.30. Tali orari vanno rispettati.
3. La frequenza al gruppo è fondamentale che sia continuativa, sia per il giocatore che per il familiare, salvo cause di forza maggiore.
4. Vigge l'obbligo di rispettare la cortesia di avvisare prima dell'inizio del gruppo se non si verrà.
5. Dopo 3 assenze, il partecipante generalmente viene considerato "drop-out". Chi abbandona il gruppo può fare richiesta di rientrare. La frequenza incostante (anche del familiare) verrà valutata nei termini della permanenza in gruppo della famiglia.
6. I conduttori si riservano la possibilità di contattare telefonicamente i partecipanti per eventuali comunicazioni.
7. Vigge l'impegno al segreto circa ciò che accade in gruppo. Tutti devono rispettare la riservatezza dei partecipanti (di cui nulla a partire dal nome va rivelato fuori dal gruppo) e dei contenuti trattati.

8. I conduttori sono esenti al segreto solo con i referenti terapeutici dei SerT inviati o in casi di estrema necessità è possibile che ciò accada anche con altri operatori.
9. All'interno del gruppo si deve poter parlare di tutto ciò che si ritiene importante per sé e per il gruppo. Non ci sono limitazioni a priori: tutte le comunicazioni devono passare all'interno del gruppo. I contatti che i conduttori hanno fuori dal gruppo verranno riferiti in gruppo nei modi e nei tempi più opportuni.
10. Un nuovo partecipante verrà invitato a presentarsi come vuole, avendo la possibilità di scegliere anche il silenzio.

E' richiesta astinenza? No.

Durata del percorso?

Variabile a seconda degli obiettivi concordati. C'è chi ha espletato i suoi in poco più di un semestre e chi è entrato in gruppo a ottobre 2005 e sta ancora frequentando.

Quante persone lo possono frequentare simultaneamente? Cioè, c'è un numero minimo/massimo?

Per consentire spazio di parola a tutti si cerca di non superare le 18 persone.

Obbligo di frequenza? Sì. Si possono fare deroghe ma vanno valutate (es. esigenze di lavoro, malattia, fasi del ciclo di vita, ecc.).

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

Quante persone sono entrate complessivamente dall'inizio? 68 persone.

Quali le loro caratteristiche? 30 giocatori e 38 familiari.

Età? Media 42,6; minimo 17 anni e massimo 67.

Lavoro? 23 operai; 12 impiegati; 11 pensionati; 3 liberi professionisti; 3 casalinghe; 2 insegnanti; 2 precari; 2 disoccupati; 1 studente.

Sesso? 29 maschi e 39 femmine.

Ruolo in famiglia? 20 Mogli; 18 Mariti; 8 figli; 6 mamme; 4 papà; 6 fratelli; 5 sorelle; 1 genero.

Gioco problematico? Su un totale di 30 nuclei familiari le slot-machine sono gioco primario in 19 situazioni e secondario in 4; le scommesse sportive sono gioco primario in 4 famiglie; il casinò è primario in 3 e secondario in 1; il lotto è gioco primario in 2 famiglie; il gratta e vinci è primario in una famiglia e secondario in un'altra; il Bingo è primario in una famiglia.

Quante hanno concluso la loro frequenza al gruppo? 52 persone hanno concluso.

Come si è chiusa la loro partecipazione? E quale è stato il motivo di uscita?

Trattamento concluso = 21 dimissioni concordate

Trattamento concluso = 4 invio ad altro servizio

Trattamento concluso = 7 per cause di forza maggiore (lavoro, gravidanza,...)

Drop out = 20

E' stato fatto un follow up dopo l'uscita? Se si, come e con quali esiti? Non è stato fatto follow up.

DEMOGRAFIA ATTUALE

Quante persone sono attualmente presenti (31.12.09)? 16

Da quanto tempo frequentano il gruppo?

Una coppia frequenta dal 2005; una coppia e una familiare frequentano dal 2007; una coppia partecipa dal 2008 e tutti i restanti sono entrati dalla seconda metà del 2009.

Quali le loro caratteristiche? (Giocatori = 7; Familiari = 9)

Età?

Per quel che riguarda i giocatori l'età va da un minimo di 22 anni a un massimo di 63, con una media di 45 anni;

Per quel che riguarda i familiari si va da un minimo di 27 anni a un massimo di 67 anni con una media sempre di 45 anni.

Lavoro?

Per quel che riguarda i giocatori abbiamo 4 operai, 2 liberi professionisti e una pensionata (che tuttavia lavora in nero come baby sitter).

Per i familiari abbiamo 2 casalinghe, 3 impiegate, 3 operai/e , una insegnante.

Sesso?

Per i giocatori abbiamo 5 maschi e 2 femmine; per i familiari abbiamo 2 maschi e 7 femmine.

Ruolo in famiglia?

Per i giocatori abbiamo 4 mariti, una moglie, un figlio e una madre;

Per i familiari abbiamo 5 mogli, un marito, un padre, una madre e una figlia.

Gioco problematico? 4 macchinette, 2 casinò, 1 scommesse sportive, 1 gratta e vinci.

Questi risultano tutti giochi primari e unici, salvo in un caso nel quale c'è anche il gioco delle slot in aggiunta come gioco secondario.

Avevano in corso altri trattamenti/interventi? Se si, quali e dove?

Per i giocatori: 3 avevano precedenti percorsi al SerT, chiusi; 1 precedente percorso nei GA e al SerT (chiusi dopo conquistata astinenza), ricaduta e attualmente in carico anche al SerT; 3 attualmente in carico anche al SerT.

Per i familiari: 1 ha fatto alcuni percorsi solo nella veste di "accompagnatore" e un altro nella veste di "paziente" per un disturbo di attacchi di panico e depressione (che però ha "scollegato" dal problema gioco); 1 ha frequentato poco il SerT come "accompagnatore" e poi ha fatto un percorso psicologico individuale al Consultorio Familiare, percorso concluso; 1 ha frequentato per

lungo tempo Gam Anon e poi dopo la ricaduta è stata presa in carico individualmente al SerT dove è ancora in carico ed ha frequentato anche un gruppo a tempo definito per partner di giocatori; 6 non hanno usufruito di altri percorsi.

E' stato concordato un follow up dopo l'uscita? Non è stato concordato, anche se sarebbe opportuno e a volte permangono radi contatti telefonici con membri particolari del gruppo.

Anche il contesto di volontariato non facilita e permette la cura di questo aspetto.

ATTUALI COMPONENTI DEL GRUPPO (al 31.12.2009)

Chi sono e come stanno usando il gruppo?

B. (partner, casalinga, 65 anni, licenza media inferiore, vedova) e S. (Giocatore di newslot, B2³, 52 anni, libero professionista, licenza media superiore, è figlio di un giocatore patologico ormai deceduto, è divorziato e ha un figlio giovane adulto con problemi di dipendenza): è la coppia che da più tempo frequenta il gruppo con assiduità (94 incontri S. e 82 B., dal 2005). I percorsi individuali sono diversi.

S. si è messo molto in discussione, modificando molto di sé. Ha elaborato la sua rabbia come figlio di giocatore patologico (suo padre lo era); ha dato la possibilità di avere il controllo economico alla partner; si è dato anche personalmente dei paletti accettando le scivolate che ogni tanto accadono, senza intaccare il suo budget e la sua stima di sé (riduzione del danno: spende poco; è consapevole che è un incidente di percorso da non sottovalutare). E' stato inoltre capace di chiedere aiuto nei momenti di difficoltà (al gruppo, a B., al SerT). Ha raggiunto un buon grado di serenità complessiva che gli consente anche di apprezzare altre cose della vita.

B. pur avendo frequentato assiduamente ci sembra avere modificato poco del suo modo di essere (minimizza il gioco "sociale" da lei praticato – lotto, gratta e vinci; non sembra avere compreso fino in fondo la difficoltà e l'impegno del compagno per ridurre sostanzialmente il gioco, mostrandosi poco soddisfatta degli obiettivi da lui raggiunti, e a volte apertamente svalutandoli). La sua costanza, non ambivalente, però è stata utile ad incoraggiare S. nel percorso.

P. (moglie, 42 anni, impiegata, diploma di medie superiori) e L. (Giocatore di newslot, B3, 45 anni, libero professionista, diploma di scuole superiori): arrivano al gruppo nel 2008, a seguito di una solenne ricaduta di L. dopo alcuni anni di astinenza raggiunta grazie ad una precedente frequentazione del gruppo Giocatori Anonimi. Frequentano assiduamente, sempre insieme (29 riunioni). Un dato rilevante è che mantengono strettamente segreto all'interno della loro coppia il problema di gioco di L., che non è noto neppure ai genitori.

P. non parla mai, o quasi. Dunque è difficile capire cosa realmente le passi per la testa e come e se stia utilizzando il gruppo.

³ Abbiamo cercato di classificare i nostri giocatori in trattamento secondo le tipologie di Blaszczynski: B1, B2 e B3.

L. interviene molto, in varie modalità, difficilmente costruttive: spesso ripropone il modello di comunicazione vigente nei G.A. (“io sono L. e sono un giocatore compulsivo” e quanto ne consegue: comunque, finisce per parlare in termini generici e non di sé); verso i familiari, i suoi interventi spesso sono aggressivi; parrebbe una personalità antisociale, con tratti depressivi di sfondo; ha un passato da convinto dark, ma un presente da vegetariano praticante per il rispetto della natura.

A. (Giocatore di newslot, B2, 55 anni, operaio, diploma di scuole superiori) e E. (moglie, 51 anni, insegnante, laureata): frequentano da metà 2009 in modo assiduo e sempre assieme. Hanno una figlia adolescente.

A. è seguito anche al SerT con colloqui periodici con il medico di riferimento cui pare molto legato e che apprezza fare parte della nostra rete di contenimento nei suoi confronti. Si è messo molto in discussione da tutti i punti di vista. Ha accettato il controllo finanziario da parte della moglie; progressivamente sta reinvestendo su alcune passioni perse (ad es. il volontariato nel soccorso) e sta riallacciando il rapporto con la figlia (che era stata motore della richiesta di aiuto); sta gratificandosi con un diverso uso del denaro (ad es. acquistando un regalo alla figlia cosa che gli ha dato orgoglio e ha innalzato la sua stima di sé ed il suo senso di auto efficacia). Ha instaurato un diverso rapporto con il denaro. Ha assunto la consapevolezza della non vincita. Ogni tanto non riesce a trattenersi dal giocare delle somme comunque contenute.

E. è costante nell'affiancare A. in questo percorso e lo fa senza ambivalenza. Non ha ancora chiaro che anche lei dovrebbe cambiare alcune cose. Ad esempio, non coglie o accetta alcune indicazioni di trattamento che vengono date dalle conduttrici (considerare l'inserimento della figlia in gruppo, che lei ritiene comportare un rischio per costei e che invece noi riteniamo potrebbe aiutarla a comprendere e superare meglio quanto accaduto); oppure quando soverchia il marito mentre parla (ancora dimostra limitate capacità di ascolto).

La. (moglie, 30 anni, impiegata, diploma di scuole medie superiori) e Lu. (Giocatore di scommesse sportive sia in ricevitoria che on-line, B3, 37 anni, operaio, diploma di scuola superiore): hanno un bimbo in tenera età; la frequenza è stata il primo problema di questa coppia.

Inseriti dal 2007, in realtà La. da prestissimo è sparita (a causa della gravidanza, ma non solo). A fine 2009 aveva collezionato 19 presenze a fronte delle 53 del marito. Quindi si denota una ambivalenza per un lungo periodo, ambivalenza che si esplicita in occasione del ritrovamento di scontrini di scommesse a settembre 2009 quando La. rientra in gruppo per aggredire Lu. e il gruppo, affermando che il percorso fatto dal marito non era servito a nulla. La. ha iniziato ora il percorso, rinnovando la sua disponibilità alla frequenza di trimestre in trimestre, ancora ambivalente, e intervenendo pochissimo.

Lu. si è trovato quindi a frequentare il gruppo da solo per molto tempo, giocando un falso sé del tutto inutile al percorso in atto (cosa che abbiamo riscontrato accadere in tutti i giocatori maschi che da soli hanno partecipato al nostro gruppo e che ci aveva fatto optare per non accoglierli più se non accompagnati). La nuova fase di Lu., con l'ingresso più stabile di La., lo vede:

dopo un iniziale atteggiamento aggressivo, oggi più silente, intervenendo spesso in modo generale, difficilmente portando contenuti suoi. Dal punto di vista psicopatologico, Lu. sembrerebbe avere un profilo di personalità antisociale.

S. (Giocatore di newslot, B2, 22 anni, licenza media, operaio in cassa integrazione), D. (mamma, 50 anni, operaia, licenza media) e G. (padre, 46 anni, operaio, licenza media) sono una famiglia in cui il giocatore è il giovane figlio. Frequentano con costanza da settembre 2009.

S. gioca come un giovane della sua età, ma da diversi anni. Ha cominciato da minorenni bigiando a scuola, ha già usufruito di un trattamento psicologico individuale al SerT (in quell'epoca), trattamento che aveva dato buoni risultati, che lui ricorda con piacere e che si era interrotto a causa della maternità dell'operatrice. In seguito, ha sfidato la sua capacità di auto controllarsi al gioco ed è ricaduto. Inarcato di pensieri magici (che abbiamo scoperto essere condivisi in buona parte anche dal padre, ad esempio l'idea che "prima o poi la fortuna ti risarcirà"), è presente al gruppo con una partecipazione attiva e sincera, desideroso di prendersi qualcosa anche perché il gioco eccessivo gli crea sofferenze.

D. è una mamma molto ansiosa, controllante e attribuisce a S. poca fiducia (il che lo fa sentire svalutato, decresce la sua stima di sé e il suo senso di auto efficacia). Però nella coppia genitoriale è consapevole del rischio e per questo frequenta il gruppo desiderosa di capire, e cerca – anche se le costa molta fatica – di seguire le indicazioni che le vengono date.

G. è stato in silenzio per un lungo periodo. Poi, cogliendo l'occasione di doversi assentare a causa di un intervento, ha rivelato al gruppo una serie di cognizioni erronee che da un lato sostengono quelle del figlio (fortuna, ecc.), dall'altro squalificano S., la sua fatica ("è facile uscirne se si vuole; anche io posso smettere di fumare quando voglio, ..."). Inoltre non pare essere disposto a cambiare stili di vita indicati a rischio dalle conduttrici (quali ad esempio delle giocate di gruppo che lui e la moglie fanno con amici), squalificando fortemente anche il valore delle indicazioni e conseguentemente della terapia.

P. (Giocatrice di gratta e vinci, B2-3, 46 anni, operaia, licenza media) e V. (partner, 61 anni, operaio, licenza media); P. è separata e ha figli adulti. Sono una coppia convivente che frequenta da agosto 2009, sempre insieme perché P., la giocatrice, non autorizza V. (che neanche spinge) a venire da solo al gruppo quando per qualche motivo lei non può. La loro frequenza è abbastanza stabile.

Se da un lato P. ha reso inaccessibili a tutti, gruppo e V. inclusi, alcuni contenuti relativi alla sua situazione di gioco (ad es. i debiti), porta tuttavia una elevata sofferenza, senso di fallimento e conseguente desiderio di rivalse ancora troppo legato all'attesa di vincita. Il craving è elevato. E' in trattamento individuale al SerT dove parrebbe svolgere una psicoterapia che si sta occupando non tanto di questioni legate al gioco ma a lei come persona e alla sua storia di vita ancora in sospeso. Affrontare questo percorso in questo momento parrebbe doloroso per P., anche poco efficace, e di fatto

compaiono spunti depressivi e ideazioni suicidarie tant'è che il medico del SerT le ha indicato farmaci antidepressivi (che lei si rifiuta di assumere con la scusa che la rendono meno vigile sul lavoro).

V. arriva, come tutti i familiari, arrabbiato e in difficoltà a comprendere come sia così difficile per P. allontanarsi dal gioco. V. rimanda in più occasioni una immagine a P. di donna forte che ha affrontato molte difficoltà nella sua vita. Fa fatica a inquadrare in questo contesto quanto accaduto.

I. (figlia, 27 anni, impiegata, laureata) e E. (Giocatrice di Casinò, B3, 63 anni, licenza elementare, è in pensione ma deve lavorare come baby sitter per necessità; ha perso il convivente che si è ucciso qualche anno fa) sono figlia e mamma, quest'ultima giocatrice. Sono entrate in gruppo da poco. Di seguito le criticità che si sono evidenziate da subito. Frequenza discontinua di entrambe. Atteggiamento superficiale della figlia (da un lato sottovaluta il problema gioco in sé; dall'altro pensa che la mamma sia già a buon punto). Elevato craving della mamma. Menzogne relativamente alla diffida dal Casinò. Recente ricaduta sonora assolutamente non concettualizzata. Hanno ancora tutta la strada davanti. Si può dire che devono ancora cominciare il percorso di trattamento.

M. (moglie di un giocatore di casinò e newslot, 68 anni, casalinga, licenza media), frequenta dal 2007 con buona continuità (47 incontri). Ha lavorato molto sulla sua codipendenza di vecchia data (quarant'anni di matrimonio!) riuscendo a operare alcuni passi concreti: separazione di fatto dal coniuge; ha smesso recentemente di dare soldi al marito e lo ha fatto quando finalmente ha cominciato a vedere che costui a causa del GAP è una fonte di sostentamento a rischio e che quindi è meglio che i soldi li tenga per sé e per suo figlio invalido. Verrà descritta in dettaglio come caso con esito positivo.

VALUTAZIONE DI ESITO

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto un esito positivo

M. (moglie di un giocatore di casinò e newslot, 68 anni, casalinga) e R. (figlia, 27 anni, studentessa all'università):

M. – ha attuato passaggi concreti: attuazione della separazione dopo 40 anni dal marito giocatore (L., descritto nei nostri fallimenti), smettere di dare soldi, accettare l'idea che il marito non smette di giocare; sembra essersi svincolata dalla codipendenza e pare più capace di prendersi cura di sé.

R.: ha attuato passaggi concreti: ha smesso di controllare il padre, è uscita di casa e fatto la sua strada autonoma (trasferitasi a vivere con il partner), ha finito gli studi laureandosi in impegnativa facoltà scientifica (quando negli ultimi tempi prima di venire in gruppo faticava a passare gli ultimi esami rimasti); dal punto di vista affettivo: ha accettato come è suo padre (giocatore) non rinnegandolo, ma tenendo con lui una distanza per lei accettabile.

Questa è la situazione che analizzeremo in dettaglio.

M. e R. cominciano a frequentare il gruppo ad aprile 2007. Arrivano dopo che L. (il giocatore di cui parleremo dopo) aveva frequentato il gruppo da solo da ottobre 2005. In merito alla loro assenza fino a quel momento, lui non aveva mai consentito alle familiari di partecipare, a volte dicendo che dato che ne aveva fatte troppe, non sarebbero comunque venute. Permette loro di accedere al rientro di un programma residenziale per giocatori (Orthos).

M. ha 68 anni, sposata con L. da circa 40, separata sulla carta da circa venti anni (al fine di tutelare il suo patrimonio). Casalinga, si è sempre occupata dei figli e del marito anche perché a causa del lavoro del marito nel tempo hanno fatto ben 4 traslochi in zone d'Italia molto lontane (Sardegna, Piemonte). Dall'unione sono nati 4 figli.

E. (maschio primogenito, oggi quasi quarantenne, sposato con un bimbo piccolo, vive a una quindicina di chilometri da Varese).

A. (maschio secondogenito, ultratrentenne, con un passato di tossicodipendenza e di gioco patologico, che in seguito ad un incidente stradale occorso nei primi anni 2000 ha subito un trauma cranico con delle conseguenze permanenti tant'è che è stato assunto presso un ente pubblico con il collocamento mirato. A. vive con la mamma).

R. (femmina, 28 anni, quarta e ultima figlia di cui diremo poi).

In famiglia viveva un quarto figlio (terzogenito) deceduto all'età di circa 4-5 anni per un problema di salute che all'epoca i medici non sono riusciti a curare (malpractice per la famiglia). All'epoca R. non era ancora nata.

Al momento dell'ingresso in gruppo M. vive con il marito L., e coi figli A. e R. nell'appartamento in affitto dove la famiglia vive da molto tempo.

Fin da subito M. si rivela persona che difficilmente sta alle regole (es. tenta di parlare nel primo incontro "silente", salta più volte il pagamento della quota trimestrale). Si presenta come una donna dinamica, esplicita, senza peli sulla lingua e partecipa attivamente al gruppo. All'inizio è molto rabbiosa e ancora in attesa di un cambiamento di L., anche se non perde occasione per rinfacciargli i fallimenti e le menzogne che facilmente scopre. I passaggi salienti nei 2 anni di terapia sono di seguito riassumibili. Si rivolge in Tribunale per chiedere gli alimenti (autunno 2007). Attua un trasloco (dicembre 2007) e dà avvio alla separazione della famiglia: il marito L. va a vivere da solo in un nel monolocale; la figlia R. va a vivere con il fidanzato mentre M. va con il figlio problematico A. (di cui comunque è l'unica a potersi occupare) in un nuovo appartamento più piccolo. Subisce la frattura della gamba (gennaio 2008). Sviluppa una depressione importante trattata farmacologicamente (febbraio – settembre 2008). L. continua a frequentare la casa di M. come ospite, auto invitandosi a pranzo e a cena e portando i suoi panni da lavare e stirare (da febbraio 2008 fino all'estate 2009). M. continua a prestare denaro a L. prelevandolo sia dal proprio conto sia - a sua insaputa - da un libretto di risparmio del figlio invalido (sempre nello stesso periodo). L. diventa sempre più discontinuo nel pagamento degli alimenti e si permette anche di protestare sul cibo preparatogli da M.. M. comincia a prendere le distanze, anche supportata dal gruppo da cui si sente "martellata" ma che la aiuta a guardare in faccia la realtà e provare a proteggersi. Ritorna dall'avvocato (estate 2009) per chiedere che la quota spettante per gli alimenti venga trattenuta direttamente sulla pensione e a lei versata. Da quel momento

diminuiscono sempre più i contatti con L. anche perché M. è meno disponibile a “fare la moglie”. Nel frattempo, si crea un giro di amicizie. Non sente né vede più L. (neppure a Natale 2009). Chiede la chiusura col gruppo a fine dicembre 2009 dopo 47 incontri.

Le conduttrici hanno avallato la richiesta di M. ritenendo raggiunto l’obiettivo principale di lavoro sulla sua co-dipendenza (presa di distanza da L., sia come giocatore attivo che come marito).

Per quel che riguarda la figlia R., al momento dell’ingresso in gruppo vive in famiglia. Studia alla facoltà di medicina però è in un momento in cui (a differenza del passato dove è stata una buona studentessa) non riesce più a passare esami da un anno. Lavora alla sera in due locali come cameriera per riuscire a non pesare sulla famiglia garantendosi un po’ di denaro contante per le sue spese. R. ha un fidanzato da un paio di anni, e poco dopo l’incidente del fratello ha perso per un altro incidente stradale il precedente fidanzato. Della sua storia in famiglia ci è stato raccontato da M. che alla sua nascita, non proprio desiderata, il medico disse alla signora che R. sarebbe stata “il bastone della sua vecchiaia”. E così stava succedendo. Con il fratello maggiore E., coinvolto specialmente sul versante economico e dei prestiti ma fuori casa, a R. è toccato tutto l’aspetto del “prendersi cura” degli altri membri della sua famiglia: un fratello tossicodipendente e giocatore prima e invalido poi; un padre giocatore d’azzardo patologico attivo e recidivante; una madre collusiva e lamentosa circa le sue sventure. Nessuna possibilità per R. di trovare uno spazio di vita propria. Quando arriva al gruppo porta un sentimento misto verso il padre: da un lato la rabbia; dall’altro la frustrazione per il suo incommensurabile egoismo ed egocentrismo che profondamente la delude e la ferisce. Anche nei fatti, R. manifesta la consapevolezza che in quanto ultima figlia, non ha potuto godere di nessun vantaggio. Il gruppo nel sostenerla e legittimarla nella richiesta e conquista della sua autonomia (essere per sé e non solo per gli altri), le ha permesso di prendere consapevolezza anche del ruolo affidatole dalla madre: cioè quello di occuparsi di lei e del fratello invalido, e dunque di potersene distanziare. Ha quindi utilizzato l’occasione del trasloco per andare a vivere per conto proprio (nonostante il parere sfavorevole della madre). Si è laureata a luglio 2009. Ha accettato il padre in quanto tale e cioè giocatore patologico, mantenendo un rapporto filiale a una distanza sostenibile per entrambi e abbandonando rituali di controllo: è l’unica della famiglia, a parte il fratello invalido, che ha fatto gli auguri al padre a Natale 2009.

Altri casi clinici con esito positivo: chi sono e come hanno usato il gruppo:

A. (Giocatore di newslot, B1 o B2, 48 anni, operaio, licenza media, due figli alle scuole primarie) e A. (moglie, 43 anni, operaia, licenza media): già frequentatori di GA e Gam Anon, con due percorsi individuali alle spalle hanno usato il gruppo per convergere e affrontare alcune questioni di coppia.

R. (mamma di una giocatrice di bingo e newslot, 58 anni, impiegata, diploma di scuola superiore): conoscenza di cosa è il problema e degli strumenti

cognitivi e affettivi per affrontare il gioco della figlia (G., che verrà descritta tra i giocatori con esito negativo) e proteggersi da possibili delusioni (ricadute).

L. (Giocatore di newslot, B2, 28 anni, operaio, licenza media) e M. (mamma e ex-moglie di un giocatore, 49 anni, operaia, licenza media): lui L. figlio di un giocatore patologico e giocatore a sua volta; lei due volte familiare di giocatore. L. smettendo di giocare migliora la sua qualità di vita (motore del cambiamento: “smetto perché non ho quello che hanno gli altri amici; il gioco toglie e non dà”); passi concreti: lavoro, matrimonio, auto...

M.: una volta sistemato L., ha colto l’occasione per rimarginare la ferita del proprio matrimonio fallito, legittimandosi nella determinazione di scelte pesanti affrontate (separazione e chiusura dei rapporti con l’ex marito GAP) e sgravando sensi di colpa.

P. e R. (sorelle di un giocatore di newslot con problemi di cocaina, 48 e 41 anni, entrambe coniugate con figli, impiegate, con scolarità media superiore): conoscenza di cosa è il problema e degli strumenti cognitivi e affettivi per affrontare il gioco del fratello (G., fugacemente apparso in gruppo da noi per pochissimi incontri tanto da non essere neppure incluso nei “fallimenti”) e proteggersi (tutelando il proprio patrimonio, matrimonio, ridistribuendo le responsabilità tra loro e il fratello). Frase celebre del cambiamento di P.: *“venendo al gruppo ho capito una cosa. Mio fratello scommetteva ai cavalli e io scommettevo su di lui continuando a prestargli soldi e coprendo debiti. Tutti e due perdevamo sempre, ma tornavamo a scommettere di nuovo pensando che sarebbe stato diverso”*.

M. (figlia di giocatore di casinò e newslot, 47 anni, occupazione precaria, diploma di scuola superiore, disturbo di personalità, per venire al gruppo ha fatto ogni mercoledì oltre 700 km tra andata e ritorno): ha fatto gli unici passaggi concreti realisticamente raggiungibili nella sua situazione: attuazione di tutela dell’appartamento dove abita che è passato da essere proprietà del padre giocatore a lei (il padre non è mai venuto in gruppo, e mai trattato per il GAP, con il supporto collusivo della mamma di M.).

M. (Giocatrice di lotto, B1, 62 anni, pensionata, licenza media) e A. (marito, 65 anni, imprenditore, licenza elementare): hanno recuperato un nuovo equilibrio di coppia, perso dopo il suo pensionamento e l’inizio del gioco pesante; autorizzata al ruolo di nonna in famiglia e ripreso il ruolo di moglie legittimato da A., semplicemente il gioco non ha più un significato nella sua vita.

A. (moglie, 59 anni, operaia, licenza media), L. (figlio, 36 anni, impiegato, licenza media superiore) e R. (Giocatore di newslot, B2, deceduto a novembre 2009 a 57 anni per una complicazione di un tumore che stava curando):

A.: ha acquisito conoscenza di cosa è il problema e degli strumenti cognitivi e affettivi per affrontare il gioco del marito; questo le ha consentito di elaborare l’intensa rabbia con cui è arrivata all’inizio e a recuperare nel tempo un

rapporto affettivo con lui (tolleranza, comprensione, ma anche redistribuzione di responsabilità e fine delle messe alla prova per poi recriminare).

L.: ha acquisito conoscenza di cosa è il problema e degli strumenti cognitivi e affettivi per affrontare il gioco del papà; questo ha consentito una minor rigidità e il recupero di un rapporto più sereno.

R., il giocatore, arriva da un altro percorso (gruppo terapeutico di Legnano per soli giocatori): già il suo arrivo è una conquista per tutta la famiglia; i familiari, specie A., subito non avrebbero accettato un percorso insieme (e lo hanno all'inizio dichiarato); purtroppo, da noi c'è stato poco, un po' spaesato. Troppo presto per valutare come sarebbe andata. Il decesso per malattia tumorale già in corso non ne darà mai l'opportunità. Ci sentiamo di affermare che a quel momento, buona parte delle relazioni che abbiamo potuto osservare direttamente tra R. e la sua famiglia stavano andando verso una rinnovata stima e affetto. Poco prima della morte, i due coniugi hanno fatto la prima vacanza insieme dopo molto tempo.

R. e D. (fratelli di un giocatore di newslot, 36 e 40 anni, impiegati, licenza superiore, entrambi coniugati, con figli propri): sono venuti a conoscenza di cosa è il problema e degli strumenti cognitivi e affettivi per affrontare il gioco del fratello (in trattamento al gruppo di Legnano). Molto silenziosi, non ci hanno fatto capire molto più di questo.

Caratteristiche comuni dei casi clinici che hanno avuto esito positivo:

- insieme nell'esserci in gruppo
- entrambi motivati al cambiamento e al trattamento
- costanza nella partecipazione (buon ingaggio)
- perlopiù familiari (anche un giocatore è familiare)
- tutti quando hanno concluso il loro percorso hanno salutato gruppo e conduttori condividendo in un bilancio l'esito del trattamento

Presentazione dettagliata di un caso clinico che ha ottenuto un esito negativo

L. (G): marito di M. e padre di R.; patologia psichiatrica disturbo di personalità istrionico, B3, falso sé. Verrà descritto in dettaglio.

L. ha 68 anni; giocatore da vecchia data. Casinò, scommesse sui cavalli, e in ultimo le macchinette nei bar. Pensionato, ha fatto di mestiere il funzionario nelle vendite di una importante casa automobilistica. Più di recente era curatore del patrimonio di una signora inabilitata. Di origine benestante, nel tempo ha eroso tutto il suo patrimonio. In gruppo entra a settembre 2005, ma in precedenza vari sono stati i trattamenti cui si è sottoposto. In ordine di tempo, intorno agli anni 2000 si è recato con la moglie alla Siipac di Bolzano ove dopo l'accoglienza è stato dirottato a Torino (in centro affiliato) perché più vicino, ma dove entrambi i coniugi concordemente hanno deciso di interrompere. In seguito è stato seguito al SerT con colloqui psicologici individuali per alcuni mesi che sono stati interrotti quando la psicologa è andata in congedo per maternità. Ha sperimentato senza agganciarsi qualche

incontro dei G.A. e ha partecipato a qualche riunione di un nascente gruppo per giocatori presto chiuso per mancanza di adesioni. Infine, venuto a conoscenza del nostro gruppo vi ha aderito. Da subito si è posto come figura trainante all'interno del gruppo. Dotato di buona parlantina, capacità introspettiva, intelligenza sopra la media, sensibilità per cogliere umori e riformularli in modo appropriato ha giocato un ruolo importante per il gruppo. In seno allo stesso ha avuto un ruolo carismatico e di leader, sperimentando un luogo dove avere buona stima di sé e sentirsi auto efficace (settembre 2005 – settembre 2006). Peccato che ... era tutto falso sé! Ciò che il gruppo ha iniziato a vedere da settembre 2006 sono state oscillazioni del tono dell'umore a volte molto severe: non sono mancate le affermazioni di intenzioni suicidarie e di scarso senso della vita, tolto il gioco. L. portava inoltre racconti di una famiglia che non si accorgeva dei suoi progressi e dei suoi sforzi e che lo condannava ad essere etichettato per sempre un "giocatore patologico" senza vie di scampo (settembre 2006 – primavera 2007), tuttavia continuava a negare la loro presenza in gruppo. Proprio in primavera, venuti a conoscenza del primo modulo residenziale della Comunità Terapeutica Orthos lo frequenta per le 3 settimane previste (marzo 2007) e al suo rientro appare molto ottimista, con una autostima rinforzata e confidente per poter "sistemare" anche i conflitti con la famiglia (in particolar modo, moglie e figlia) che finalmente invita a partecipare al gruppo. Le due arrivano ad aprile 2007 e tollerano la "coesistenza" in gruppo per 6 incontri. In questo tempo vi è stato un altissimo livello di conflittualità espresso da entrambe le parti in modo non efficace: rivendicazioni anche sul passato, toni di voce alti, ... Le conduttrici hanno segnalato l'impossibilità di procedere in questo modo, del tutto inefficace, e hanno previsto l'uscita di una delle due parti se non si fossero modificate le modalità relazionali (peraltro poco consone al clima del gruppo). Oltre al processo strettamente familiare, questa situazione ha sconcertato anche il resto del gruppo: vedere L. nella sua sino a quel momento sconosciuta veste di giocatore patologico, una sorta di Dr Jekyll e Mr Hyde, ha disorientato gli altri componenti che non lo hanno più riconosciuto (pur non estromettendolo dal gruppo, hanno chiesto una assunzione di responsabilità che L. non è riuscito a cogliere). Per queste due ragioni, L. ha interrotto la sua partecipazione.

Informate dopo la prima assenza di tale intenzione, le conduttrici hanno scritto la seguente lettera (giugno 2007):

"Gentile L.

Siamo state informate dal dr Zerbetto della sua intenzione di interrompere il percorso di gruppo.

Il dr Zerbetto esprimeva a riguardo il suo dispiacere, che anche noi condividiamo.

Un'assenza di una volta per noi non è un'uscita tout cour (sa che può fare sino a 3 assenze consecutive ingiustificate) e può venire ancora già mercoledì prossimo se lo desidera.

Vorremmo comunque, come sa che spesso capita, restituirle per iscritto alcune riflessioni.

Da dopo la CT, sua moglie e sua figlia stanno frequentando le riunioni (e questo è stato un ottimo progresso, impensabile sino a qualche mese fa!).

Ci voleva forse l'input deciso della Comunità e forse la Sua convinzione personale che ce l'avrebbe fatta ad affrancarsi dal gioco (e non solo ...) per poter compiere questo passo: quando è uscito dalla CT era psicologicamente forte, e mentalmente certo che avrebbe potuto tollerare anche gli sguardi più malevoli del suo passato proprio perché in quel momento aureo era fiducioso nel futuro, ed ha azzardato a fare ciò che non le era stato possibile fino a quel momento: autorizzare moglie e figlia a partecipare.

La presenza in gruppo di M. e R. però è stata preziosa anche per un altro motivo.

Infatti, dal momento in cui loro sono state presenti, abbiamo avuto modo di conoscere un L. diverso da quello che era stato con noi sino ad allora.

Noi conduttrici siamo rimaste spiazzate, e i membri del gruppo pure.

Ma nonostante lo smarrimento iniziale, non è mutato il desiderio esserle di aiuto e la capacità di accoglienza – da parte di tutti – di un dolore più profondo (finalmente palese) che si andava manifestando.

Il "L." che ha seguito il gruppo per quasi 2 anni, che ha contribuito ad animarlo, capace di pensieri profondi, apprezzato e riconosciuto anche dagli altri partecipanti, all'improvviso si è chiuso, coprendo gli occhi dietro occhiali scuri e tappandosi la bocca spesso decidendo di non parlare, oppure è diventato aggressivo, provocatorio: irriconoscibile per tutti noi (ma non per la sua famiglia!). Davvero un'altra parte di L..

Ecco noi oggi pensiamo che il suo problema siano le sue due parti, il "buono" e il "cattivo", che esistono simultaneamente ma che lei L. riesce a giocare solo su palcoscenici diversi, e con le quali non riesce a convivere in modo integrato. E' o l'una o l'altra cosa.

Non parrebbero esservi al momento altre possibilità.

L. il "buono" può mostrare la sua faccia migliore, del saggio giocatore istrionico, sagace, intelligente, dissacrante della vita e pieno di fascino: lo ha giocato con noi, e si è fatto apprezzare per questo modo di essere, sino all'arrivo in gruppo dei suoi familiari (e forse ora è la parte che sta giocando ad Orthos?).

L. il "cattivo" è inamovibile, testardo, falso, porta con sé il senso di fallimento della vita, le ricadute al gioco inconfessabili, la solitudine in parte cercata anche perché ormai gli sguardi della sua famiglia gli restituiscono e gli rispecchiano solo rabbia e delusione (non è in fondo anche lei il primo ad essere rabbioso e deluso con se stesso?): questo L. è quello che emerge ogni volta che il confronto si fa esplicito e duro (forse troppo duro per essere sostenibile).

Caro L., riteniamo adesso che solo dalla ricomposizione di queste due parti (cosa che potrebbe fare nel gruppo, simultaneamente proseguendo il programma di Orthos) Lei trarrà un beneficio reale e profondo, il vero cambiamento che crediamo anche lei desideri.

E ci dispiacciamo davvero se non riuscisse a cogliere questo momento come una possibilità di ricomposizione dentro di se di queste due parti.

Spostarsi di palcoscenico non la farà stare meglio.

Rinvierà solo più in là il pagamento del conto, che presto o tardi arriverà, e sarà purtroppo certamente salato.

Disponibili a riaccoglierla in gruppo, se anche lei sarà disposto a mettersi finalmente in gioco.”

I familiari hanno riferito che L. si è molto arrabbiato. Per molto tempo non lo abbiamo più visto né sentito. E' ricomparso in modo imprevisto con grande apprensione della famiglia che non se lo aspettava a giugno 2008 quando ha partecipato ad un incontro proponendosi come “helper”. La reazione del gruppo (che sperava di rincontrarlo finalmente per lavorare sul suo problema) non si è fatta attendere e in più persone gli hanno rimandato che in gruppo c'era lo spazio affinché lui si mettesse in gioco come tutti, ma che nessuno aveva bisogno del suo aiuto, anche perché nel frattempo in un anno gli altri partecipanti erano andati avanti con il loro percorso. Da allora, le notizie di L. sono arrivate solo tramite i familiari, in un crescendo di problemi sempre maggiori. Gioco sempre presente, debiti, richieste di denaro, trascuratezza personale, non ottemperante agli impegni familiari presi, ecc.

Altri casi clinici con esito negativo: chi sono e come non hanno usato il gruppo

G. (figlia di R.): 34 anni, giocatrice di bingo e newslot; patologia psichiatrica borderline, adottata, B3.

D. (Giacatrice di newslot, 53 anni, disoccupata, licenza media inferiore; divorziata) e M. (sorella maggiore, con nucleo familiare proprio):

D. patologia psichiatrica borderline, B3, altre difficoltà sociali e relazionali (sola, figlia con handicap), scarso supporto;

M. ambivalente (familiare “accompagnatore” e non lì per se, poca frequenza, non messa in discussione personale, ...)

G. (Giocatore di newslot e casinò, 40 anni, operaio, licenza media inferiore) e R. (moglie, 44 anni, operaia, licenza inferiore); la coppia ha due bambini in età scolare: G. patologia psichiatrica – disturbo antisociale di personalità, B3; R.: patologia psichiatrica borderline; narcisismo (estrema convinzione “io ti salverò”). Presenza di figli minorenni sofferenti.

F. (padre, 49 anni, operaio, licenza media inferiore), D. (Giocatore di newslot, figlio, 26 anni, operaio, licenza media inferiore) e O. (madre, 50 anni, baby sitter, licenza media inferiore): F. patologia psichiatrica su base organica (lieve deficit intellettivo), B2; genitori assolutamente inconsistenti non disponibili a mettersi in gioco; falsamente sostenitivi; probabilmente sottovalutano la gravità del problema e la difficoltà di risoluzione.

V. (Giocatore di newslot, 50 anni, impiegato, licenza media inferiore) e A. (partner, 40 anni, operaia, licenza media inferiore): V. patologia psichiatrica disturbo antisociale di personalità, B2, presenza di figlio minorenne sofferente, da precedente matrimonio; A.: inconsistente, codipendente, tendenza masochistica. Non si svincola anche se la relazione è recente e non pone paletti. Tutta sul controllo o negazione.

D. (Giocatore di newslot, 29 anni, impiegato, licenza media): patologia psichiatrica borderline, adottato; abbandonato (solo nel problema, i genitori si rifiutano attivamente di venire al gruppo perché "persone in vista"), B2.

F. (Giocatore di newslot, ma in passato scommesse sportive per quarant'anni, 67 anni, pensionato, licenza media inferiore): patologia psichiatrica disturbo antisociale di personalità, B3; falso sé; già altri percorsi (GA, SerT), gioca da sempre, non ha permesso al familiare di entrare. Presenza di figli adulti.

E. (Giocatrice di newslot e lotto, 63 anni, pensionata, diploma di scuola media superiore) e G. (marito 64 anni, pensionato): E. disturbo bipolare, B2; G.: inconsistente codipendente con vantaggi secondari. Presenza di figli sofferenti.

A. (moglie, 44 anni, operaia, diploma di scuole medie superiori) e V. (Giocatore di newslot e gratta e vinci, 45 anni, operaio, scuole medie inferiori): V. disturbo antisociale di personalità, B3; A.: codipendente, tendenza masochistica. Presenza di figli sofferenti.

G. (Giocatore di newslot, 51 anni, pensione di invalidità, licenza media inferiore): patologia psichiatrica disturbo antisociale di personalità, invalido, adottato, rete sociale carente; B3. Presenza di figli.

M. (Giocatrice di newslot, 44 anni, casalinga, diploma di scuole superiori) e S. (marito, 46 anni, libero professionista, scuole medie superiori): M. disturbo bipolare, B2; S., lucido, con vantaggi secondari enormi cui non vuole rinunciare: il gioco (e prima la depressione) della moglie gli serve per fare la bella vita. Nessuna motivazione a nessun cambiamento, costi quel che costi. Capito che il gruppo poteva forse mettere in crisi l'omeostasi, ha ben pensato di chiudere. Presenza di figli minorenni sofferenti.

M. (fratello, 43 anni, impiegato, licenza di scuola superiore, con famiglia propria) e V. (Giocatore di newslot, 53 anni, disoccupato, licenza media inferiore, senza relazioni significative): V. – disturbo antisociale di personalità; M. – inconsistente e alla ricerca di un posto dove depositare V..

R. (moglie di giocatore di scommesse, 45 anni, insegnante, diploma di scuola superiore) – familiare sola di giocatore mai visto che si è sempre rifiutato di partecipare e che non era dell'idea che la moglie venisse, problema di violenza intrafamiliare, rete sociale e familiare inconsistente; il gruppo poteva essere risorsa per R., ma anche un problema; poteva fare alcune altre cose in maggior sicurezza (ad es. le è stato proposto di rivolgersi ad associazione per maltrattamento; fare colloqui individuali); non le ha fatte; fragile; ambivalente.

Al di là del presentare una specifica situazione ci si chiede più in generale che fare quando vi sono situazioni in cui i giocatori sono afflitti da una patologia psichiatrica (6 antisociale; 4 borderline; 2 bipolari; 1 su base organica).

Anche i familiari possono avere patologie riconducibili a nosologia psichiatrica: molto rischiosi ai fini del trattamento sono tratti co-dipendenti, narcisistici o masochistici, specialmente nei partner.

Si noti che non screeniamo i pazienti per uso di sostanze (legali o illegali) e non ne siamo a conoscenza a meno che gli operatori inviati ci segnalino la situazione.

Per tali pazienti parrebbe che il gruppo non sia una risorsa. Resta la domanda di che fare con tali pazienti.

Caratteristiche comuni dei casi clinici che hanno avuto esito negativo:

- presenza di patologia psichiatrica (borderline, disturbo antisociale di personalità, su base organica con deficit intellettivi, disturbo bipolare)
- poca motivazione
- incostanza nella frequenza
- ambivalenza del familiare, verso il percorso e verso la riabilitazione del congiunto
- ipervalutazione delle proprie capacità e scarsa consapevolezza dei propri limiti (specie nei giocatori)
- nessuno ha salutato il gruppo

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto un esito dubbio (in cui cioè è difficile valutare l'esito)

I. (padre, 43 anni, operaio, licenza media), G. (mamma, 47 anni, operaia, licenza media) e L. (figlio, Giocatore di newslot, 18 anni, studente di scuola alberghiera):

L. è minorenne quando arriva in gruppo (ha 17 anni), ha giocato poco tempo (circa un anno e mezzo, di cui circa 6 mesi in modo problematico). Chiede aiuto lui stesso su una reale sofferenza, rivelando ai genitori spontaneamente cosa gli stava succedendo; con la madre cerca in internet risposte per il problema trovandoci e chiamando subito. Hanno frequentato in modo non costante il gruppo da marzo a dicembre 2009.

I. 43 anni, operaio, lavoratore indefesso, proveniente dal sud ha costruito con le sue mani la sua fortuna riuscendo nel tempo ad acquistare una bella casa con giardino di cui va molto orgoglioso. Crede nell'abilità delle persone e non all'azzardo per ottenere dei risultati. Questo messaggio è stato dato chiaramente al figlio che pare averlo recepito.

G. 47 anni, la conosciamo come operaia ma nel corso di questi mesi ha lasciato il posto di lavoro e ha aperto una attività commerciale in proprio. Mamma presente ed apprensiva, si è posta come sostegno per il figlio e protettiva nei suoi confronti anche nei luoghi di gioco.

Entrambi i genitori hanno acquisito la conoscenza di cosa è il problema e alcuni strumenti cognitivi e affettivi per affrontare il gioco di L..

L. si è auto segnalato ai genitori per il gioco; molto depresso piangeva spesso a riguardo delle perdite. Ha segnalato una sua caratteristica che lo vede in estrema difficoltà ad essere inattivo e nel mal tollerare i momenti di noia. Entrato in gruppo ha accettato il denaro contato, ha reinvestito nello studio (scuola alberghiera come cuoco, una sua passione) formulando un progetto di vita orientato a iscriversi all'università per studiare scienze dell'alimentazione e un domani aprire un suo locale "particolare" dedicato ad alcune patologie alimentari (conciliando la cultura gastronomica e quella sanitaria). Ha ripreso cura della sua forma fisica, dimagrendo e cambiando pettinatura e occhiali. Ha iniziato una relazione con una ragazza. Rispetto al gioco, già all'ingresso in gruppo non stava più giocando, anche se nel tempo ha dichiarato di essere entrato in locali di gioco. Nell'occasione di una gita scolastica a Barcellona gli era capitato di giocare a suo dire in modo controllato. L. ha comunicato a dicembre 2009 l'intenzione di concludere il percorso anche perché ha trovato un lavoro in un ristorante dove d'estate ha fatto uno stage che apprezzando le sue qualità ha deciso di chiamarlo e assumerlo. Ha così iniziato a frequentare la scuola alla sera e non più durante il giorno per poter conciliare tutte le attività. Sentendosi affrancato dal rischio "gioco" l'ulteriore frequenza al gruppo pareva superflua. Anche la famiglia è d'accordo. Alle conduttrici pur evidenziandosi elementi positivi di cambiamento di stile di vita, rimane il dubbio sulla stabilità di tali cambiamenti come pure sul senso del sintomo "gioco": giunto così improvvisamente e altrettanto improvvisamente sparito? Nei mesi del gruppo ha fatto un progetto di vita e si è reimpostato, sia in teoria che nella pratica. I genitori parrebbero avere fatto pochi cambiamenti. In totale il loro percorso è durato 9 mesi. Forse troppo poco?

Un altro caso con esito dubbio

A. (67 anni, pensionata, con marito non collaborante a venire in trattamento): giocatrice di macchinette, sola, motivata, non autorizzata a rientrare in gruppo dalle due conduttrici dopo la sospensione della paziente per 3 mesi di vacanze estive (fuori porta); possibile depressione; B2; nullo sostegno familiare. Avremmo forse dovuto essere più morbidi?

Non è stato effettuato neppure in questi casi il follow up.

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

A ruota libera, quali suggerimenti daresti a un collega che dovesse comunicarvi l'intenzione di voler aprire un gruppo GAP?

- Non fate un gruppo da soli (garantitevi di lavorare in copresenza o almeno con supervisione).
- Se possibile con una valutazione diagnostica prima dell'ingresso (almeno del giocatore, o sulle relazioni familiari).
- Non scoraggiarsi.
- Mettere in conto che è una grande fatica ma anche professionalmente stimolante e interessante.

- Far pagare una quota anche minima e non farsi intenerire: serve a loro più che a voi.
- Pensate a un percorso lungo. Dopo un anno avrete appena capito come stanno le cose.
- Tra gli obiettivi ponetevi quello di aiutare i pazienti a riappropriarsi del proprio ruolo in famiglia.
- Astinenza: non vincolo d'accesso ma obiettivo comunque a cui tendere (anche attraverso la sperimentazione e significazione di ricadute).
- Attenzione quando il gruppo porta su altro i discorsi: stanno evitando di trattare di gioco perché forse è successo qualcosa di importante? Campanello d'allarme.
- Se riuscite, anche se è faticoso, tenete traccia dei percorsi: verbali, dati, relazioni periodiche, ecc.
- Se possibile, lavorate in rete con i servizi del territorio.

AZZARDOPOINT PG XXIII Reggio Emilia

Contributo di Umberto Caroni, educatore professionale



Una buona relazione, chiara, semplice, reale, scevra da obiettivi di parte e da giudizi morali o teorici preconetti, vale più di mille interventi terapeutici, psico-educativi e socio-relazionali⁴.

Un modello non è la verità, è un percorso possibile per alcuni, non per tutti, quindi la prima regola è non generare ulteriori danni all'utente-cliente.

Non vi è possibilità di incidere in maniera significativa in una economia di mercato rispetto ai rischi indotti dall'uso di un qualsiasi prodotto e tanto meno di proibirlo senza creare un mercato illegale e problemi di ordine pubblico.

I modelli sociali di riferimento inducono i comportamenti, non il livello di coscienza delle persone.

LA CARTA DI IDENTITA' DEL GRUPPO 1

Gruppo: Azzardopoint Gruppo 1 di Reggio Emilia

Conduttore: Umberto Caroni, Educatore Prof.le

Il gruppo accoglie: giocatori e familiari (di giocatori in trattamento) insieme

⁴ Reggio Emilia, 26 Dicembre 2009

DATI ORGANIZZATIVI

Orario di svolgimento: dalle ore 21.00 alle ore 23.00

Luogo: Reggio Emilia, Via Guido Dorso 14

Durata incontri: 2 ore

Frequenza: 1 incontro settimanale

ULTERIORI TRACCE PER DESCRIVERLO

Quando è nato: Gennaio 2000

In che contesto: all'interno di un Centro sociale per td e alcolisti, a fronte di richieste provenienti dal territorio di Reggio Emilia e da persone con td pregressa (shift?)

Modello: psico-educazionale, come per gli altri tre gruppi attivati. Non è lo specifico professionale degli operatori (Educatore Prof.le, Psicologo, Psicoterapeuta) che definisce il modello.

Il modello terapeutico presuppone la neutralità in termini di indicazioni di comportamento da parte del terapeuta, nonché un pedaggio per accedere alla terapia, per cui non credo esistano in Italia più di un paio di gruppi definibili come tali.

Il modello psico-educazionale presuppone una forte ingerenza in ambito cognitivo-comportamentale e di indirizzo da parte dell'operatore, con la possibilità di mettere sul campo tutte le conoscenze cliniche ed anche le abilità proprie. Non è importante lo specifico professionale ma il sapere cosa si sta facendo e come si sta intervenendo all'interno del gruppo e nella relazione con i singoli, per raggiungere obiettivi dichiarati.

Area clinica: coercizione a ripetere dc, livello di estraneazione, necessità del sogno, percezione della realtà, definizione relazioni oggettuali.

Area comportamentale: precauzioni, controllo del denaro, gestione terza del denaro, evitamento zone calde, non frequentare luoghi a rischio.

Area cognitiva: trappole cognitive e di gioco, illusione di controllo, percezioni erranee, inseguimento, il quasi vinto, il pensiero magico, il marketing del gioco. Area cognitiva introspettiva.

Area sistemico-relazionale: famiglia d'origine o acquisita, sistema-gruppo, misurazione delle capacità relazionali, rete sociale.

Area patrimoniale: consulenza economica, ricaduta del debito sullo stato patrimoniale immateriale psicologico netto dell'utente e della famiglia ove presente.

Colloqui individuali di integrazione al trattamento, difficoltà di inserimento, difficoltà di esplicitazione di eventi, bisogno di nuove motivazioni. Caduta della motivazione come inevitabile processo individuale all'interno del trattamento.

Essendo di per sé le scienze umane inesatte per definizione, per meglio comprendere il modello esplicitato, è necessario prendere in considerazione le aree predefinite, sapendo che queste aree hanno solo una parte in comune le une alle altre. Un ampio spettro di input e di indagine può essere da un lato un limite alla comprensione dell'intervento in termini di definizione del funzionamento dell'intervento, dall'altro permette al "sistema cura" di toccare la quasi totalità del "sistema utente", dove il quasi è il segreto, la notizia negata o sottaciuta, in pratica la privacy mentale dell'utente-cliente.

L'operatore obbligatoriamente è attivo, data la necessità di dover affrontare interventi con giocatori con gravi disturbi di personalità borderline e di area sociopatica, e comunque di Asse II nel DSM IV, persone tendenzialmente autoescludentisi, che male reggono conflitti e tensioni, e che spesso necessitano anche di un accompagnamento verso servizi specialistici per trattamenti psicoterapici e/o farmacologici idonei alla gravità della loro condizione.

Stesso discorso per quanto riguarda eventuali invii presso Centri di terapia di coppia.

L'area trattamento si completa ora con la possibilità di un intervento residenziale all'interno di una struttura del Centro Sociale, intervento psico-educativo e riadattativo, per soggetti incapaci di interrompere il discontrollo verso il gioco.

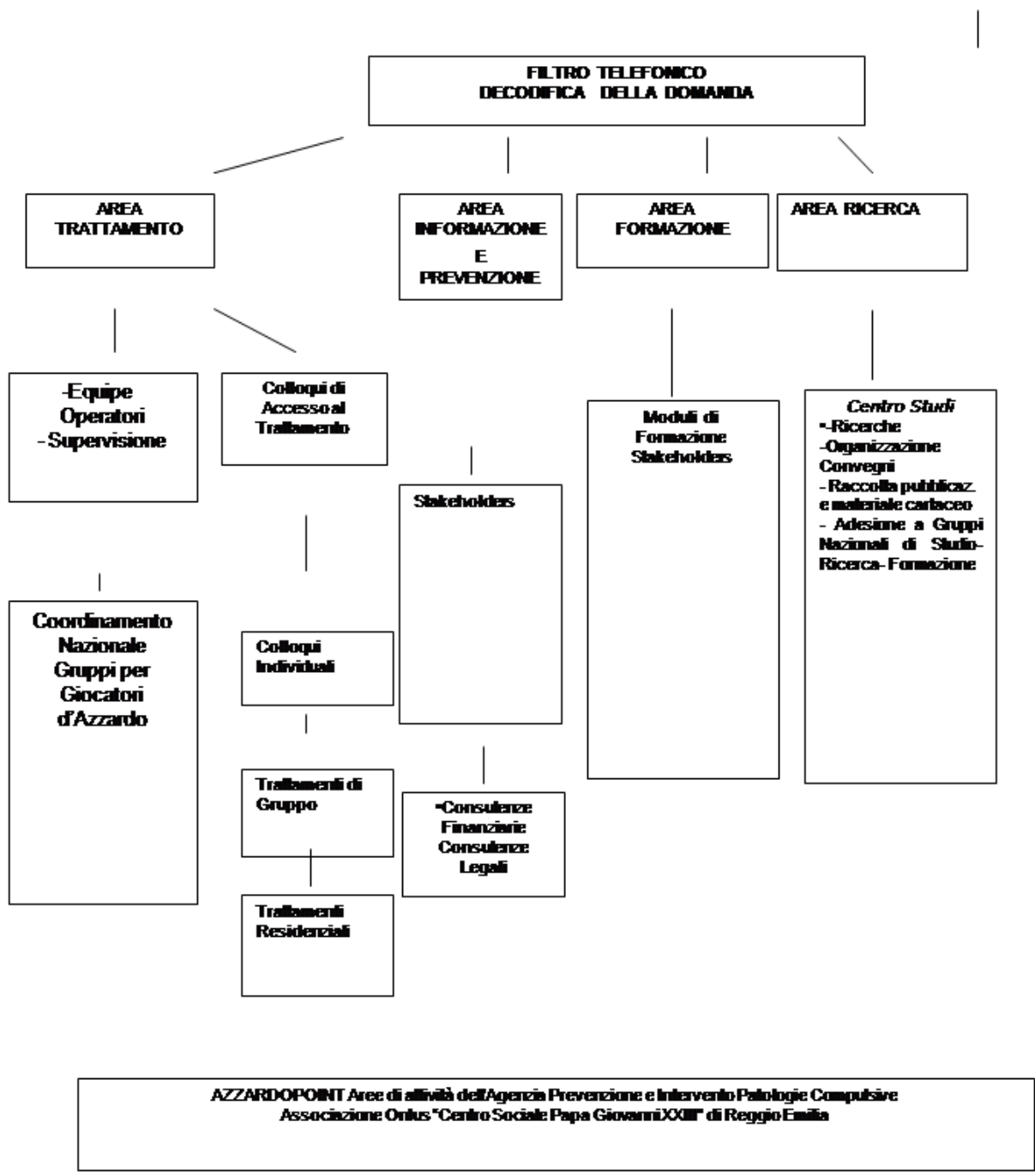
Con quali obiettivi: farsi carico di dare risposte in termini di trattamento degli stati di GAP, intenti informativi, formativi e di ricerca sul territorio.

Unico obiettivo all'origine era incontrare persone in difficoltà, giocatori e familiari, e intervenire per migliorare la qualità della loro esistenza, in termini di aumento del livello di coscienza per poter operare libere scelte nei confronti del vivere.

Azzardopoint è attualmente una realtà strutturata ad alta specializzazione, quattro gruppi di trattamento, una alta professionalità raggiunta anche grazie a nuovi clinici, nuovi autori, e altri che raccolgono saperi sul gioco d'azzardo e li trasmettono a chi li sa cogliere.

Azzardopoint è divisa per aree, trattamento, informazione, formazione e ricerca, quindi non solo percorsi psi, ora è anche informazione, come atto di prevenzione agli effetti collaterali da gioco d'azzardo, basata sulla produzione di materiale audio-video-cartaceo da far circolare sul territorio, nelle scuole,

nei circoli, nelle circoscrizioni, e su incontri di sensibilizzazione con la cittadinanza, ora è anche formazione per indurre tutti quei soggetti che a vario titolo sono posti in relazione col gioco d'azzardo e non solo come clienti, come gli addetti alle sale bingo, agli Ippodromi, ai Casinò, Enti interessati a promuovere altre realtà locali di intervento, ora è anche ricerca, indagine per conoscere le abitudini di gioco dei residenti il nostro territorio, indagare la relazione tra dipendenza da sostanze e pratiche di gioco, e quant'altro. Non esiste uno strumento che ci possa indicare coloro i quali, tra svariati milioni di italiani che praticano giochi d'azzardo, diventeranno giocatori patologici.



Teorie di riferimento: vedi bibliografia

Gruppo: chiuso

Chi entra: conduttore, giocatori, familiari, conoscenti (tirocinanti e giornalisti al bisogno previo consenso del gruppo). In gruppo entrano in prima battuta i giocatori, i quali, se lo ritengono opportuno, arrivano con un familiare o un conoscente al seguito, scelgono loro. L'operatore vuole il giocatore presente, e non familiari di cui non si conosce la persona portatore del disturbo.

Le sedute di gruppo sono così più partecipate, la partecipazione più motivata e la presenza più costante. Già, la presenza è diventata la prima regola per poter rimanere all'interno del gruppo, presenze e assenze parlano da sole, le assenze prolungate e immotivate si risolvono con pesanti interventi da parte dell'operatore, a volte sono più sceneggiate che interventi per riportare l'utente su un piano di realtà. Perché un giocatore, uno che pensa di controllare il caso, non ha certo il pensiero di non riuscire a controllare chi lo circonda, ma quando ci prova con l'operatore sono dolori.

Trovarsi in un gruppo di trattamento è senza dubbio una cosa seria, di fatto è un gioco, un gioco di strategia, per giocare ad un qualsiasi gioco è necessario porre in atto una strategia. In gruppo si attua una strategia, una competizione tra persone e interna alle persone. La patologia dice che si è di fronte ad un giocatore d'azzardo ma questo è semplicemente banale, la stessa persona fa capire che quotidianamente attua strategie su più fronti, giochi di competizione sul lavoro, giochi d'amore con il partner, giochi d'abilità come fare l'enigmistica o guidare in mezzo al traffico, giochi di vertigine come bersi due bicchieri per sentire l'ebbrezza dell'alcool. All'inizio il messaggio è la necessità di cambiare tipo di gioco per uscire dai disastrosi effetti del gioco d'azzardo, in seguito il messaggio è che in gruppo si pratica un gioco di società con le regole proprie del gruppo in cui vincere vuol dire battere un altro gioco, quello d'azzardo.

Il premio è aumentare la qualità della vita di tutti i partecipanti.

I giocatori si allontanano dall'azzardo quando si appassionano ad altre pratiche di gioco, è l'eccesso che rovina, il giocare è una categoria dell'uomo, una necessità.

Come entra:

I° contatto telefonico (3 numeri di telefono e 1 indirizzo @mail) per decodifica della domanda

II° appuntamento per consulenza GAP (colloquio anamnestico-motivazionale: somministrazione test per GAP problematico o patologico, pratiche di gioco, rete familiare, rete sociale, uso di sostanze, impressioni diagnostiche, valutazione della richiesta di trattamento + consulenza finanziaria: stato

patrimoniale, eventuale stato di indebitamento, ev. ristrutturazione del debito, ev. estinzione debito a privati cittadini)

III° definizione del percorso psico-educativo e ingresso in gruppo

Pagamento:

25 euro per colloquio anamnestico + consulenza finanziaria

20 euro mensili per la partecipazione al gruppo

Motivi del pagamento: coprire parzialmente le spese vive per l'intervento (luce, gas, acqua, riscaldamento, caffè, materiale didattico o informativo, ecc.) e per stimolare i GAP ad un graduale rientro col pensiero sul dove indirizzare il denaro in modo utile

Regole d'accesso: nessuna, se non pone preclusioni l'operatore

Sospensione dal gioco: già in sede di consulenza viene posto il vincolo/obiettivo a breve di interrompere con i giochi d'azzardo, o almeno di provare a sospendere per non rimanere vincolati al passato. Sospensione richiesta solo per il periodo di trattamento dopodiché la persona sarà libera di scegliere come meglio crede.

Durata del percorso: viene suggerito un tempo minimo di partecipazione di 18-24 mesi. L'esperienza insegna che non è difficile interrompere col gioco, bastano alcune precauzioni dette anche forme di tutela finanziaria e in alcuni casi di controllo. Il ritorno al gioco, o quanto meno un forte desiderio, riemerge attorno all'anno di trattamento quando gradualmente si rientra in una sfera di normalità.

Numero dei partecipanti: giocatori e familiari assieme sarebbe bene non superassero le 12-14 unità per poter permettere una buona e completa circolarità della comunicazione nell'arco di un mese. Tre persone sono sufficienti per definire un gruppo.

Frequenza: è il leit-motiv, la base del trattamento. Frequenze part-time servono unicamente a perdere tempo, alla persona che non comprende l'evoluzione dei discorsi e dei percorsi degli altri, la stessa perde le lezioni del conduttore, gli altri, specie gli indecisi si aggrappano alle assenze. E poi le assenze-presenze misurate in un arco di tempo di qualche mese parlano da sole.

DATI E FOLLOW UP

DEMOGRAFIA ATTUALE

FOTO DI GRUPPO del giorno 20 Novembre 2009

Totale utenti GAP (giocatori)	11
Totale familiari	2

UTENTI GAP DIVISI PER SESSO

Maschi	11
--------	----

FAMILIARI DIVISI PER SESSO

Femmine	2
---------	---

UTENTI GAP DIVISI PER FASCE D'ETÀ

Maschi

< 30	
30 – 35	
36 – 40	4
41 – 45	4
46 – 50	2
50 >	1

FAMILIARI DIVISI PER FASCE D'ETÀ

Femmine

< 30	
30 – 35	
36 – 40	1
41 – 45	
46 – 50	
50 >	1

UTENTI GAP DIVISI PER CONDIZIONE LAVORATIVA

Maschi

Lavoro saltuario	
Occupato	9
Disoccupato	1
In Aspettativa per PT	
Pensionato / Invalido	
Pensionato	1

FAMILIARI DIVISI PER CONDIZIONE LAVORATIVA

Femmine

Lavoro saltuario	
Occupato	1

Disoccupato	
In Aspettativa per PT	
Pensionato / Invalido	
Pensionato	1

UTENTI GAP DIVISI PER STATO CIVILE

Maschi

Celibe	3	Con figli	
Convivente	6	Con figli	6
Coniugato		Con figli	
Separato / Divorziato	2	Con figli	1
Vedovo		Con figli	

FAMILIARI DIVISI PER STATO CIVILE

Femmine

Nubile	
Convivente	
Coniugata	2
Sep. / Div.	
Vedova	

UTENTI GAP RUOLO ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE

Maschi

Padre // Madre	
Figlio // Figlia	2
Marito // Moglie	6
Convivente // Partner	
Single	3
Altro	

FAMILIARI - RUOLO ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE

Femmine

Padre // Madre	
Figlio // Figlia	
Marito // Moglie	1
Convivente // Partner	
Non nel nucleo	1

UTENTI GAP DIVISI PER GIOCO PREVALENTE

Maschi

Slot Machine	7
Punti SNAI Sc.Sportive	1
Lotto / SuperEnalotto	1
Giochi di carte	
Gratta e Vinci	
Casinò	1

Giochi on line	1
Bingo	
Totocalcio	

GIOCHI PRATICATI PREVALENTEMENTE

Maschi

Slot Machine	8
Punti SNAI Sc. Sportive	1
Lotto / SuperEnalotto	5
Giochi di carte	3
Gratta e Vinci	1
Casinò	3
Giochi on line	1
Bingo	
Totocalcio	3

TIPOLOGIA DEL GIOCATORE

Maschi

Giocatore Selettivo	[1 solo gioco praticato]	3
Giocatore Elettivo	[2 giochi praticati]	3
Giocatore Polivalente	[3 o più giochi praticati]	5

UTENTI GAP Tipologia di intervento

Maschi

Trattamento Gruppo	AzzardoPoint	11
Incontri Individuali	AzzardoPoint	4
Incontri di coppia	AzzardoPoint	
Residenziale (CT)	AzzardoPoint	
Trattamento integrato con Servizi Pubblici-Privati		1

UTENTI GAP ALTRI TRATTAMENTI IN CORSO

Maschi

Nessuno	7
Psicoterapia individuale	3
Intervento farmacologico	3
Terapia di coppia	
Altro	

FAMILIARI TIPOLOGIA DI INTERVENTO

Femmine

Relazione psico-educativa telefonica	1
Incontri / Consulenze individuali	1
Incontri di coppia Azzardopoint	
Partecipazione Gruppo Azzardopoint	
Partecipazione saltuaria Gruppo Azzardopoint	2
Altro	

FAMILIARI - ALTRI TRATTAMENTI IN CORSO

Femmine

Nessuno	2
Psicoterapia individuale	
Intervento farmacologico	
Terapia di coppia	
Altro	

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

Azzardopoint Gruppo 1 Reggio Emilia 2000-2009

I dati anamnestici si riferiscono al momento della presa in carico

I dati sul trattamento si riferiscono al periodo di presenza dell'utenza

DATO COMPLESSIVO

Totale utenti G.A.P presi in carico dal 2000 al 2009	105
Totale familiari-conoscenti presi in carico dal 2000 al 2009	44

UTENTI GAP DIVISI PER SESSO

Maschi	102	Femmine	3
--------	-----	---------	---

FAMILIARI-CONOSCENTI DIVISI PER SESSO

Maschi	15	Femmine	29
--------	----	---------	----

UTENTI GAP DIVISI PER FASCE D'ETÀ

Maschi		Femmine	
< 30	19	< 30	
30 – 35	18	30 – 35	
36 – 40	20	36 – 40	
41 – 45	18	41 – 45	2
46 – 50	15	46 – 50	
50 >	12	50 >	1
Totale	102	Totale	3

FAMILIARI-CONOSCENTI DIVISI PER FASCE D'ETÀ

Maschi		Femmine	
< 30		< 30	1
30 – 35		30 – 35	5
36 – 40	2	36 – 40	9
41 – 45		41 – 45	4
46 – 50	4	46 – 50	2
50 >	9	50 >	8
Totale	15	Totale	29

UTENTI GAP DIVISI PER CONDIZIONE LAVORATIVA

Maschi		Femmine	
Lavoro saltuario	6		
Occupato	72		
Disoccupato	13		
In Aspettativa per PT	1		
Pensionato / Invalido	4		
Pensionato	4		
Studente	2		1
Totale	102	Totale	3

FAMILIARI-CONOSCENTI DIVISI PER CONDIZIONE LAVORATIVA

Maschi		Femmine	
Lavoro saltuario			1
Occupato	13		20
Disoccupato			1
Pensionato/a-Invalido			
Pensionato/a	2		4
Casalingo/a			3
Totale	15	Totale	29

UTENTI GAP DIVISI PER STATO CIVILE

Maschi				Femmine			
Celibe	39	con figli		Nubile		con figli	
Coniugato	48	con figli	41	Coniugata	1	con figli	1
Separato / Divorziato	14	con figli	10	Sep. / Div.	2	con figli	2
Vedovo	1	con figli	1	Vedova		con figli	
Totale	102			Totale			3

FAMILIARI-CONOSCENTI DIVISI PER STATO CIVILE

Maschi			Femmine	
Celibe	3		Nubile	2
Coniugato	12		Coniugata	23
Separato / Divorziato			Sep. / Div.	2
Vedovo			Vedova	2
Totale	15		Totale	29

UTENTI GAP RUOLO ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE

Maschi			Femmine	
Padre	1		Madre	1
Figlio	26		Figlia	
Marito	48		Moglie	1
Convivente	6		Convivente	
Single	20		Single	1
Fratello	1		Sorella	
Totale	102		Totale	3

FAMILIARI-CONOSCENTI RUOLO ALL'INTERNO DEL NUCLEO FAMILIARE
DELL'UTENTE GAP

Maschi			Femmine	
Padre	7		Madre	7
Figlio			Figlia	
Marito			Moglie	17
Convivente			Convivente	1
Non nel nucleo	7		Non nel nucleo	4
Fratello	1		Sorella	
Totale	15		Totale	29

UTENTI GAP DIVISI PER GIOCO PREVALENTE

Maschi		Femmine	
Slot Machine	50	Slot Machine	3
Punti SNAI ScSport	20	Punti SNAI Sc. Sport	
Lotto SuperEnalotto	11	Lotto / SuperEnalotto	
Giochi di carte	5	Giochi di carte	
Gratta e Vinci	1	Gratta e Vinci	
Casinò	9	Casinò	
Giochi on line	2	Giochi on line	
Bingo		Bingo	
Totocalcio	2	Totocalcio	
Borsa S.p.A.	2		
Totale	102		3

UTENTI GAP GIOCHI PRATICATI PREVALENTEMENTE

Maschi		Femmine	
Slot Machine	63	Slot Machine	3
Punti SNAI Sc. Sport	38	Punti SNAI Sc. Sport	
Lotto / SuperEnalotto	36	Lotto / SuperEnalotto	1
Giochi di carte	17	Giochi di carte	1
Gratta e Vinci	13	Gratta e Vinci	
Casinò	22	Casinò	
Giochi on line	5	Giochi on line	
Bingo	1	Bingo	1
Totocalcio	24	Totocalcio	
Borsa S.p.A.	3		

TIPOLOGIA DEL GIOCATORE

		Maschi	Femmine
Giocatore Selettivo	[1 solo gioco praticato]	27	1
Giocatore Elettivo	[2 giochi praticati]	34	1
Giocatore Polivalente	[3 o più giochi praticati]	41	1
Totale		102	3

UTENTI GAP TIPOLOGIA DI INTERVENTO AZZARDPOINT

	Maschi	Femmine
Trattamento di gruppo	89	3
Incontri individuali	12	1
Incontri di coppia	7	
Residenziale (PG 23) (comprende il trattamento di gruppo)	13	
Trattamento integrato con Servizi Pubblici – Privati	17	

UTENTI GAP ALTRI TRATTAMENTI

	Maschi	Femmine
Nessuno	72	3
Psicoterapia individuale	16	
Intervento farmacologico	20	
Terapia di coppia	3	
Sostegno Servizi Sociali del Comune	5	

FAMILIARI-CONOSCENTI TIPOLOGIA DI INTERVENTO AZZARDOPOINT

	Maschi	Femmine
Relazione psico-educativa telefonica	3	5
Incontri/Consulenze individuali	2	7
Incontri di coppia		7
Partecipazione al gruppo	7	7
Partecipazione saltuaria al gruppo	5	18

FAMILIARI-CONOSCENTI ALTRI TRATTAMENTI

	Maschi	Femmine
Nessuno	15	23
Psicoterapia individuale		3
Intervento farmacologico		2
Terapia di coppia		3

UTENTI GAP MOTIVO DI USCITA DAL TRATTAMENTO

	Maschi	Femmine
Cambio di gruppo di trattamento	10	
Drop out nei primi 2 mesi	17	
Drop out nel primo anno	19	2
Drop out e rientro: oltre 1 anno: attualmente non in gruppo	8	1
Ritorno concordato col Servizio territoriale inviante	6	
Trasferimento in altra città	1	
Espulsione	1	
Decesso	1	
DIMISSIONI CONCORDATE DI FINE TRATTAMENTO	39	
Totale	102	3

FAMILIARI-CONOSCENTI MOTIVO DI USCITA DAL TRATTAMENTO

	Maschi	Femmine
Cambio di gruppo di trattamento dell'utente GAP	1	6
Drop out dell'utente	3	6
Trasferimento in altra città	1	
Uscita volontaria	4	4
Dimissioni concordate dell'utente GAP	4	13
Decesso dell'utente GAP	1	
Rimasto oltre l'uscita dell'utente GAP	1	
Totale	15	29

.....

UTENTI GAP E USO-ABUSO DI SOSTANZE

	Maschi	Femmine
Cannabinoidi	11	
Cocaina	14	
LSD-MDMA	2	
Cannabinoidi-Cocaina e altro	3	
Tossicodipendenza pregressa	4	

UTENTI GAP E ABUSO DI ALCOOL

	Maschi	Femmine
Abuso di alcool Forti bevitori	22	
Bere moderato (col beneficio del dubbio per alcuni)	50	3
Alcolismo pregresso	2	

UTENTI GAP E TABAGISMO

	Maschi	Femmine
Uso di nicotina (sigarette)	80	1

UTENTI PRESI IN CARICO ALL'INTERNO DEL GRUPPO 1 AZZARDOPOINT PER ALTRE PATOLOGIE

Maschi	Femmine
3	0

2-Alcolismo

1-Sindrome da ritardo totale

Follow up. Che sia necessario istruire formalmente un follow up è da sempre una necessità dei servizi e non certo degli utenti/clienti. Di fatto il follow up, in questa come in altre precedenti esperienze è un tasto dolente o quantomeno incompleto. Nei primi due anni dalla dimissione, o di abbandono del trattamento, c'è ancora una partecipazione emotiva, in seguito le persone vogliono giustamente liberarsi definitivamente della loro coda di ex, e accettano mal volentieri l'ingerenza causata dal follow up, dal quale si sentono estranei e al quale non danno alcun rilievo anche se viene loro spiegata la funzione di tale indagine.

Per cui chiedere la disponibilità per un follow up telefonico al momento della dimissione, non comporta alcuna resistenza nel breve periodo, ma nel lungo periodo si percepisce essere vissuto come una forma di ingerenza che i giocatori non hanno chiesto, ma solo subito, quindi si interrompe.

Meglio notizie dalla rete sociale territoriale se si è riusciti a costruirla.

Molti ex- telefonano in occasione delle feste natalizie, alcuni di loro sono rimasti in contatto, la realtà locale non è da grande metropoli quindi è facile, anche se raramente incrociarsi per strada, all'interno di bar o di un supermercato. Il gruppo è diventato una sorta di rete sociale, si sa cosa succede loro, loro stessi transitano saltuariamente in gruppo per salutare e portare la loro storia.

VALUTAZIONE DI ESITO

CASO N. 1

UN CASO SEMPLICE

Telefona la madre. M. gioca alle slot (allora videopoker), butta via il denaro che i genitori gli danno per studiare. Gli hanno detto che così non va bene, quindi deve smettere di giocare. Hanno contattato anche il Ce.I.S. di Modena ma non tratta giocatori d'azzardo. Spiego velocemente come funzioniamo noi

e aspetto una telefonata di M. per fissare una consulenza sul gioco. M. telefona e si presenta all'appuntamento.

M., 21aa, studente universitario al III° anno di informatica, un fratello minore alle scuole medie, alterna studio e lavoro part-time presso un centro computer. La madre è maestra elementare, il padre operaio specializzato. In casa non vi sono problemi economici. Chiede un trattamento ancor prima di sapere in cosa consiste, da un lato sa di avere a che fare con due genitori determinati a risolvere la questione gioco, dall'altro sa che sta assumendo una fissità di pensiero verso le slot.

Inserito in gruppo riesce ad inserirsi bene nel contesto e nei discorsi. Non emergono conflitti familiari eccetto il discorso slot, M. ha una vita normale, studia deciso a laurearsi nei tempi giusti, esce con gli amici, ogni tanto nei week-end gli capita di alzare il gomito o di fumarsi un po' di erba, i genitori ne sono al corrente e se ne parla in casa. Col fratello esistono troppi anni di differenza per poter condividere interessi comuni, ogni tanto lo aiuta a fare i compiti.

Per ora non ha una relazione affettiva stabile con una ragazza, ma neppure ne sente il bisogno per il momento.

Pian piano emerge la vera natura del suo giocare alle slot. M. futuro informatico, già attivo nella riparazione di pc e altro, interpreta la slot come un qualsiasi altro videogame, una scheda preimpostata con vari livelli di gioco, quindi studiabile a tavolino. Ha passato un anno intero a studiare tre videopoker nel Centro Sociale dove si incontra con gli amici, pensando di riuscire attraverso le sue abilità informatiche a decodificare le informazioni, intrecciando i vari risultati delle giocate per giungere ad un sistema che gli permetta di battere matematicamente la macchina.

Ha anche effettuato studi e giocate, messi da parte già da tempo, sul calcolo delle probabilità per quel che riguarda il gioco del Lotto, arrivando a risultati già raggiunti da altri, cioè che la casualità in questo caso predomina ai fini del risultato.

Naturalmente il denaro che si ritrova tra le mani serve a verificare le sue teorie di gioco, andando sempre oltre nei suoi "studi" e nel bisogno di continuare a spendere per "studiare". Le trattenute di gioco fanno parte del gioco tuttavia sono ritenute irrilevanti una volta trovato il sistema.

Non ha trovato in gruppo suggerimenti o proposte volte ad integrare la ricerca del sistema vincente, anzi si è dovuto confrontare con altri che in termini di denaro speso, tempo speso, e ricerca di sistemi sembravano essere dei professori e lui solo un insignificante alunno che non aveva imparato niente con la sua logica da "quattro soldi".

Accettata a malincuore la sconfitta scientifica, smette di interessarsi di slot.

Riprende l'attività sportiva nel tempo libero, comincia ad interessarsi alle ragazze, i suoi amici lo vedono riprendere contatto con un piano di realtà consono all'età.

Partecipa alle sedute di gruppo per venti mesi dopodiché di comune accordo con l'operatore e col gruppo si decide per le dimissioni. Il padre e la madre ringraziano.

Mantiene i contatti con il gruppo fino allo scorso anno. Ha terminato gli studi con ottimi voti, lavora come assistente all'informatizzazione in una AUSL, ha una ragazza con la quale sta progettando il futuro.

La razionalizzazione della incapacità ad accedere a vincite certe (certificate) lo ha fatto desistere definitivamente dal gioco.

CASO N. 2

UN CASO PER DUE

M. dichiara problemi di gioco, dichiara di voler smettere e di avere bisogno di aiuto, tuttavia aggiunge di non sapere se potrà genericamente fidarsi degli altri. Giochi ne ha provati tanti, lotto, superenalotto, gratta e vinci, slot, e altri ancora. Ultimamente la sua passione è rivolta alle slot (compulsivo) e al superenalotto (con poco feeling).

42 aa, ha una attività di estetista, divorziato con un due figli maggiorenni, single con due relazioni affettive stabili con due donne. Una sorella coniugata, madre in vita che vive con la figlia, il padre è deceduto qualche anno fa.

L'impressione è di aver di fronte una persona estremamente ansiosa, e di fatto assume antidepressivi e ansiolitici in accordo con il medico di base, anche se pare più un fai da te che una terapia farmacologica all'interno di un percorso di senso.

Per scelta non si è mai rivolto a psicologi o psichiatri, non crede alle psicoterapie, e ribadisce di aver bisogno d'aiuto ma con riserva.

In gruppo è un disastro relazionale. O sta zitto e osserva per intere serate, oppure quando decide di intervenire su un argomento la sua modalità di esprimersi ha l'effetto di una vera aggressione verbale dove viene percepito più il modo che i contenuti portati, per cui l'operatore deve mettersi in mezzo e ripetere l'intervento di M. facendo notare i contenuti. La forma sarà già un buon obiettivo da raggiungere. Emerge tra i discorsi un pregresso (?) uso di cocaina e cannabinoidi, che tanto pregresso non sembra all'operatore, comunque ... trova in gruppo un giocatore da Casinò e assuntore di coca ancora in attività col quale pare esservi un narco-feeling.

Assumere coca e giocare per ore alle slot era il suo modo di estraniarsi da una realtà ritenuta frustrante e opprimente, in più la moglie ha ottenuto dal giudice di poter ottenere prestazioni estetiche gratuite una volta alla settimana ... e M. questo non lo sopporta.

A fronte di eccessive preoccupazioni legate al denaro e a debiti vari, in fase di consulenza economica non emergono situazioni debitorie importanti, anzi sono situazioni debitorie risolvibili senza grande impegno.

Persona di bell'aspetto, alcune volte si presenta estremamente curato, altre volte sembra appena sbarcato da un gommone.

Più interessato ai discorsi degli altri che a se stesso, deve ancora decidere se fidarsi o meno delle persone, di fatto dopo quattro mesi la partecipazione al gruppo si dirada fino all'interruzione a breve.

Dieci mesi dopo, una sera come tante, poco prima di inizio gruppo, si presenta all'operatore in condizioni disastrose: agitato, poi quasi catatonico, sguardo fisso, da una testata al muro, parla a filo ma non è M., è M. sotto farmaci o coca o chissà cosa. Chiede aiuto, un aiuto generico, imprecisato, porta

pensieri suicidari, ma visto che li esprime non c'è da preoccuparsi per ora. Partecipa al gruppo (con l'obbligo di non aprire bocca) così si scrolla quello che ha addosso, a fine gruppo l'operatore ha ben chiaro di accompagnarlo in ospedale o peggio, ma non glielo dice. Dopo due ore appare molto più calmo, bene, se vuole una mano allora si fa come dice l'operatore; primo emerge l'uso di coca e cannabinoidi, secondo il gioco è presente ma in secondo piano, terzo l'impressione diagnostica va definita da un clinico, quarto smetterla con terapie farmacologiche fai da te, prendere o lasciare. Prende. Inviato da uno psicoterapeuta conosciuto, col quale l'operatore sta lavorando anche un'altri casi di dipendenza crociata, con l'indicazione di una presa in carico (a pagamento) per diagnosi-disturbo di personalità (da cui emerge un disturbo ciclotimico) psicoterapia individuale e ridefinizione del trattamento farmacologico; rientro in gruppo solo se M. lo riterrà opportuno, vista l'incapacità per ora a relazionarsi con l'altro.

M. esegue alla lettera le indicazioni fornite, pensando che comunque l'operatore non può costituire un pericolo per lui, chiedendo anche un inserimento nel gruppo.

Nell'arco di un anno e mezzo le sue performance relazionali sono decisamente migliorate, il tono dell'umore è instabile ma non raggiunge i picchi del passato, gli incontri con lo psicoterapeuta sono una preziosa scarica e luogo di confronto delle sue ansie, frequenta una sola donna, ha deciso di investire con più vigore nel suo negozio. Convive con i rimpianti di ciò che poteva essere e non è stato.

M. all'età di otto anni è stato abusato. Ciò ha generato sia una ambiguità sessuale che una forma di ipomaniacalità dove lui pensava di essere il dominatore della relazione, lui il grande seduttore di donne e uomini, lui sopra ogni cosa, lui sopra ogni limite; questo fino ai trent'anni, già sposato con figli e divorziato, già assuntore di sostanze, già con una relazione omosex, già con una sua attività. Un mondo in mano che corrispondeva al suo bisogno di dover pensare che così fosse, di dover sempre essere pronto a rilanciare, da qui anche il gioco d'azzardo, per mantenere la posizione up.

Giocandosi letteralmente tutte le relazioni significative, nascondendosi dietro il personaggio del bel tenebroso, profondamente solo, prima o poi la crisi sarebbe arrivata come di fatto è stato.

Da otto mesi non frequenta più il gruppo, benché mantenga i contatti con l'operatore. Mantiene anche sporadiche sedute di psicoterapia, il lavoro non lo esalta ma è deciso a mantenere l'attività, frequenta palestre e piscine, dichiara uno star bene, una vita accettabile dopo un tunnel lungo una vita.

A proposito, ogni tanto continua a regalarsi un sogno da comune mortale, due euro per un paio di colonne al superenalotto, un sogno in cui non crede, tuttavia i sogni gli servono per poter fare dei distinguo con la realtà.

CASO N. 3

UN CASO FALLIMENTARE

Telefona la moglie A.: M., il marito, ha da anni un atteggiamento oscuro per quel che riguarda la gestione del denaro, e A. non riesce a capire se il marito gioca, oppure frequenta prostitute, oppure al limite che si droghi. Chiede

insistentemente e ottiene un appuntamento, non solo, ottiene pure la possibilità di partecipare per quattro serate agli incontri di gruppo per giocatori. Vuole capire cosa combina il marito, ma non riesce ad avere alcuna informazione utile, né dai datori di lavoro (M. ha un lavoro fisso e due lavori saltuari) né dagli amici del marito. L'unica cosa certa è che lo stipendio del lavoro fisso entra regolarmente in Banca e M. non ha mai prelevato soldi dal c/c.

Dopo tre mesi circa si presentano al gruppo A. e M.. Il loro è stato un matrimonio combinato all'antica, il viaggio di nozze si è svolto tra i parenti al Nord, fin quando giunti a Reggio Emilia a M. è stata offerta, tramite un parente di lei, una opportunità di lavoro in un Centro Carni. Il viaggio di nozze si ferma a Reggio. Dal loro matrimonio sono nate due figlie, oggi maggiorenni una delle quali è rientrata nel nucleo d'origine dopo una convivenza finita male, e un figlio a tutt'oggi minorenne.

M. ha una bassa scolarità, parla un italiano stentato, guarda male tutti all'interno del gruppo in specie l'operatore, ammette di giocare i numeri ritardatari al Lotto. Dalla sua porta sempre lo stipendio a casa per mandare avanti la famiglia, mentre A. svolge un lavoro meno che part-time e può dedicarsi al volontariato in Croce Rossa. Le entrate degli altri due lavori servono a M. per benzina, sigarette e gioco. A malincuore accetta, su richiesta della moglie, di rinunciare ad una autonomia economica e, da buon meridionale, passa dalla mera accettazione a minacce di abbandonare la famiglia. A., a sua volta, è fulcro centrale della famiglia, si mette in mezzo a tutti i discorsi con un atteggiamento giudicante su tutto e tutti. Accanto al disprezzo verso il marito del quale oramai si vergogna, unisce disprezzo e lo dichiara anche verso i giocatori in gruppo accusandoli di essere dei buoni a nulla e dei rovina famiglie.

Nel tempo passano attraverso una terapia di coppia da dove A. non ne esce bene, gli stessi figli la accusano di essere oppressiva, a cui lei oppone di avere un marito che non si è mai interessato di nulla. A. smette di frequentare il gruppo mentre per M. diventa quasi un piacere, non gioca da mesi, in gruppo parla sentendosi capito e anche criticato, ha migliorato notevolmente il suo italiano, prova anche ad interessarsi dei figli ma la moglie pone una sorta di veto e se li fa alleati fedeli. Continui conflitti tra M. e A., minacce di separazione. L'operatore aderisce all'idea di accompagnarli verso una separazione consensuale, tuttavia emerge che nessuno dei due è convinto nel compiere questo passo. Non si riesce a farli ragionare assieme e non si riesce a dividerli, classica soap opera americana destinata a durare una vita.

Dichiarando un calo di lavoro (saltuario) M. porta solo piccole cifre a casa, eccetto lo stipendio fisso in accredito, e così si ricomincia da capo, sul sarà vero oppure ha ricominciato a giocare o altro. Chiamato in causa dal gruppo si scopre una frequentazione con una prostituta (da notare che uno dei lavori saltuari è fare manutenzione e riscuotere affitti in appartamenti dati a prostitute e trans, gli unici che pagano regolarmente l'affitto, ed anche in passato M. aveva avuto frequentazioni del genere) alla quale lascia anche soldi, non come da tariffa ma comunque ha un prezzo. M. lo dice anche alla moglie, addirittura vuole fargliela conoscere per farle capire dove finiscono i soldi. Del gioco non gliene frega oramai più niente, continua a passare le

giornate lavorando sodo, litigi e conflitti con la moglie sono all'ordine del giorno.

Eccetto una figlia, quella rimasta nel nucleo, cominciano ad emergere per l'altra figlia un quadro esplosivo intermittente di una certa gravità accompagnato a periodi di profonda depressione e per ciò è seguita a livello psichiatrico, mentre il figlio è alla continua ricerca di denaro con furti in casa e minacce alla madre. M. osserva dalla finestra le dinamiche familiari, oggetto più che persona all'interno del nucleo.

VALUTAZIONE DI ESITO

Smettere di giocare significa che l'intervento ha funzionato? No, di certo. Ha funzionato solo in minima parte. E lo si vede ancora in fase di trattamento. Persone che smettono di giocare, ma spendono tutto da altre parti, oppure passano il tempo libero davanti alla tv, oppure vivono una spiacevole solitudine da single o una conflittualità familiare identica al prima trattamento e ora basata su pretesti diversi. Gli episodi sono molteplici e permettono di capire che obiettivo a breve è prender le distanze dal gioco, ma non è obiettivo del trattamento tant'è che i giocatori sono lasciati liberi anche di tornare a giocare in futuro se lo desiderano. Quindi il classico "aumentare il livello di coscienza per permettere libere scelte nei confronti del vivere è obiettivo altro".

E' necessario quindi valutare complessivamente 3 aree

- area gioco. Tornare al gioco a fine trattamento non è sinonimo di ricaduta, ma di scelta. A tutt'oggi non si registra un episodio di ritorno al gioco in caso di dimissioni, dai dati in nostro possesso. Di fatto il non gioco è positivo in termini di trattamento.
- area della qualità della vita. Difficile, ma non impossibile da valutare. All'origine si era di fronte a personaggi monodirezionali gioco-soldi-gioco. Ora si valuta: capacità di relazione in ambito lavorativo, sociale e ove presente familiare. E' interessante a fine trattamento tracciare la rete sociale di riferimento della persona e confrontarla con la rete iniziale, valutando sia il numero che lo spessore delle singole relazioni. Se lo stato patrimoniale immateriale netto a saldo è positivo, allora il trattamento è stato efficace in questa area.
- area della progettualità. La progettualità, anche per persone di una certa età, è la capacità di mantenere vivi o creare interessi ex-novo, è darsi un tempo per costruire un qualcosa, per arrivare più in là. Si rimanda alla filosofia di Heidegger, il metro di valutazione in positivo.

Cosa funziona e cosa non funziona nel trattamento deve essere già preso in considerazione durante il trattamento stesso, non può essere motivo di riflessione dopo le dimissioni, che sono solo la logica conseguenza di un qualsiasi percorso se vogliamo definirlo riabilitativo.

Altrimenti è come pensare alla rovescio, ad una persona deceduta, della quale si sono visti molti lati negativi in vita, ed ora che non c'è più si ha il coraggio di dire che in fondo era una brava persona.

Nei tre casi descritti la base, seppur non evidenziata, è l'alta capacità del gruppo di contenere tutto quanto viene riversato al suo interno, senza mai sviluppare atteggiamenti espulsivi pur in presenza di contrasti forti. Per ottenere questo è l'operatore che deve mostrare, pur senza agire, un atteggiamento espulsivo volto sempre a tutela del gruppo, un effetto paradosso per così dire.

Funziona inoltre, rispetto ai singoli casi, la capacità di lasciar parlare ma anche di farsi ascoltare quando è l'ora, e la capacità di seguire i percorsi dei singoli, seppur evidentemente non costruttivi, indicando di volta in volta, di fronte a monotone ripetizioni, al cosiddetto riemergere della coercizione a ripetere (forma di solipsismo), nuove forme di sperimentazione attiva a dispetto di strategie sbagliate.

E' facile notare nelle tre descrizioni dei casi quali sono stati i momenti di discriminazione che hanno indotto un pensiero in termini di positività o negatività del percorso in atto.

Il trattamento di gruppo all'origine. Le chiare indicazioni scientifiche di Custer, Rosenthal, Cancrini, Croce e altri, invitavano ad approfondire il gioco d'azzardo patologico alla stregua di una dipendenza-tossicomania pur in assenza di una sostanza e tuttavia con sintomi simili e naturali differenze. La presenza di professionisti vicini al trattamento di patologie alcool-correlate ora dediti anche al trattamento del gioco e con metodologie di intervento derivate dal trattamento degli stati di alcooldipendenza, l'esperienza maturata all'interno dei club ludoliniani da parte di operatori del centro sociale, la stessa esperienza di alcolisti anonimi parafrasati in giocatori anonimi, e altri input simili avevano condotto il Centro Sociale, nel gennaio 2000, ad attivare un gruppo multifamiliare di auto-aiuto con un helper, educatore professionale.

Il gruppo multifamiliare di per sé è uno strumento accessibile e a costo quasi zero, per permettere al giocatore traumatico o da nevrosi attuale, per dirla con le categorie diagnostiche utilizzate da Cancrini in relazione alla tossicomania, o al giocatore d'azione con sindrome di dipendenza e al giocatore per fuga con sindrome di dipendenza come indicano le categorie diagnostiche di Guerreschi, di raggiungere e mantenere le distanze dal suo disturbo attraverso l'interazione con altri portatori del disturbo.

Il coinvolgimento delle famiglie nel trattamento, già interessate in primis dai danni economici, psicologici e sociali arrecati alla famiglia dal giocatore, serve oltre che a prescrivere una forma di controllo economico ove necessaria, anche a superare la vergogna, il senso di colpa e l'emarginazione sociale

autoimposta, per giungere sia a ridefinire il modello comunicativo tra i componenti il nucleo sia a riattivare relazioni sociali-gruppali territoriali.

E come in tutte le esperienze territoriali di gruppo viene richiesta una fatica, un impegno nel provare ad interrompere tutte le pratiche di gioco almeno per il periodo di trattamento, fissato tra l'anno e mezzo e i due anni. Incontro, scontro e confronto sono le armi strategiche del gruppo, al conduttore era riservato il compito di far circolare la comunicazione, di essere un osservatore interno privilegiato delle dinamiche, saper difendere i deboli ed evitare che il gruppo diventasse un luogo settario con l'incapacità di saper far entrare i nuovi arrivati.

Il trattamento di gruppo attuale. La presenza dell'helper professionista si è tramutata in quella di operatore del gruppo, ha le mani sul gruppo, la presenza è partecipata, è lui che tira i fili, è lui che fa lavorare il gruppo con l'ambiguità di chi fa il distaccato e osserva e poi lancia brevi e precisi input di direzione. L'operatore tiene lezioni su vari argomenti correlati al gioco e alle dinamiche sociali e interfamiliari e, al bisogno, crea veri momenti di gioco, si può giocare anche senza praticarlo il gioco.

I familiari, ritenuti da tutti i modelli mediterranei, indispensabili nel trattamento di svariate forme di patologia, sono messi su un piano differente nel trattamento dei giocatori. Le esperienze dei C.A.T., di A.A. e di G.A. fanno notare che partecipano più familiari che alcolisti o giocatori ai loro gruppi, si parla più di chi non c'è che dei presenti, e anche se sull'alcolismo o sul modello G.A. può avere un senso, quando si parla di giocatori patologici il discorso cambia.

Non esiste allarme sociale rispetto al gioco. I familiari sono ben contenti quando un giocatore arriva a casa e mostra le vincite, già il denaro, nessun trattamento pensa al denaro anche se è lo strumento per accedere al gioco, i familiari sono anch'essi accecati dal miraggio di ricchezza, non hanno un tossico che arriva a casa strafatto e con i carabinieri dietro perché per drogarsi è costretto a spacciare, non hanno un alcolista che arriva ubriaco spolpo e si addormenta sul divano oppure diventa arrogante. I familiari puntano sulle vincite al gioco, il denaro risolve problemi, non li crea. L'allarme in casa scatta quando il conto corrente va in rosso e si scopre di aver vinto una ipoteca sulla casa, un finanziamento di cui non sapeva niente nessuno o cose di questo genere. Solo allora telefonano chiedendo di risolvere una situazione in cui c'è poco da risolvere. Un consistente indebitamento spesso e volentieri evolve verso la povertà.

Quindi niente colloqui ma consulenze, indicazioni ben precise, consulenze economiche con banche e finanziarie, tutelare il patrimonio residuo dividendo i conti correnti, togliere la comunione dei beni ove esiste, non cadere nella trappola di chi racconta di essersi fatto prestare denaro da persone poco raccomandabili e quant'altro. Un familiare che non riesce a fare questo è un familiare inutile, non entra in gruppo per ripulirsi dal senso di colpa nel non riuscire a fare le cose utili alla famiglia e al giocatore.

E quando un giocatore chiede un trattamento, dopo aver spiegato di cosa si tratta ma prima di fissare un colloquio indagine gli si manda il messaggio che

questo incontro ha un costo in denaro; messaggio molto chiaro per chi pensa al denaro e al gioco dalla mattina alla sera, qui non si gioca, non si viene per tranquillizzare l'operatore o il contesto familiare. Il denaro chiesto, anche se la cifra è modesta, è fonte di molte grazie per le informazioni, ci penserò.

Il denaro.

La complicata e quotidiana relazione dell'uomo col denaro. A chi non piacerebbe diventare improvvisamente ricco, chi è colui che non è spaventato dalla povertà.

Il denaro è una categoria di pensiero trasversale all'uomo e alle società moderne.

L'uomo è immerso nel denaro come un pesce nell'acqua; quando cala l'acqua si agita e si preoccupa, quando è immerso nell'acqua ne vuole di più.

Il giocatore mostra l'eccesso di valore dato al denaro e contemporaneamente mostra l'opposto, il perfetto disvalore dato al denaro stesso.

La pedagogia mostra gli aspetti educativi distorti tra adolescenti e denaro, di come nessun genitore regala mai denaro al figlio, e accompagna il gesto del dare a indicazioni di spesa, restrizioni e ricatti. Educazione malsana ricevuta da tutti.

Il bisogno di assicurazione dell'uomo di fronte ad un futuro incerto e misterioso. Si reagisce all'idea di futuro costruendo pseudo-sicurezze, una casa, due soldi in banca, un po' di superstizione, l'oroscopo, e altri orpelli della mente.

Il giocatore invece reagisce con vigore tentando di piegare il fato al suo volere, attivando il suo sesto senso, la predizione per il futuro come tratto di abilità personale, distintiva.

Il giocatore non legge l'oroscopo, se lo fa da solo.

Il giocatore cerca quello che cercano tutti: fortuna e denaro

Non è solo una ricerca di rivalsa verso un vivere insoddisfacente, è un modo di vivere, una ricerca attraente, spasmodica e devastante di futuro.

Il gioco d'azzardo è una malattia sociale grave perché contiene in sé l'idea di rivalsa, il pensiero costante se avessi denaro...potrei...esprimendo una frustrazione ancor prima di giocare, afferma Lavanco.

Quindi dovrebbe esistere una qualche forma riconosciuta di patologia, Denaropatia, Denaromania, Denarofilia, Plutomania, caratterizzata o indotta dal denaro, così come per il gioco d'azzardo, lo shopping, il cibo, l'alcool, e il resto.

Il ragionamento direbbe di sì, si pensi all'avarizia estrema o alla prodigalità normata dalla legge per citare i due esempi limite.

La psichiatria non si sofferma sulla relazione uomo denaro, si sofferma sull'avarizia e sulla prodigalità in cui il denaro è visto unicamente come sintomo di una patologia da ricercare altrove. Non esiste nei libri, non in quelli in cui ci si aspetta di trovarlo, un aspetto patologico a sé caratterizzato dalla relazione col denaro, sempre visto come limite al volere e all'agire.

La nozione di benessere al giorno d'oggi è legata a pericolose relazioni oggettuali delle quali il denaro è l'artefice principale. Il denaro inteso come guadagno è la prima motivazione al gioco d'azzardo, gioco che a sua volta ha funzioni non solo ricreative e piacevoli, non solo magiche nel poter cambiare improvvisamente la vita delle persone con una grossa vincita, ma anche funzioni compensative di ingiustizie vere o presunte e di frustrazioni indotte dal vivere. Il denaro unito al gioco d'azzardo è anche causa di rovina e istigazione a delinquere, è la dannazione del giocatore nel voler recuperare i soldi persi al gioco prima di dirsi, falsamente, che interromperà il gioco.

Queste persone mostrano in maniera macroscopica una relazione complessa con il denaro che appartiene al genere umano oramai da secoli, tanto da far dire a Freud che il denaro a posto la sua residenza nell'inconscio, il miglior paradiso fiscale che si possa trovare.

Il denaro si colloca prima dell'inizio e dopo la fine nelle regole del gioco d'azzardo e nei pensieri del giocatore.

E anche quando si parla di gioco d'azzardo, nella sua forma più devastante, definito patologico, eccessivo, compulsivo, la sequenza non si modifica al di là dello specifico gioco praticato, il gioco d'azzardo non perde mai la sua identità, il denaro è il mezzo e il fine del gioco d'azzardo, dove il gioco appare una volta, il denaro appare una o due volte

Il denaro è sempre in vantaggio rispetto al gioco nelle menti dei giocatori. La prima motivazione al gioco d'azzardo dice Carlevaro, tanto per citare un autore, la prima motivazione al gioco è, guarda il caso, vincere denaro. In questo caso il denaro si trova in vantaggio sulla ricerca di piacere nel gioco.

Il primo rischio verso la perdita di controllo, fa notare Custer, colui che ha creato la scala di discesa agli inferi dei giocatori e la risalita verso il purgatorio, è un particolare piuttosto interessante: una delle cause di maggior rischio che può spingere verso la patologia è proprio l'aver vinto denaro, cifre ritenute importanti, specie nei momenti iniziali di avvicinamento al gioco d'azzardo.

In questo caso il denaro vinto non diventa il mezzo per realizzare i piccoli sogni nel cassetto, ma il vero istigatore a continuare ad investire nel gioco, con l'idea di vincere ancora. A cui aggiungere che uno degli errori commessi in famiglia, benché del senno di poi siano piene le fosse, è confermare un giocatore sulle sue presunte abilità che possono sostenere meglio l'economia domestica nel momento in cui si mostrano le vincite.

Il primo segnale di coinvolgimento è aumentare le puntate, la posta, per aumentare il brivido, l'emozione, la trepidazione, nel sapere di poter vincere o perdere quote importanti di denaro. Il denaro permette di vivere l'emozione, il gioco di per sé non emoziona più di tanto.

Il primo segnale patologico è l'inseguimento delle perdite. Se la vincita di denaro può trasformarsi nell'episodio più sfortunato della vita di una persona che pratica giochi d'azzardo, un primo segnale di scivolamento nella perdita di controllo è l'inseguimento delle perdite di gioco, cioè continuare a giocare

nella speranza, o eccesso di desiderio che si trasforma irrazionalmente in certezza, di vincere denaro per recuperare il denaro investito e perso. In questo caso, pur essendo oramai in ambito patologico, poiché il risultato del gioco non è mai prevedibile a priori, il denaro torna ad essere la prima motivazione al gioco.

Il primo indicatore di problemi all'interno del nucleo familiare è la mancanza di entrate e la sparizione di denaro. Emerge una riduzione drastica dei soldi all'interno del nucleo, le entrate del giocatore non ci sono più. Appaiono debiti improvvisi e inspiegabili, una telefonata della banca, un prestatore che si presenta alla porta, e altro. Il denaro diventa un indicatore-spia di un qualcosa che non torna, anche se la famiglia non è al corrente del gioco d'azzardo.

La prima promessa fatta ai familiari, una volta svelato il mistero sul dove vanno a finire i soldi che non ci sono più, è legata ad un ricatto. Smettere di giocare, promettere, in cambio di soldi per saldare qualche debito in giro, debiti abbordabili, e se non sono debiti sono pur sempre necessità e imprevisti che prevedono un esborso di denaro, nella logica del giocatore del vinco e non gioco più.

La prima motivazione verso una richiesta d'aiuto, e qui ritroviamo un autore, Ladouceur, sta nel ritrovarsi senza denaro, magari con piccoli debiti e con una famiglia che non crede più al giocatore, a cui va aggiunto un imprecisato senso di colpa del momento verso la famiglia, senso di colpa legato al denaro che non c'è più. Il denaro che non c'è più è la prima motivazione al trattamento, tuttavia nessun giocatore inizialmente pensa a smettere di giocare, al massimo pensa di doversi limitare, senza prima aver vinto tutto quanto ha perso.

La prima motivazione alla ricaduta, la riattivazione del desiderio verso il gioco, emerge quando vi è la possibilità di avere dei soldi disponibili, quando si incassa un fuori busta, in occasione di dover pagare le bollette, gas, luce, acqua, affitto, l'assicurazione rca e altro.

Quando ci si trova direttamente di fronte ad un evento monetario in entrata o in uscita; discorso aggiunto rimangono comunque i debiti di gioco specie se si è contratto un debito con una banca, una finanziaria o un prestatore. Il gioco è il modo più veloce per pagare senza spendere, e questo presuppone di nuovo il ritorno alla prima motivazione al gioco, vincere denaro.

Alla fine il denaro di nuovo torna ad essere la prima motivazione al gioco d'azzardo, e allora il denaro in qualche luogo della mente bisogna metterlo.

Le persone che giocano troppo identificano nella compulsione al gioco il loro problema, i familiari identificano nella compulsione al gioco il problema, i terapeuti identificano nella compulsione al gioco il problema, ma senza denaro non può esserci gioco, condizio sine qua non, imprescindibile, inderogabile. Poi improvvisamente non ha più significato, viene rimosso dalle menti e dai discorsi e tutto si concentra sul gioco d'azzardo patologico.

La relazione patologica col denaro è innegabile, lampante, dimostrata...se la compulsione verso il gioco d'azzardo patologico è un bel problema la compulsione verso il denaro non è da meno, anzi...precede e procede con

l'instaurarsi della compulsione al gioco...è determinante nello spingere le persone comuni verso il gioco d'azzardo e portarle sul versante patologico.

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

Nell'anno 2006 la Comunità Terapeutica L.A.G. con sede a Vignola (MO) ha richiesto al nostro Centro Sociale una formazione di base per poter attivare un gruppo per giocatori.

Un loro operatore ha avuto la possibilità di accedere ai nostri saperi, non solo, ha avuto l'opportunità di partecipare come tirocinante a diverse sedute presso i nostri gruppi di Reggio Emilia.

Di fatto non vi è stato un seguito e non vi è stata alcuna operatività all'interno della L.A.G.

Nel Gennaio 2009 vi è stata una nuova richiesta della L.A.G. identica alla precedente, alla quale si è data risposta di attivarsi comunque costituendo un gruppo, (di per sé già un ottimo suggerimento), e solo in seguito vi sarebbe stata la disponibilità da parte del nostro Centro Sociale ad incontrare l'operatore del gruppo.

E così è stato. Il gruppo L.A.G. si è così costituito senza preconcetti intellettuali, basandosi sulla esperienza e professionalità di un loro operatore, che ha introdotto un modello secondo le proprie idee, in massima libertà.

Il primo vero suggerimento è che non esiste una teoria, esistono vari approcci metodologici, quindi prima ci si sporca le mani e poi ci si confronta con altri su ciò che accade in gruppo, operatore compreso.

Secondo suggerimento, mai aspettarsi risposte definitive in termini operativi, ma solo prendere atto che le parole o le azioni spesso possono indurre pensieri e comportamenti replicabili nel tempo con vari utenti, sottolineando la necessità di avere una buona memoria storica di ciò che viene detto o fatto all'interno del gruppo. Capita che frasi ritenute di poco conto assumano nei giocatori valenze inaspettate e quando vengono restituite all'operatore questi non può mai dire di essersi dimenticato o di aver detto o fatto cose senza pensarci sopra.

Terzo suggerimento, costruirsi delle buone basi teoriche evidentemente aiuta, ma non possono essere portate come dogmi, le scienze umane sono fallibili e lacunose, quindi spazio alla fantasia, la teoria non deve diventare mezzo di difesa per l'operatore.

Quarto suggerimento, ascoltare sì gli operatori che da anni operano nel settore, e notare come nel corso degli anni questi hanno volenti o nolenti modificato la loro operatività, per ottimizzarla. Il senso è quindi quello di trovare un proprio modello e modo di essere operatore, sapendo che ciò che vale oggi potrebbe essere messo in discussione sia da eventi esterni che interni un domani.

Quinto suggerimento, ma chi ve l'ha fatto fare di aprire un gruppo? Motivarsi e rimotivarsi negli anni è la base per non abbandonare o delegare l'intervento, i giocatori che arrivavano dieci anni fa mostrano discrepanze con quelli che arrivano adesso, la minestra riscaldata in caso di fame è sempre buona, una minestra nuova fatta di vecchi saperi e nuovi sapori è decisamente ottima.

Sesto suggerimento, attenzione ai processi di mentalizzazione dell'operatore. Durante l'agire è normale porsi delle domande e cercare di darsi delle risposte. In tal senso è sempre bene ricordare l'affermazione di Roldeluc⁵, che recita all'incirca così: "ogni qual volta ci si pone una domanda, appaiono all'orizzonte una mezza risposta ed una nuova domanda..."

BIBLIOGRAFIA

- AA. VV., Quaderni di animazione e formazione, I GRUPPI DI AUTOAIUTO, ED. Gruppo Abele, Torino 1998
- AA.VV., DIZIONARIO DI PSICHIATRIA, Alba Ed. Paoline, ROMA, 1962
- BIGANZOLI A. CAPITANUCCI D. SMANIOTTO R., RETI D'AZZARDO, Ed. AND-IN.CARTA, 2006
- BUNKER EDWARD, EDUCAZIONE DI UNA CANAGLIA, Giulio Einaudi Ed., TORINO, 2002
- CALLOIS R., I GIOCHI E GLI UOMINI. LA MASCHERA E LA VERTIGINE, Ed. Bompiani, Milano 1983
- CANCRINI LUIGI, INTERNET, LA DIPENDENZA? NON E' CHIMICA PARTE DALLA TESTA, Quotidiano "L'Unità" del 14.07.1995
- CANCRINI LUIGI, QUEI TEMERARI SULLE MACCHINE VOLANTI, Ed. NIS 1984
- CANCRINI LUIGI, UNA TOSSICOMANIA SENZA FARMACI, Prefazione a F. Dostoevskij IL GIOCATORE Ed. UP, Roma 1996
- CAPITANUCCI D. CROCE M. REYNAUDO M. ZERBETTO R., IL GIOCO D'AZZARDO IN ITALIA, SUPPL. ANIMAZIONE SOCIALE, CENTRO GRAFICO GRUPPO ABELE, TORINO 2009
- CARLEVARO TAZIO ET AL., IPERTESTO sul Gioco d'Azzardo, 7-a Versione 02.05.2000, CD-ROM
- CARONI U., IORI M., L'ASIMMETRIA DEL RAPPORTO EDUCATIVO, Armando Editore, ROMA, 1984
- CARONI UMBERTO, GIOCO COMPULSIVO E VITE IN AZZARDO, PERSONALITA' E DIPENDENZE – CLINICA-
- COMOGLIO A., LE FILOSOFIE DEL DENARO, Paravia Bruno Mondadori Ed., TORINO, 2000
- COSTANTINI D. MONARI P., PROBABILITA' E GIOCO D'AZZARDO, Ed. ARIES Franco Muzzio, Padova 1996
- CROCE M. ZERBETTO R., IL GIOCO E L'AZZARDO, Ed. Franco Angeli, MILANO, 2001
- CROCE M., PERCHE' IL GIOCO D'AZZARDO PUO' INTERESSARE GLI STUDIOSI DELLE TOSSICOMANIE 1999, Atti della III Conferenza Europea degli Operatori delle Tossicodipendenze, Reggio Emilia, 1999
- CROCE M., RIFLESSIONI SU GIOCO D'AZZARDO E TOSSICOMANIE, Atti della seconda conferenza Europea ERIT, Parigi, 1996
- CROCE M., GIOCO D'AZZARDO, C.N.C.A., Guida 1998-99 per l'informazione sociale, Comunità Edizioni, 1998
- CROCE M., GIOCO D'AZZARDO, in Rigliano P. In-dipendenze, Ed. Gruppo Abele, Torino 1998
- CROCE M., TOSSICOMANIE E GIOCO D'AZZARDO: QUANDO LA SFIDA DIVENTA PASSIONE, Postfazione all'edizione italiana di Dickerson Mark G., LA DIPENDENZA DA GIOCO 1993
- CUSTER R. L., PATHOLOGICAL GAMBLING in Whitfield, A., Patients with Alcoholism and Other Drug Problems, Years Book Publishers, New York 1982

⁵ N.d.T.: l'Autore si riferisce qui al dr De Luca, psicologo psicoterapeuta noto per la sua ultra decennale esperienza nei trattamenti di gruppo per giocatori e familiari che svolge a Campoformido (Ud).

- DALLAGO A. ROVATTI A., PER GIOCO PICCOLO MANUALE DELL'ESPERIENZA LUDICA, Ed. Raffaello Cortina, Milano 1993
- DE LUCA R. PETRI S., SOSAZZARDO, Ed. Baldini, Castoldi, Dalai, MILANO, 2009
- DE LUCA ROLANDO, IL GIOCO E IL DANNO, Atti del Convegno di Mestre, 1999
- DICKERSON MARK G., LA DIPENDENZA DA GIOCO, Ed. Gruppo Abele, Torino 1993, (Titolo orig. COMPULSIVE GAMBLERS Longman Group Ltd 1984)
- DSM IV, CRITERI DIAGNOSTICI, Masson Ed., Milano 1996
- Ed. Mucchi, MODENA, 2002
- FREUD S., L'INTERPRETAZIONE DEI SOGNI, Ed. Boringhieri, 1973
- GALLI GIANCARLO, LA FABBRICA DEI SOLDI, Mondadori Ed., Milano 2000
- GARBESI M., MALATI D'AZZARDO, GIOVANI AD ALTO RISCHIO, Quotidiano "La Repubblica" del 4.05.1999
- GUERRESCHI CESARE, GIOCATI DAL GIOCO, Ed. San Paolo, Milano 2000
- GUERRESCHI CESARE, IL GIOCO E IL DANNO, Atti del Convegno di Mestre, 1999
- GUERRESCHI C., IL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO, Ed. Kappa, ROMA, 2003
- HUDOLIN VLADIMIR, SOFFERENZA MULTIDIMENSIONALE DELLA FAMIGLIA, Ed. Eurocare, PADOVA 1995
- HUIZINGA J., HOMO LUDENS, Ed. Einaudi, Torino 1982
- IMBUCCI GIUSEPPE, Rivista TEMPO MEDICO n. 647 del 10.11.1999, Approfondimenti in Internet pagg 1-2
- IMBUCCI GIUSEPPE, IL GIOCO PUBBLICO IN ITALIA, Marsilio Editori, Venezia 1999
- IMBUCCI GIUSEPPE, IL GIOCO-LOTTO, TOTOCALCIO, LOTTERIE. STORIA DEI COMPORTAMENTI SOCIALI. Marsilio Editori, Venezia 1997
- INTERNET, RAVIZZA LUIGI, Rivista TEMPO MEDICO n. 647 del 10.11.1999, Approfondimenti in Internet pg 1-3
- IORI VANNA, FONDAMENTI PEDAGOGICI E TRASFORMAZIONI FAMILIARI, Ed. La Scuola, Brescia 2001
- IZZO SEBASTIANO, GIOCHI D'AZZARDO, Demetra S.r.l., Verona 1998
- LADOUCEUR ROBERT et al., IL GIOCO D'AZZARDO ECCESSIVO, Centro Scientifico Ed., TORINO, 2003
- LAVANCO G. VARVERI L., PSICOLOGIA DEL GIOCO D'AZZARDO E DELLA SCOMMESSA, Ed. Carrocci Faber, ROMA, 2006
- LAVANCO G., PSICOLOGIA DEL GIOCO D'AZZARDO, Ed. McGraw-Hill, MILANO; 2001
- LESIEUR H.R. BLUME S.B., THE SOUTH OAKS GAMBLING SCREEN (SOGS): A NEW INSTRUMENT FOR THE IDENTIFICATION OF PATHOLOGICAL GAMBLERS, American Journal Psychiatry, 1987
- LUFT JOSEPH, INTRODUZIONE ALLA DINAMICA DI GRUPPO, Ed. La Nuova Italia, Firenze 1984
- LUZZI GIAMPAOLO, SIAMO TUTTI DEBITORI, Ed. Elliot, ROMA, 2009
- MAGVENEZIA (a cura di), IL GIOCO E IL DANNO, Atti del Convegno di Mestre 4.12.1999, Ed. Tip. Eurooffset, Martellago (VE) 2000
- MICHAEL PHILLIP, "Le sette leggi del denaro", Amrita Ed., TORINO, 2000
- NOVENTA A. NAVA R. OLIVA F., SELF-HELP, Ed. Gruppo Abele, Torino 1990
- PERES E., FEBBRE DA GIOCO, Avverbi Edizioni (Graffiti srl), Roma 2000
- PETTER G., LO SVILUPPO MENTALE NELLE RICERCHE DI JEAN PIAGET, Ed. Giunti-Barbera, Firenze, 1981
- ROMANI PIERPAOLO, LE CASE DA GIOCO, ED. Commercio, Roma 2000
- ROSENTHAL R.J., PATOLOGICAL GAMBLING (1992), Trad. It. "Il gioco d'azzardo patologico", Rivista BASIS 5/6, 1994
- SECCHIAROLI GIANFRANCO, DINAMICHE FAMILIARI E SISTEMI DI INTERAZIONE, Ed. CLUEB, Bologna 1980
- SIMMEL GEORG, IL DENARO NELLA CULTURA MODERNA, a cura di Nicola Squicciarino, Armando Editore, ROMA, 1998

LA CARTA DI IDENTITA' DEL GRUPPO "A CHE GIOCO GIOCHIAMO"

Contributo di
Paolo Dallago, AMA Trento



Gruppo: "A che gioco giochiamo"
Conduttore: Paolo Dallago
Il gruppo accoglie: giocatori e familiari insieme

DATI ORGANIZZATIVI

Orario di svolgimento? 20.30 - 10.30
Luogo? Trento
Durata incontri? Due ore
Frequenza incontri? Ogni 15 gg

ULTERIORI TRACCE PER DESCRIVERLO

Quando è nato? 1999

In che contesto? All'interno di un'associazione che si occupa di auto aiuto in svariati ambiti.

Con quali obiettivi? Sostegno a persone e famiglie con il problema del gioco.

Ci sono teorie di riferimento cui il gruppo si ispira? Autoaiuto, approccio ecologico-sociale (CAT).

Aperto, chiuso? Aperto.

Chi entra? Giocatori e/o familiari.

Come entra? Solitamente previo colloquio con il facilitatore.

C'è un pagamento? Se sì, quanto? Per quale motivo si paga? Non c'è pagamento.

Vi sono regole di accesso? Rispettare le regole dei gruppi di auto aiuto.

E' richiesta astinenza? È auspicabile ma non indispensabile.

Durata del percorso? Non esiste durata.

Quante persone lo possono frequentare simultaneamente? Cioè, c'è un numero minimo/massimo? Non c'è numero minimo o massimo ma, in generale, 12- 14 persone come massimo

Obbligo di frequenza? Non c'è l'obbligo di frequenza ma è auspicabile la frequenza continuativa.

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi) **e ATTUALE**

Non teniamo demografia storica né attuale.

VALUTAZIONE DI ESITO

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto/sta ottenendo un esito positivo

R., maschio, ha 45 anni è sposato con 2 figli adolescenti, vive in un appartamento di proprietà della moglie e attualmente lavora come magazziniere in un ente pubblico mentre in passato ha sempre lavorato come autista di mezzi pesanti per diverse ditte.

Circa un anno e mezzo fa R. si presenta con la moglie ad un colloquio per "fare qualcosa" rispetto al problema del gioco. Durante il colloquio viene esposto il problema, 5 anni di seri problemi con le slot e le varie conseguenze date dalla passione di R. per il gioco (qualche debito, uso improprio del bancomat, perdita posti di lavoro ecc.).

R. inizia a frequentare regolarmente il gruppo da solo, vuole smettere di giocare con i soldi in tasca, come peraltro a già fatto con le sigarette smettendo con il pacchetto sempre in vista sul sedile del camion, chiede regolarmente alla moglie 10 euro giornalieri che regolarmente spende la mattina prima di andare a lavorare in un caffè (1 euro) e 9 euro alle slot.

Dal gruppo vengono dati a R. svariati consigli su come su come gestire la situazione in essere ma senza alcun risultato tangibile. Circa 4 mesi fa si presenta al gruppo F., una signora che chiedeva aiuto per il marito giocatore. R., ascoltando la storia di F. ed i rimandi di lei sulla sua storia, decide di smettere di giocare ed attribuisce a F. lo stimolo per il "click" che lo ha fatto smettere di giocare.

Attualmente R. non gioca da 4 mesi, a detta di tutti a cambiato espressione del volto, è sereno e contento, si impegna attivamente nel gruppo e fuori dal gruppo, vuole portare la moglie al gruppo, giura che non toccherà mai più una slot.

Punti di forza: sincerità lungo tutto il percorso ed entusiasmo nel nuovo stile di vita.

Punti di debolezza: qualche gratta e vinci giocato con la moglie.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto/sta ottenendo un esito negativo

S. femmina, ha circa 50 anni attualmente è single vive con una pensione di invalidità derivante da una depressione contratta durante il lavoro di guardia carceraria. Vive con due cani in un piccolo appartamento di proprietà di cui deve pagare il mutuo ed ha contratto diversi debiti con amici, banca e finanziarie.

S. gioca con le slot da 5 anni e si è presentata al gruppo un anno e mezzo fa frequentandolo in modo non continuativo per 1 anno periodo nel quale, salvo brevi periodi, non si è astenuta dal giocare. Nel periodo che ha frequentato il gruppo è stata lasciata dal suo compagno, con cui ha avuto una lunga relazione, principalmente per motivi legati al suo comportamento nei riguardi del gioco. Il compagno ha frequentato il gruppo solo due volte anche per la contrarietà di S. alla sua presenza al gruppo.

Durante la sua presenza al gruppo S. è riuscita comunque a mettersi in gioco, a tirare fuori le proprie emozioni ed i propri sentimenti ma non ha mai voluto mettere in pratica i suggerimenti che alcuni componenti del gruppo le davano come, ad esempio, la gestione del denaro da parte di persone di fiducia, la programmazione dei debiti o l'organizzazione delle sue giornate.

Durante l'ultimo periodo che S. ha frequentato il gruppo si è messa in contatto con il SerT di zona iniziando un percorso che poi ha interrotto dopo pochi incontri.

Attualmente S. continua a giocare, ha venduto il garage di proprietà e corre seri rischi che, anche l'appartamento in cui vive, venga venduto.

Punti di forza: capacità di mettersi in gioco per quanto riguarda l'espressione dei propri sentimenti e delle proprie emozioni.

Punti di debolezza: incapacità a farsi aiutare specialmente dalle persone a lei vicine, difficoltà a modificare lo stile di vita.

Presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto/sta ottenendo un esito dubbio (in cui cioè è difficile valutare l'esito)

G., maschio, ha 53 anni è stato sposato 2 volte ha 3 figli e attualmente ha una relazione sentimentale con una donna che vive a diversi chilometri da dove vive lui. Vive in affitto con una figlia di 14 anni e lavora in proprio come grafico.

G. gioca "da sempre" ed il suo gioco preferito è la roulette. Ha giocato per molto tempo nelle bische della zona fino ad accumulare una "montagna" di debiti.

G. ha frequentato il gruppo di auto aiuto da solo e con una buona regolarità per circa tre anni smettendo di frequentare le bische. Circa un anno e mezzo fa, in compagnia dei suoi amici giocatori, qualche rara volta ha cominciato a frequentare il circolo ufficiale del poker sportivo giocando come massimo 30 euro a serata, come per altro impone il regolamento del circolo. Circa 1 anno fa ha smesso di venire al gruppo con la motivazione che la figlia è venuta ad abitare da lui e non se la sentiva di lasciarla sola. Attualmente ogni tanto telefona dicendo che praticamente non gioca e che le cose vanno bene, anche se i debiti da pagare sono molti e sopravvivere non è facile.

Punti di forza : percepita sincerità nelle dinamiche di gruppo, capacità di mettersi in gioco, buona consapevolezza dei propri limiti e delle proprie capacità.

Punti di debolezza: gestione in proprio delle finanze personali senza alcun controllo da parte di altre persone. Silenzio con la propria compagna circa le serate al circolo poker.

Avete effettuato il follow up sui casi descritti? Se si, come?

Il follow up consiste nel sentire telefonicamente le persone dopo che hanno smesso di frequentare il gruppo e circa dopo 6 mesi e un anno.

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

A ruota libera, quali suggerimenti daresti a un collega che dovesse comunicarvi l'intenzione di voler aprire un gruppo GAP?

- Fare conoscere l'iniziativa in modo più capillare possibile
- Cercare di riunire persone più vicine possibile dal punto di vista delle esperienze personali
- Fare attenzione alla presenza nel gruppo di un numero consistente di persone che hanno seri problemi di origine psichiatrica o con forti problemi di alcolismo o droghe varie (un paio di persone ci stanno, se sono di più può diventare un problema)
- Lavorare sul cambiamento dello stile di vita.

**IL GRUPPO GIOCATORI IN TRATTAMENTO (GGT)
PRESSO LA CASA DI CURA LE BETULLE DI APPIANO GENTILE**

**Contributo di
Stefano Oliva, psichiatra e psicoterapeuta**



Il GGT nasce all'inizio del 2009 all'interno dei servizi di cura offerti dal Ce.S.Te.P. (Centro per lo Studio e le Terapia delle Psicopatie), diretto dal Dr Michele G. Sforza, con il quale collaboro da più di 10 anni e in particolare come iniziativa specifica del Servizio Multidisciplinare Gioco d'Azzardo Patologico (S.Mu.G.A.P), coordinato dallo scrivente e operante presso la Casa di Cura Le Betulle di Appiano Gentile (Co).

Per molti anni abbiamo trattato i giocatori patologici inserendoli nei nostri GAT (Gruppi Alcolisti in Trattamento) con discreto successo, ma con qualche inevitabile difficoltà correlata al non completo riconoscimento reciproco fra pazienti alcolisti e giocatori, a causa delle differenti peculiarità delle due forme di dipendenza. Al fine di superare questi ostacoli decisi, in accordo con il dr Sforza, di *fondare* due nuovi gruppi, il primo dedicato ai giocatori patologici (GGT: Gruppo Giocatori in Trattamento), mentre il secondo ai loro famigliari (G.I.Mo.F: Gruppo Informativo e Motivazionale per i Famigliari).

I nostri gruppi terapeutici (GAT e GGT) hanno un simile impianto teorico e di setting, trattandosi di gruppi psicoterapeutici di ispirazione psicodinamica centrati sul problema dipendenza ed essendo diretti da un solo terapeuta per gruppo (Psichiatra e Psicoterapeuta di formazione psicodinamica).

La selezione dei pazienti avviene attraverso un percorso ambulatoriale, che coinvolge il paziente e la sua famiglia e che è caratterizzato da una:

- *Fase diagnostica*
- *Fase psicoeducativa*
- *Fase motivazionale*
- *Fase di definizione del programma e del contratto terapeutico*

Il paziente ha la possibilità di accedere al gruppo di psicoterapia quindi, solamente quando la motivazione viene valutata sufficientemente matura, quanto meno a garantire l'astinenza da gioco e a rispettare le regole di base del Programma Terapeutico (caratterizzato da diversi capitoli: Programma di gestione del denaro, Programma di rientro dai debiti, Programma della quotidianità), che vede come parti *contrattuali* il paziente, il familiare di riferimento e il terapeuta stesso.

La finalità basilare del gruppo di psicoterapia è quella di consentire il mantenimento nel tempo della astinenza da gioco, promuovendo l'apprendimento del funzionamento della propria *parte dipendente*, la motivazione al cambiamento dello stile di vita, l'attività riflessiva, contro la tendenza all'agito impulsivo e l'approfondimento della conoscenza del proprio mondo emotivo, in contrasto con la frequente struttura alessitimica e narcisistica caratterizzante il paziente dipendente. Il gruppo è perciò un gruppo aperto, che deve essere disponibile all'accoglienza di nuovi membri (*l'accoglienza è proprio uno dei temi più frequenti di lavoro...*), i quali da subito, anche inconsapevolmente, offrono il prezioso contributo del ricordo ai pazienti *più anziani* di terapia (*"anch'io ero come te, con le tue paure, i tuoi problemi, i tuoi trucchi e le tue maschere, i tuoi tentativi di minimizzazione e deresponsabilizzazione, i tuoi alibi e i tuoi bluff..."*). Gli *anziani*, invece, garantiscono ai nuovi partecipanti un luogo di ascolto non giudicante e accogliente e, attraverso la loro esperienza, stimolano la fiducia rispetto alla possibilità di *farcela* a guadagnarsi un futuro più sereno (*"Allora non sono l'unico, allora posso gettare la maschera e ...posso farcela anch'io..."*).

Il Setting grupppale si fonda attorno ad un regolamento esplicito che deve essere preventivamente sottoscritto dal paziente e il cui rispetto, insieme al mantenimento dell'astinenza, costituisce la condizione imprescindibile per il mantenimento della partecipazione al gruppo stesso. Riteniamo infatti che solamente l'astinenza completa da gioco possa garantire nel contempo:

- Una sufficiente drammatizzazione della propria condizione esistenziale, che contrasti la sempre incombente tendenza alla minimizzazione dei problemi
- La desensibilizzazione dei circuiti neuropsicologici correlati alla dipendenza e in particolare al *craving*
- La coscientizzazione delle difficoltà nel contenimento degli impulsi, che diventano in tal modo materiale di lavoro nel gruppo
- L'oggettivizzazione del nemico da combattere e la semplificazione dell'obiettivo da perseguire

- Il confronto con la rigidità della regola

L'attenzione circa la necessità di rispettare le regole del gruppo è da subito sollecitata e monitorata sia da parte del terapeuta, che del gruppo stesso e in particolare viene richiesta la puntualità, la costanza della presenza, il parlare attendendo il proprio turno, la puntualità dei pagamenti a fine mese, l'onestà e l'impegno a portare con sincerità i propri problemi in gruppo e il mantenimento della *privacy*.

Il confronto con il limite concreto delle regole di base è funzionale alla necessità di:

- Coscientizzare la propria impulsività, che spesso si manifesta nel parlare sovrapponendosi agli altri, nel controbattere animosamente alle confrontazioni ricevute, nella gestualità non verbale. In tal modo si favorisce da subito nel *hic et nunc* del gruppo, l'allenamento nel controllare le proprie tendenze al passaggio all'atto; i risultati raggiunti vengono rinforzati con l'esplicita e implicita approvazione da parte del gruppo stesso
- Costruire un contenitore solido e sicuro. Il sistema normativo gruppale favorisce infatti la sensazione di trovarsi in un luogo sicuro, capace di comprendere e tollerare la propria difficoltà nel controllo degli impulsi, ma anche di garantire degli stop alla propria tendenza evacuativa. L'invito a fermarsi e a riflettere prima di esporre le proprie considerazioni consente di elaborare e far sedimentare le emozioni, al fine di poter utilizzare queste ultime e non di esserne vittima.
- Costruire una cultura di gruppo. Il gruppo terapeutico tende a tesaurizzare l'esperienza del proprio soggettivo funzionamento all'interno di un proprio sistema culturale, in grado di determinare una esistenza autonoma metastorica al gruppo e un senso storico e di continuità del proprio essere in gruppo. La cultura del gruppo, tenderà nel tempo ad essere internalizzata dal paziente come sistema non scritto di modalità di convivenza e di relazione con gli altri e con se stesso.

Le regole di base sono schematizzate nelle cosiddette sei "P":

Presenza (No assenze, ferie predeterminate, gruppo come priorità assoluta)

Puntualità (Il gruppo si tiene ogni Giovedì dalle 18.00 alle 19.30, eccetto che per periodi di sospensione concordata per Natale, Pasqua e il periodo estivo)

Pagamenti a fine mese (47 €, comprensivi dell'onorario del terapeuta e degli oneri di affitto della sala dei gruppi)

Privacy

Parlare ascoltando (Ciascun partecipante parla a turno, dopo aver chiesto la parola e dopo che il terapeuta l'ha concessa; è sconsigliato intervenire in

diretta risposta ad un compagno che ha effettuato una confrontazione)

Portare i problemi in gruppo (Tutte le esperienze, attuali e passate sono degne di attenzione grupppale, ma in particolare il paziente non deve tacere i fatti salienti che riguardano la sua vita attuale o le esperienze di craving o gli allentamenti motivazionali)

Uno dei momenti più terapeutici all'interno della terapia di gruppo è quello della *confrontazione*, con il quale termine intendiamo quel particolare momento espressivo intragruppale in cui un membro del gruppo o il terapeuta fornisce a un altro paziente una restituzione di ciò che il suo modo di agire o di intervenire in gruppo, piuttosto che gli argomenti o l'atteggiamento non verbale espresso ha in lui evocato. Confrontare l'altro significa nello stesso momento avvicinarsi all'altro (*"Mi metto nei tuoi panni..."*), ma altresì sufficientemente distanziarsi per mettere a fuoco e per cercare di evitare conscie o inconscie complicità (*"Ti mostro le contraddizioni insite nel tuo comportamento e faccio risuonare quegli allarmi che tu non vorresti sentire"*)

L'allenamento nella pratica e nell'accettazione delle confrontazioni è uno dei momenti più altamente terapeutici, in quanto favorisce la capacità di:

- Interessarsi all'altro. La costruzione di un sistema relazionale e la condivisione di profonde esperienze emotive, favoriscono l'intimizzazione della relazione e il senso di empatia e stimola il desiderio di aiuto reciproco, incrinando nel tempo la corazza egoprotettiva e consentendo l'edificazione di ponti relazionali e affettivi disinteressati con l'Altro.
- Rispecchiamento. I membri del gruppo imparano a vedere se stessi e il proprio modo di agire riflessi nei racconti e nelle modalità comportamentali degli altri soggetti appartenenti al gruppo. Inoltre si impara a restituire ai compagni le sensazioni provate verso di essi o verso un loro intervento. In tal modo il paziente si confronta con gli altri, utilizzandoli come specchi di sé e imparando a prendere coscienza del proprio modo di agire e di sentire e a riconoscere le proprie emozioni negate.
- Avvertire il pericolo. Nel gruppo ci si allena a riconoscere la pericolosità di alcuni comportamenti, anche apparentemente non rischiosi. L'obiettivo della terapia infatti è costruire una solida abilità di prevenzione della ricaduta. Spesso questa pare irrompere nella quiete del periodo astinziale, ma ad una più attenta osservazione essa è spesso preceduta da numerosi piccoli e ripetuti segnali, come le microscosse che precedono un terremoto. Il paziente e il gruppo devono abituarsi a cogliere il significato predittivo di probabile ricaduta, analizzando anche i più semplici comportamenti (una dimenticanza, una disattenzione, una minimizzazione, un litigio in famiglia o sul lavoro, ecc).
- Gestire e affrontare i problemi. Nel gruppo si impara a raccontare e a chiedere aiuto circa problemi affettivi o pratici, dai quali si è coinvolti. Il

gruppo fornisce una risposta polifonica, che consente al paziente di aprire nuovi spazi di riflessione e di apprezzare l'esistenza di differenti vie per affrontare lo stesso problema.

- "Togliersi la maschera". Il paziente viene invitato e incitato a dire la verità circa la sua storia e i suoi sentimenti. Puntualmente viene confrontato quando si ha la sensazione di una copertura, di una parte mancante o di una palese alterazione della realtà.

Le relazioni extragruppali rappresentano un capitolo importante in qualsiasi gruppo di psicoterapia. Esse infatti da un lato possono avere l'utilità della continuità di supporto e di auto-aiuto, anche al di là del lavoro intra-gruppo; dall'altra parte, tuttavia, possono essere l'occasione per la costruzione di sottogruppi (cioè di relazioni speciali fra alcuni membri di un gruppo psicoterapico) e per il conseguente avvio di dinamiche distruttive del funzionamento gruppalmente stesso. La presenza di relazioni speciali, tanto più se non alla luce del sole, fra due o più membri del gruppo infatti avrà inevitabilmente un effetto distruttivo per il gruppo stesso, poiché metterà in moto invidie, lotte per il potere, coalizioni, omertà reciproche e complicità negative. Nel nostro setting le relazioni extragruppali sono consentite, ma attentamente monitorate. Ciascun membro del gruppo, ad esempio, ha accesso ai numeri di telefono dei compagni, i quali possono così essere contattati in caso di difficoltà acute e fornire aiuto attraverso rassicurazioni, sproni e consigli. Nello stesso momento tuttavia si esplicita la necessità di evitare qualsiasi relazione che travalichi gli obiettivi sovraesposti (frequentazioni amicali, relazioni affettivo-amorose, relazioni di offerta /richiesta di lavoro o di favori, ecc)

Il progresso terapeutico individuale all'interno della terapia di gruppo si sviluppa attraverso fasi successive, i cui tempi possono ovviamente essere differenti da persona a persona, ma che difficilmente possono essere completate in un tempo inferiore ai cinque anni. Cercando di schematizzare possiamo definire cinque fasi successive di avanzamento:

- Fase dell'ingresso in gruppo;
- Fase della costruzione del senso di appartenenza al gruppo;
- Fase del svelamento della propria condizione patologica e esistenziale;
- Fase della ricostruzione del Sé e della propria condizione esistenziale;
- Fase dell'uscita dal gruppo

Il primo periodo è caratterizzato dall'assestamento del proprio "essere in gruppo", nel tentativo di costruire una dimensionalità fra le polarità della *Fuga dal gruppo/Appartenenza al gruppo, Imporsi sul gruppo/Essere accettati dal gruppo, Essere un malato di Dipendenza/Essere uno che ce la farà molto più in fretta degli altri* e fra il dilemma: *Sono come loro/Sono diverso da loro*.

Nelle prime sedute prevarrà la concentrazione sul racconto della propria storia e si alterneranno i segnali di accoglimento e i consigli comportamentali da parte dei membri già appartenenti al gruppo. Successivamente inizierà un periodo della durata di alcuni anni, che sarà principalmente caratterizzato

dall'essere confrontato circa le motivazioni inconsapevoli del proprio modo di agire, sia nel *hic et nunc* del gruppo, che durante la vita quotidiana e nell'essere incentivato a rispettare le regole di sincerità e di non reticenza nell'espressione delle proprie vicende, oltre che ad allenarsi nel tollerare le frustrazioni. Questo lavoro iniziale consente, con il passare del tempo, lo svelamento degli alibi che per anni hanno mantenuto il senso causale del proprio comportamento di dipendenza e la presa di coscienza della propria umanità, contrapposta al senso di narcisistica onnipotenza, che nell'illusione di poter fare tutto da solo, copriva la perdita di controllo del comportamento di gioco e più in generale della propria vita. L'utilizzo della negazione e della minimizzazione e degli altri meccanismi che tendono a scotomizzare le proprie difficoltà e la propria sofferenza risulterà perciò sempre meno possibile e necessario. Le proprie emozioni saranno nel tempo meglio identificate, comunicate, accettate e contenute. Se i primi anni di terapia si occupano in maniera specifica e stringente della presa di coscienza e dell'accettazione della propria dipendenza e della sudditanza da essa, l'ultima fase della terapia dovrà cercare di costruire le basi per una propria "in-dipendenza", intesa non più come una negazione della dipendenza stessa, ma come un superamento di quest'ultima, in funzione della ridefinizione o riprecisazione dei propri confini, che dovranno ora garantire una maggiore chiarezza dei propri limiti (tra i quali, su un piano concreto, il fatto di non poter più giocare), ma anche della "fertilità" del proprio territorio, che potrà ora essere più fruttuosamente coltivato.

DEMOGRAFIA STORICA E ATTUALE

Il GGT è un gruppo *giovane* rispetto ai nostri GAT (nati nel 1984). In questi ultimi sono presenti pazienti di diverse età terapeutiche (da pochi giorni di terapia, fino a 5 - 6 anni). I pazienti che costituiscono il GGT sono attualmente 9, 6 dei quali hanno iniziato la terapia contemporaneamente con la fondazione del gruppo stesso e gli altri 3 sono stati inseriti progressivamente durante l'anno⁶. Tutti i pazienti sono affetti da GAP, secondo i criteri del DSM IV-R. L'età media è di 40 anni (min 29 e max 54), 5 membri sono maschi e 4 femmine. Per quanto riguarda la professione: una persona è un ristoratore, due sono agenti di commercio, uno è dirigente di una importante azienda nazionale, una è pensionata, uno è operaio specializzato, due sono imprenditori in ditte familiari e una è casalinga.

Dei nove pazienti 7 sono alla prima esperienza di terapia, mentre uno aveva seguito dei gruppi psicoeducativi per GAP condotti dallo scrivente, effettuati presso la clinica Le Betulle nel 2001 e uno aveva effettuato un breve percorso terapeutico a Bolzano, presso il centro del dr Guerreschi. Durante l'anno di vita del gruppo non vi sono stati *drop-out*, né ovviamente dimissioni

⁶ Gli attuali membri del GGT sono nuovi pazienti, che non hanno mai partecipato ai GAT, salvo per due di loro che, avendo effettuato un programma di ricovero di 3 settimane, hanno partecipato a tutti i GAT come "ospiti" durante il periodo di ricovero stesso e attualmente hanno mantenuto un programma più complesso di "doppia partecipazione" ad un GAT e al GGT.

concordate, essendo come più sopra specificato di 5 anni la durata minima prevista per il completamento della psicoterapia.

VALUTAZIONE DI ESITO

Come più sopra ricordato nessuno dei pazienti partecipanti all'esperienza del GGT ha, per ragioni temporali, concluso la terapia di gruppo. Nell'anno di partecipazione al gruppo solo uno dei partecipanti ha avuto una ricaduta (singolo episodio di lieve entità, immediatamente confessato in gruppo, con mantenimento di una sufficiente motivazione alla prosecuzione della cura).

Per quanto riguarda le riflessioni sull'esito perciò posso effettuare due tipi di valutazioni:

- La prima relativa alla partecipazione al GGT dei nove pazienti che lo compongono dopo un anno di terapia
- La seconda relativa alla esperienza di partecipazione da parte di Giocatori Patologici ai GAT, anche con completamento della terapia (5 o più anni).

In relazione alla prima questione la valutazione è globalmente positiva. Il gruppo ha lavorato molto sul significato della "fondazione" di un nuovo gruppo, sulla creazione di un clima positivo e "impegnato", sulla rigerosità e sul significato del rispetto delle regole gruppali e del proprio programma terapeutico e sulla necessità di "togliersi la maschera" e di scoprire la propria tendenza impulsiva, anche al di là del gioco. Ciò ha permesso un deciso consolidamento delle motivazioni soggettive alla cura e un buon affiatamento fra i membri del gruppo, con riconoscimento esplicito da parte dei partecipanti di un significativo miglioramento della qualità della vita e della necessità di proseguire "senza abbassare la guardia". Tali risultati, anche grazie alla attenta selezione iniziale dei pazienti, sono stati piuttosto uniformi, senza significative differenze fra i diversi partecipanti, seppur ovviamente in relazione con le caratteristiche personologiche di partenza.

Per quanto concerne gli esiti di quei pazienti che hanno partecipato (o stanno partecipando) ai GAT (circa 15 persone negli ultimi 5-6 anni) invece i commenti possono essere più diversificati: alcune persone infatti hanno abbandonato dopo circa 10-20 mesi di partecipazione a causa di perdita motivazionale nella prosecuzione alla cura o trasferimento di domicilio o ricaduta (2 persone). Altre persone invece hanno lasciato i gruppi dopo 2-3 anni di terapia, avendo raggiunto un buon livello di consapevolezza di patologia e di attenzione rispetto alle strategie di prevenzione delle ricadute, ma non essendo sostanzialmente disponibili a lavorare ulteriormente su sé stessi, lasciando perciò parzialmente inattaccato il nucleo narcisistico caratterizzante la loro struttura di personalità ("oramai conosco il funzionamento della patologia e la saprò controllare. Sono sicuro che non ricadrò, anche se voi mi dite che non sono ancora pronto.. Non sono disposto a terminare quando mi impone la terapia, ma quando decido io...*in realtà in questo caso dovrei dire che ho paura di vivere il distacco, ma non riuscirei ad ammetterlo e accettarlo.* Non penso di essere veramente un malato di dipendenza, ma di poter controllare tutto grazie alla mia forza di volontà...*in*

realtà ho una grande paura di mettermi in gioco su un piano emotivo.”).

Dobbiamo tuttavia ammettere, pur non avendo dei dati di follow up precisi relativamente a questi pazienti, che le informazioni che ci sono giunte tramite i loro familiari o i compagni di terapia che hanno mantenuto un contatto con loro o ancora grazie al mantenimento di una relazione terapeutica, seppur sottoforma di controllo periodico, sono state rassicuranti. Per quanto ne sappiamo nessuno di questi pazienti è gravemente ricaduto sino ad oggi.

Infine 5 persone hanno completato la terapia, concordando successivamente con il terapeuta la conclusione della partecipazione ai gruppi e mantenendo anche, seppur in forma saltuaria e talora informale una relazione di riferimento con il Centro. L'esito terapeutico relativo a questi pazienti è stato più che soddisfacente, avendo conseguito non solo un ottimo consolidamento della consapevolezza di patologia e delle strategie difensive da mantenere, ma anche lo “smussamento” di quei tratti caratteriali che costituiscono uno dei principali fattori di rischio di ricaduta (tratti narcisistici di personalità, impulsività, incapacità nel riconoscere le emozioni, difficoltà nel tollerare le frustrazioni, ecc).

RUOLO DEI FAMIGLIARI E G.I.MO.F.

Seppur non ancora approfondito nella presente relazione, un punto cardine determinante per il successo terapeutico è a nostro giudizio rappresentato dal coinvolgimento attivo dei familiari. Questi sono nella maggior parte dei casi i primi veri *pazienti*, cioè coloro che portano la sofferenza per il problema e chiedono aiuto per una soluzione dello stesso. Essi sono solitamente i primi interlocutori e devono il più possibile divenire i più motivati sostenitori della strategia terapeutica e i più forti alleati della coppia paziente-terapeuta. Noi coinvolgiamo sempre il familiare sin dal primo colloquio e proseguiamo con incontri congiunti sia nella *fase psicoeducativa*, che nella *fase motivazionale* e di *definizione del contratto terapeutico*. Il familiare spesso ha una posizione ambivalente sia nei confronti del malato (polarità *complicità-rifiuto*, *rabbia-dipendenza*), che della problematica (polarità *vizio-malattia*, *minimizzazione-scoramento*) e a nostro giudizio va attivamente aiutato, sia nel comprendere e nel definire i confini della patologia Dipendenza da Gioco, che nel ritagliarsi un ruolo attivo di responsabilizzazione nella gestione concreta del problema stesso, secondo le regole dettate dal Contratto Terapeutico (gestione del denaro, rientro dei debiti, monitoraggio dei punti di controllo dell'andamento della terapia, ecc). I familiari inoltre sono invitati a partecipare al GIMOF (Gruppo Informativo e Motivazionale per i Familiari) a frequenza settimanale e ai colloqui periodici di follow-up a cadenza periodica, durante i quali si effettua il *punto della situazione* relativamente all'andamento della terapia e al rispetto del Contratto Terapeutico (paziente e familiari che lo hanno sottoscritto).

Il GIMOF per familiari di giocatori d'azzardo patologici è nato a inizio 2009, contestualmente al GGT e sulla linea dello storico GIMOF per familiari di alcolisti, condotto presso Le Betulle da molti anni dal dr Marco Vittadini. Esso ha la finalità di garantire ai familiari un luogo di espressione della loro

sofferenza, ma anche di apprendimento del funzionamento della Patologia Dipendenza e della necessità di prendersi carico del proprio problema. Riteniamo infatti, come sopra ricordato, che i famigliari di persone dipendenti siano i nostri primi *pazienti* e in quanto tali necessitino di occuparsi del proprio soggettivo problema (essere famigliari di un giocatore patologico), sia per garantire a se stessi una migliore gestione della propria difficoltà, sia per essere più credibili nella richiesta fatta al proprio caro di interessarsi attivamente al suo problema di gioco. Il lavoro terapeutico effettuato dal Gruppo per Famigliari, perciò, è rappresentato soprattutto dal tentativo di aiutare il familiare a mettersi in primo luogo in una posizione di *sicurezza*, al fine di poter poi più attivamente e con meno ricatti, aiutare il proprio caro a mettersi di fronte alle proprie responsabilità di cura, con amore e fermezza nello stesso momento. Il familiare deve imparare a riconoscere la propria ambivalenza nei confronti del malato e della malattia, facendo chiarezza in se stesso al fine di distinguere l'affetto dalla complicità, la paura nei confronti del problema, dall'eccesso di colpevolizzazione o per converso dalla sua difensiva minimizzazione, il desiderio di guarigione, dall'illusione di guarigione. In funzione della nostra esperienza possiamo affermare che un familiare che ha conseguito e che non ha perso nel tempo lucidità e motivazione nel suo ruolo di amorevole sentinella, rappresenta un alleato formidabile per la prognosi positiva della patologia.

CONCLUSIONI

L'esperienza del primo anno di vita del GGT ci sembra confermare il miglioramento del risultato terapeutico, rispetto al pur soddisfacente esito della terapia del giocatore patologico all'interno di gruppi principalmente incentrati sulle problematiche alcol-correlate (GAT), a cui mi sono principalmente riferito nella descrizione delle fasi terapeutiche e degli esiti. Il gruppo omogeneo, come noto, facilita il riconoscimento intra-gruppo e la comprensione dei reciproci vissuti ed esperienze. Il lavoro principale all'interno dei nostri gruppi psicoterapici è quello di fornire al paziente una crescente sensibilità nel cogliere il rischio di ricaduta, e proprio per questo è molto approfondita l'attività interpretativa circa qualsiasi comportamento o atteggiamento che suggerisca la ricomparsa di una modalità impulsiva, minimizzante, presuntuosa o trasgressiva rispetto al proprio progetto terapeutico. La nostra formazione medica ci ha infatti insegnato ad osservare e a decodificare quei segnali predittivi di andamento negativo della terapia, che in altre patologie sono garantiti dall'effettuazione periodica di esami clinici (visite mediche, esami ematochimici e strumentali). All'interno di un gruppo di *pari* allenati all'osservazione di codesti fattori predittivi di rischio, risulta più semplice la *diagnosi precoce* di inizio del percorso di ricaduta, il quale, se prontamente evidenziato, può più agevolmente essere coscientizzato dal paziente e soprattutto bloccato in fasi precoci. Il nostro punto di osservazione (il *livello di guardia*, secondo il linguaggio dei gruppi) perciò viene messo ben prima rispetto al rischio concreto di ricaduta nel gioco. Riteniamo infatti che se quest'ultima barriera viene superata ben poco

rimanga da fare, salvo cercare (e questa volta sì con un po' di fortuna..) di recuperare *in extremis* la situazione, poiché il cervello del giocatore inizia a tal punto a funzionare con un *sistema operativo* differente (quello della Patologia), che lascia molti meno spazi alla riflessione e all'umiltà della richiesta d'aiuto.

I punti di controllo sui quali lavoriamo e che sono assimilabili agli *esami del sangue* periodici di controllo in altre patologie, sono invece rappresentati da tutti quegli atteggiamenti, verbali o comportamentali, che *mimano* il funzionamento del giocatore patologico e ne rappresentano un *come se*. Il paziente è ancora in astinenza, ma è *come se* stesse riprendendo a giocare: ne parlano i suoi ritardi, la sua sbruffoneria, la superficialità di giudizio, le disattenzioni e i lapsus, l'irrequietezza e la ribellione alle regole, la voce alta nelle risposte, l'atteggiamento di sfida, l'attacco alla terapia, la complicità con le *parti negative* dei compagni di gruppo, le assenze (*giustificate e no*), la perdita di priorità da parte della terapia (*frequentemente sottoforma di impegni di lavoro o famigliari, talora anche oggettivi, ma non perciò meno rischiosi, anzi..*), l'insoddisfazione che sembra montare nel vissuto soggettivo del paziente.

Il terapeuta e i compagni di gruppo (se il gruppo è ben condotto) dovranno precocemente accorgersi di tali segnali, ma soprattutto dovranno saper comunicare efficacemente al paziente l'allarme che essi rappresentano e la necessità di incrementare le azioni difensive onde evitare di avvicinarsi eccessivamente alla ricaduta propriamente detta. La calibrazione della comunicazione, necessaria affinché questa risulti efficace (*non c'è nulla di peggiore, di più tragico e fastidioso, di un allarme che suona a vuoto...*) deve essere attentamente supervisionata dal terapeuta, il quale si troverà talora a sollecitare l'attenzione del gruppo e talora a smorzare eccessi confrontativi, che provocherebbero unicamente l'arretramento difensivo del compagno in difficoltà.

Proprio questa sensibile e approfondita attività *clinica* e relazionale rende affascinante il lavoro con il gruppo di psicoterapia incentrato sulle problematiche di gioco. Come sempre in Medicina e tanto più in Psichiatria è necessario saper coniugare una visione teorica e oggettivabile del problema (*i punti di controllo devono essere specifici e sensibili...*), con una visione soggettivizzata e ritagliata su misura della persona che abbiamo di fronte (*ciascun paziente ha i suoi specifici fattori di rischio, che bisogna imparare a riconoscere...*). Inoltre affinché dall'ambito osservazionale (diagnosi dei fattori di rischio), si passi all'ambito operativo (presa di coscienza e reazione da parte del paziente *a rischio*), è necessario saper istaurare una buona alleanza fra terapeuta e partecipanti al gruppo e una buona coesione intragruppale, che andrà essa stessa monitorata e *accudita* nel tempo. Solo la presenza di una positiva dinamica gruppale, infatti, garantisce l'efficacia dell'intervento terapeutico e la disponibilità da parte dei pazienti a *mettersi in gioco* per il cambiamento e il rinforzo delle proprie barriere difensive.

GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO PER IL GIOCO D'AZZARDO

**Contributo di
Manuela Persi, educatore professionale**



LA CARTA DI IDENTITA' DEL GRUPPO...

La Cooperativa Self Help di Verona mutuando l'esperienza acquisita con problematiche psico-sociali, nel 1999 promuove la nascita di un gruppo per il gioco d'azzardo patologico al fine di rispondere alle richieste di aiuto di giocatori e familiari che non trovavano invece accoglimento nei servizi sociali. La metodologia a cui si fa riferimento è quella dell'auto mutuo aiuto, per cui lo scopo principale del gruppo è dare a persone che vivono situazioni simili l'opportunità di condividere le proprie esperienze, aiutandosi nell'affrontare i problemi comuni.

Nello specifico sono attivi tre gruppi di auto mutuo aiuto per il gioco d'azzardo patologico e gli incontri, della durata di circa un'ora e mezza ciascuno, avvengono il martedì e il mercoledì sera presso la sede della Cooperativa Self Help (via Albere 132).

Attualmente frequentano con regolarità i gruppi 38 giocatori (35 di sesso maschile e solo 3 di sesso femminile) di cui 22 accompagnati da un familiare (in alcuni casi anche due). L'età è variabile (23 giocatori hanno oltre 40 anni, 7 dai 19 ai 30 e 8 dai 30 ai 40) come pure il livello socioeconomico. Quasi tutti hanno un'occupazione (13 operai, 5 pensionati, 11 liberi professionisti, 1 casalinga, 4 lavoratori dipendenti, 2 lavoratori dipendenti con mansioni dirigenziali, 1

studente e 1 disoccupato) e 19 giocatori sono coniugati. Il gioco prevalente verso cui mostrano compulsività sono le slot-machine (i vecchi video-poker) per 27 di loro, per i casinò 6 e i rimanenti 5 per i gratta e vinci. Di questi 38 giocatori patologici inoltre, 3 hanno avuto in passato un problema di alcool, 4 sono seguiti anche dal Servizio Psichiatrico e 2 hanno avuto problemi per l'abuso di sostanze.

La maggior parte dei giocatori è inviata al gruppo dai Servizi (Servizi di Alcologia, Ser.D, Servizi Sociali, Psichiatria) e dai medici che conoscono la nostra esperienza e collaborano già con il Self Help.

I gruppi sono informali, non seguono una procedura statica, perciò non ci sono questionari da compilare e la partecipazione è gratuita e volontaria.

In genere vi è dapprima un colloquio iniziale tra facilitatore, giocatore e, ove possibile, un familiare al fine di capirne le problematiche specifiche e spiegare le modalità dei gruppi di auto aiuto.

Nella maggior parte dei casi, è la famiglia che contatta l'Associazione dopo aver tentato di risolvere da sola il problema con la promessa da parte del giocatore, mai mantenuta, di smettere definitivamente.

La constatazione che le conseguenze del gioco coinvolgono tutta la famiglia, compromettendone pure i rapporti, spiega l'apertura del gruppo anche ai familiari. Di fatto la loro presenza rappresenta un sostegno ulteriore al giocatore nella sua partecipazione al gruppo, ma anche la possibilità di essere testimoni delle sue difficoltà e dei suoi successi.

Obiettivo dei gruppi è la rinuncia ad ogni tipo di gioco d'azzardo e il cambiamento del proprio stile di vita da parte del giocatore. Data l'importanza della scelta, è il giocatore stesso che deve decidere quando iniziare a segnare, su uno specifico registro del gruppo, i giorni di astinenza dal gioco. Nel frattempo, la sua presenza continuativa, anche se ancora non è maturata la convinzione di smettere, rappresenta un aspetto decisivo verso tale scelta.

La forza dei gruppi di auto aiuto è l'informalità, perché il gruppo fornisce ad ogni suo membro una rete di sostegno in cui le persone, oltre a condividere le proprie difficoltà, imparano e cambiano sperimentando nuovi stili di vita. L'aiuto reciproco di ogni giocatore funziona come una protesi, perché controbilancia i limiti dei singoli.

E' un sostegno, che non esclude le altre tipologie di aiuto (come quello psicologico o farmacologico), ma anzi le completa.

VALUTAZIONE DI ESITO

Esito positivo

A. (59 anni) è arrivato al gruppo a Marzo del 2007 accompagnato dalla moglie S. dopo aver trovato su internet, grazie all'aiuto della figlia, il nostro numero di telefono. E' un uomo distinto, intelligente, ora in pensione dopo una carriera prestigiosa. A. mi dice di aver sempre giocato ma di non riuscire più a controllarsi (scommesse ippiche) da quando è andato in pensione e di sopperire alle finanziarie attivate per il gioco lavorando in nero come autista.

S. mi racconta le sue difficoltà con il marito, di avergli dato l'ultimatum e di essere esausta; mi racconta di aver sofferto e di soffrire ancora qualche volta di attacchi di panico che le impediscono molto spesso di uscire e di guidare.

Dopo aver concordato la gestione economica entrambi frequentano regolarmente i gruppi trovando un luogo di confronto e di ascolto. Messe al corrente della situazione dai genitori dopo 6-7 mesi iniziano a partecipare anche le figlie (tutte ormai fuori casa). A. mantiene l'astinenza, si sente rinato e cambia il suo ruolo in famiglia e in gruppo. Anche nella vita di coppia le cose migliorano e le crisi di panico di S. si diradano sempre di più. Dopo 2 anni A. riprende la gestione economica familiare, sempre però sotto la supervisione della moglie e dirada la frequenza al gruppo. Ora viene al gruppo ogni tanto per salutare, per supportare gli altri e festeggiare i momenti importanti del gruppo.

Esito negativo

A. (34 anni) è arrivato al gruppo nel Luglio del 2007 su indicazione della psicologa del Ser.D accompagnato dalla moglie. E' molto chiuso e riservato e lascia subito parlare la moglie (B.) che mi racconta di essere sposata dal 2006 dopo un anno di conoscenza per l'arrivo della loro prima figlia. Mi dice che il marito è già seguito per un problema di alcol dall'Alcologia e di partecipare già al Cat da un anno. Mi spiega inoltre di avere un grave problema di salute e di essere in forte difficoltà con il marito per la situazione finanziaria creata dal gioco (slot-machine), i litigi e le sue continue bugie. A. mi racconta di essersi trasferito per amore della moglie e di voler smettere una volta per tutte di giocare. Iniziano a frequentare i gruppi di auto aiuto, ad attivare la gestione economica (seppur con qualche difficoltà la moglie decide di tenere sotto controllo l'aspetto finanziario). A. interrompe da subito i colloqui con il SerT e partecipa solo al gruppo con B.. Non riesce a rimanere astinente dal gioco per più di qualche mese e continua a mentire alla moglie per motivi lavorativi e di gioco. Vista la difficoltà di A. (esce dal gruppo prima della sua conclusione per i

litigi con la moglie) di parlare liberamente di fronte a B. concordiamo la frequenza al gruppo una volta da solo e una volta in coppia.

Inizia un periodo in cui tutto sembra procedere bene, ma regolarmente affiorano le bugie di A. (perde il lavoro e non lo dice, sottrae soldi alla moglie, vende gli ori di famiglia, ruba) finché B., sostenuta di suoi parenti, decide di buttarlo fuori casa. A. torna dai suoi genitori nella sua città di origine e interrompe la frequenza ai gruppi.

In base alla mia esperienza, si possono considerare **indicatori prognostici utili**: la presenza continuativa da parte del giocatore e la partecipazione dei familiari ai gruppi di auto mutuo aiuto.

Il cambiamento del proprio stile di vita (includendo il mutamento dei comportamenti tipici del giocatore), del rapporto con il denaro e l'astinenza dal gioco per almeno un anno e mezzo (in maniera continuativa), possono essere invece valutati **indicatori generali per decretare il successo o insuccesso del percorso intrapreso**.

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

A ruota libera, quali suggerimenti daresti a un collega che dovesse comunicarvi l'intenzione di voler aprire un gruppo GAP?

A mio parere utili indicazioni all'avvio e alla conduzione di gruppi di auto mutuo aiuto sono il lavoro di rete territoriale con i Servizi e le associazioni della comunità e la presenza nell'ambito dei gruppi, di persone con un diverso numero di giorni di astinenza al fine di favorire un lavoro di gruppo ottimale.

STORIA DI UN GRUPPO: “MODULO X”

Contributo di
Riccardo Zerbetto, medico psichiatra,
e Giovanna Puntellini, counselor,
con la collaborazione di **Carla Basciano, psicologa**



Premessa

Questo contributo si propone di fornire l'esperienza relativa alla conduzione di un gruppo terapeutico seguito in ambito residenziale nell'ambito del Progetto Orthos⁷.

Orthos rappresenta un progetto innovativo nel campo del trattamento delle dipendenze, in particolare da gioco d'azzardo, che si distingue per le seguenti caratteristiche:

- Lavoro intensivo e sistematico di tipo psicoterapeutico su aree specifiche di criticità;
- Contesto residenziale dell'intervento intensivo che consente una interruzione dei comportamenti maleadattivi ed un più incisivo ri-orientamento del progetto di vita;
- Brevità dell'intervento intensivo e accompagnamento strutturato per un congruo periodo di tempo;
- Scelta di operatori formati in un modello ad orientamento umanistico-integrato coerente con l'impostazione generale del Progetto;
- Una forte enfasi sulla dimensione psicologica ed esistenziale della problematica e meno sulla dimensione medica e farmaco-biologica;

⁷ Programma di Psicoterapia intensiva in ambito residenziale per giocatori d'azzardo problematici. Direttore Scientifico: Riccardo Zerbetto. Progetto Sperimentale Regione Toscana - Delibera n° 918 / 13-09-2004

- Una particolare attenzione sulla qualità delle relazioni interpersonali sia nella ricostruzione della problematica all'origine del comportamento sintomatico, sia come sbocco evolutivo verso percorsi di crescita personale;
- L'ampliamento da un'ottica troppo focalizzata sulla clinica e sulla patologia ad una dimensione aperta ad un respiro vitale più ampio che dia posto alla curiosità intellettuale, alla poesia, all'arte e al piacere della condivisione tra persone meno imprigionate nel narcisismo e più aperte al dialogo, allo scambio, alla interdipendenza e al "rischio" della dimensione affettiva;
- Attento monitoraggio dei processi di cambiamento ed uso di metodi innovativi di ricerca applicata sui casi.

Il programma è giunto alla sua XII edizione con oltre 100 utenti.

La filosofia di intervento si ispira ad un modello che integra aspetti di carattere antropologico (universalità della spinta umana al gioco nelle sue diverse forme), psicodinamico (carattere orale e conflitto tra dimensione pulsionale e superegoica), relazionale (struttura familiare di provenienza e di appartenenza), cognitivista (pensiero magico e condizionamenti operanti) integrati in una cornice di lavoro gestaltico sulle emozioni, il lavoro sul corpo, il ri-orientamento della spinta ad-gressiva, il recupero della dimensione immaginale e del contatto Io/Mondo.

La metodologia implica la integrazione di psicoterapia di gruppo, auto narrazione, lavoro bioenergetico sulla corazza caratteriale, attività di Arte-Terapia, interventi di counseling a temi specifici, drammatizzazione e pratiche di autoascolto.

DATI ORGANIZZATIVI

Il gruppo che verrà descritto ha luogo c/o la Comunità Orthos sita a Monteroni d'Arbia in provincia di Siena, nel periodo dal 3 al 24 agosto 2009 .

Il Progetto Orthos, fondato nel 2004 dal Dr Riccardo Zerbetto, psichiatra psicoterapeuta, realizza in un anno 4 Moduli residenziali di 21 giorni + 3 follow up di tre giorni ciascuno in comunità nell'arco del periodo di un anno.

I percorsi residenziali rispondono all'esigenza di fornire ai giocatori un luogo spazio temporale di confronto, sostegno e introspezione terapeutica: si interrompe a livello concreto oltre che simbolico, il ripetersi di comportamenti coattivi e autolesivi, si crea un contesto teso a favorire l'autoosservazione, l'analisi esistenziale, il confronto coi compagni di corso.

La sola comprensione di tali meccanismi ripetitivi non è sempre sufficiente a determinare un reale cambiamento delle capacità autoregolatrici, ma rappresenta comunque lo strumento maggiormente efficace, alla distanza, nel favorire un autentica trasformazione evolutiva della personalità.

L'identificazione di fattori che hanno perpetuato meccanismi disregolativi della capacità di adattamento creativo vanno successivamente collegati alle interferenze nella realizzazione di un soddisfacente life project.

Viene quindi sottolineata l'importanza di una concreta riappropriazione (reowning) dei comportamentali disfunzionali assumendone la personale responsabilità come individui adulti (seppur affetti da elementi disarmonici e dismaturativi) evitando la proiezione di comodo su situazioni esterne, il mondo o gli altri.

Si lavora sull'analisi della attuale situazione disregolativa negli investimenti libidici e sulla esplorazione delle alternative da perseguire per elaborare un più soddisfacente progetto di vita.

Ad una fase di ricostruzione della storia personale e familiare, da condursi parzialmente nella fase dell'intake e della primo periodo della residenzialità, seguirà una fase progettuale che inizierà nella seconda fase residenziale e si proietterà nella fase post-residenziale e dell'accompagnamento.

LE FASI DEL PROCESSO TERAPEUTICO

Le figure professionali interessate al processo sono:

il responsabile scientifico e supervisore del Programma terapeutico, il direttore della comunità (psicologo o medico), psicologi psicoterapeuti, un consulente psichiatra per trattamenti farmacologici e sulle situazioni di crisi, counselors per interventi di gruppo e individuali, educatori per la copertura dei turni, un medico generico per interventi di medicina di base (eventualmente in convenzione con il distretto sanitario del posto).

A queste figure "strutturali" si accompagnano: arte-musicoterapeuta, un operatore di supporto per le attività lavorative agricole e di manutenzione, un operatore culturale per l'aspetto psicoeducativo, di stimolo alla crescita culturale e di allargamento della prospettiva esistenziale, un'operatrice addetta alla supervisione comunitaria e tirocinanti.

Il setting (salone per i gruppi) segue un orientamento gestaltico.

La comunità offre camere da due a tre letti, spazi comuni di condivisione quali la cucina, il salone, la pedana nel bosco per esercizi di bioenergetica e meditazione, giardino, bosco e orto per lavori di giardinaggio oltre che attività di svago.

LE COMPONENTI STRUTTURALI DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO E LO SVOLGIMENTO DELLA GIORNATA IN COMUNITÀ

Prendersi cura di sé

La cura di sé, nei due aspetti citati, ha un valore metaforico oltre che pratico ed economico (nel senso di consentire una riduzione dei costi di ospitalità). Ha infatti il significato di verificare e rinforzare lo stato di crescita personale inteso come condizione di autonomia e non-dipendenza da persone cui delegare il compito l'onere dell'accudimento. In quanto espressione di tale componente essenziale, a tale fase verrà riservata una grande attenzione da parte degli operatori di comunità che richiederanno ai residenti puntualità, decoro ed efficienza nell'impegno assunto.

Il dare-e-il-ricevere

Ognuno dei residenti è messo nella condizione di dare-e-ricevere in misura proporzionale avendo la possibilità di rispecchiarsi nella tendenza a isolarsi pensando solo a se stesso evitando di prendersi cura anche degli altri realizzando, nel piccolo, la dimensione del “noi” come condizione essenziale per una dimensione solidale e condivisa del vivere.

Pratica di autoascolto e autoosservazione

Fondamentale è invertire tale meccanismo e coltivare una pratica che consenta lo sviluppo di una più equilibrata capacità di stare con se stessi o per lo meno di non fuggire dalla propria ombra.

Programmare la giornata

Se l’ozio è il padre dei vizi, come un antico proverbio ricorda, è nella capacità di non lasciare tempi “morti” (da non confondere con quelli dedicati al piacere ed al relax) la possibilità di non sciupare il dono prezioso del tempo che ci è dato da vivere. In tale riunione si sperimenta inoltre la capacità di confrontare le proprie posizioni con quelle degli operatori e dei compagni di corso esercitando l’arte di essere propositivi, di sostenere il proprio punto di vista ed insieme di articolarlo con quello degli altri alla ricerca di un giusto punto di mediazione e di equilibrio.

Lo studio

L’opportunità di una crescita anche culturale ed informativa sui molti aspetti collegati alla patologia da affrontare. Tale aspetto ha anche il significato di favorire un percorso autonomo di affrancamento da aiuti esterni e quindi di assimilazione di strumenti utili a procedere con risorse autonome.

Il lavoro

lavori domestici (manutenzione degli spazi comuni)
partecipazione alla preparazione dei pasti
giardinaggio

Il pranzo-simposio

Dare “anima” alle cose che si fanno, fossero anche semplici e routinarie. Anche la cura del cibo deve essere accurata e variata. Deve risentire dell’apporto creativo dei residenti che a turno si affiancano al cuoco per proporre ricette conosciute e tipiche della terra da cui provengono ed a cui è legata una trama di ricordi e di trame che rimandano alla vita personale. Sotto una garbata regia degli operatori, il pranzo rappresenta quindi un’occasione per far emergere i vissuti della mattinata e confrontare eventuali nodi critici da affrontare nel prosieguo della giornata.

Life project

Il life project è progressivamente elaborato sotto forma di testo scritto che l’utente ha l’opportunità di rivedere e modificare con lo scopo di renderlo sempre più aderente ad un plausibile compromesso tra ambizioni e realistiche

stime di realizzazione. Tale testo sarà anche oggetto del confronto nelle successive verifiche previste per il periodo post-residenziale.

La terapia in gruppo

Si articola nei diversi giorni della settimana come segue:

Gruppo di psicoterapia, counseling e autonarrazione

Gruppo di arteterapia con due versanti privilegiati:

- a) quello delle tecniche espressive (disegno, acquarello, pittura, modellamento della creta, computergrafica, fotografia, etc)
- b) quello della musica, movimento, poesia e teatro, secondo un calendario di iniziative proposto dall'operatore competente e confrontato con gli utenti.

Gruppo sul pensiero magico

Tale gruppo è riservato sia ad elementi di carattere informativo su aspetti meno conosciuti del gioco (teorie matematiche etc), sia ad aspetti squisitamente cognitivi che recentemente sono stati individuati all'origine di comportamenti compulsivi.

Sia le ricerche in ambito analitico di Freud e di Bergler che di Ladouceur in ambito cognitivistico, hanno evidenziato l'importanza del "pensiero magico" nel sostenere comportamenti sostenuti da meccanismi apparentemente irrazionali, ma alimentati da una logica parallela che rischia di determinare le svolte del giocatore o di altre forme di patologia collegata alla dipendenza.

Il gioco creativo

Nelle serate viene previsto uno spazio dedicato alla TV (non più di due giorni a settimana, se ci sono programmi interessanti) e al gioco creativo. Si intende con questo termine un'attività di gioco che esplori una gamma ampia e diversificata di possibilità di gioco che non abbia implicazioni di denaro che privilegi l'aspetto della competenza-competizione rispetto alla alea che implichi un forte elemento di socializzazione che consenta al giocatore di confrontarsi con le sue dinamiche problematiche (pensiero magico, incapacità di perdere, sopravvalutazione dell'elemento-denaro, perdita della attitudine giocosa a favore di una competitività esasperata, etc) ricerca su antiche tradizioni di gioco apprendimento di alcuni principi inerenti la "teoria dei giochi".

Si tratta ancora di invertire la rotta e *trasformare un giocatore patologico in un promotore attivo di cultura del gioco*. Si tratta di correre il rischio di passare da una strategia di difesa e di fuga ad una di attacco nella quale ogni "paziente" (termine collegato al senso di sofferenza-passività) si converta in un "agente di cambiamento" non solo personale ma anche sociale che ritrova nell'attività ludica correttamente intesa una espressione positiva dell'esistenza e non diabolicamente minacciosa.

Il lavoro con le famiglie

Risulta assai improbabile attendersi un cambiamento durevole nei comportamenti di un dipendente, senza un contemporaneo cambiamento delle modalità relazionali che coinvolgono le persone a lui più strettamente legate da vincoli familiari. La seconda domenica del modulo incontriamo le famiglie dei giocatori in comunità e tutti gli operatori presenti, i familiari e gli utenti si riuniscono in gruppo condotto dal Dr Zerbetto sulle dinamiche emerse, aspettative e problematiche più urgenti.

Il supporto dato ai familiari dopo il residenziale è per ora attraverso colloqui individuali di sostegno e counseling telefonico.

La solidarietà nel gruppo

Attraverso l'adozione di tecniche specifiche è quindi enfatizzata l'importanza di procedere "in cordata" nel difficile percorso "sul ghiacciaio" pieno di insidie e di possibilità di ricadere a valle. Lo stesso programma terapeutico inizia e si conclude con gruppi di utenti ben definiti i quali compiono in modo solidale e sincrono il percorso previsto e non prima di un esplicito commitment reciproco sulla determinazione di portare a compimento il percorso che si intende intraprendere. Tale analisi motivazionale verrà iniziata nel lavoro pre-residenziale e verificato all'inizio del percorso residenziale intensivo.

A ogni utente viene distribuito, all'ingresso in comunità un regolamento: le regole rappresentano l'insieme di norme e di responsabilità con finalità terapeutica, che permettono il buon svolgimento della vita in gruppo e del programma terapeutico.

Dal momento che una persona decide di entrare in comunità e accettare il programma terapeutico, gode dei diritti e si assume gli obblighi, che comporta la scelta di stare in comunità e di rispettare il presente regolamento.

Orthos rappresenta un programma che si differenzia da altri disegnati per comunità terapeutiche per tossicodipendenti, alcolisti o affetti da disturbi psichiatrici. Presuppone infatti il raggiungimento di un livello sufficiente di responsabilità personale, di impegno adulto e di capacità di autocontenimento.

In presenza di tali presupposti - che ovviamente limitano l'accesso ad Orthos, a persone che siano, come dice la parola, in grado di stare "in piedi" e cioè sulle proprie gambe senza dover essere contenuti o "portati a braccio" da altri come si conviene a pazienti affetti da più gravi patologie – tende a limitare al minimo le regole comunitarie che vengono generalmente adottate.

La vera regola è quella dell'IMPEGNO SERIO nella adesione al programma terapeutico (e quindi la personale motivazione a farlo, più che l'adesione a pressioni di familiari o altro), il RISPETTO per sé stessi e gli altri, la assunzione di RESPONSABILITÀ nei compiti che ci assumiamo di svolgere.

Come si conviene a persone ADULTE E RESPONSABILI, verranno quindi lasciati ai residenti: soldi, documenti, chiavi dell'automobile, telefonino e effetti personali (contenuti ovviamente nel minimo necessario) la cui GESTIONE VIENE LASCIATA AL BUON SENSO DI CIASCUNO.

METODOLOGIA

Per il perseguimento degli obiettivi indicati si rende coerente il ricorso a tecniche e modalità operative che possono così riassumersi: per la ricostruzione attraverso della storia personale alla ricerca di fenomeni di fissazione nella crescita psico-emotiva si fa riferimento alla ampia messe di ricerche ed applicazioni cliniche inerenti l'ampio tema narrativologico. Una pratica di introspezione e ricostruzione delle tappe della propria evoluzione personale offre stimoli importanti per ricostruire quel percorso evolutivo che permette di ottimizzare le risorse positive e di identificare nel contempo quegli aspetti carenti, disfunzionali o disturbanti che possono aver interferito negativamente in una più armonica maturazione della personalità.

Tale obiettivo si realizza in un contesto gruppale al fine di sviluppare quel senso di appartenenza e di solidarietà al percorso terapeutico che tanta parte svolge nell'accelerare le dinamiche psicoemotive in simili problematiche.

Fondamentale è il ricorso all'uso di tecniche di drammatizzazione e di espressione delle emozioni negative e del "non detto" per produrre quella catarsi emozionale (abreazione nel linguaggio analitico) che consente di alleggerire la pressione emotiva conscia ma soprattutto inconscia) da sentimenti di ostilità cronica, di rabbia inespressa, di delusione mai confessata che si trasformano frequentemente in comportamenti auto-eterodistruttivi manifesti o latenti.

Al lavoro sul versante emozionale segue un lavoro sul versante cognitivo teso a ricostruire quei basic beliefs, quelle "concezioni del mondo" su cui consciamente o, più spesso, inconsciamente l'individui si è costruito la sua particolare weltanschauung. L'identificazione di tali nuclei cognitivi, identificati da A. Beck nella depressione e da Ladouceur nel gioco d'azzardo patologico, consente all'interessato di essere meno "agito" da tali "introietti" e di riprendere gradualmente le redini del proprio destino sottraendosi alla compulsione anancastica che lo ha portato a ripetere con infernale ripetitività gli stessi errori.

Il gruppo di ciascun modulo è chiuso tranne inserimenti eccezionali in itinere: accoglie giocatori motivati alla cura dopo almeno tre colloqui motivazionali con un operatore Orthos (psicoterapeuta e/o counselor) della regione di appartenenza.

Agli utenti in entrata viene somministrata una testistica (Sogs, MPI, TAS) che viene poi raccolta nella cartella personale di ciascun partecipante.

Essendo il Progetto Orthos sovvenzionato dalla regione Toscana, gli utenti toscani non pagano la retta per il residenziale; viceversa ai giocatori fuori regione viene richiesto il pagamento del percorso terapeutico che comprende 21 giorni di residenziale + 3 Follow Up di tre giorni sempre in comunità nell'arco di un anno.

Uno dei requisiti richiesti è che il soggetto desideri intraprendere il percorso di sua spontanea volontà e non sotto induzione di familiari e/o amici.

Durante il residenziale è richiesta l'astinenza da gioco e viene consigliato di evitare discorsi condotti in autonomia legati al gioco.

E' prevista la frequenza obbligata dell'intero percorso di 21 giorni che viene attestata alla fine con un diploma riportante la valutazione dello staff terapeutico e l'autovalutazione dell'utente.

Ad una fase di ricostruzione della storia personale e familiare, da condursi parzialmente nella fase dell'intake e della primo periodo della residenzialità, seguirà una fase progettuale che inizierà nella seconda fase residenziale e si proietterà nella fase post-residenziale e dell'accompagnamento.

FOLLOW UP

Le tre verifiche hanno il significato di valutare il percorso fatto nei 21 giorni di residenziale e di stimare sia gli obiettivi conseguiti che quelli mancati. L'importanza di tale momento sta nel sostenere una attitudine a "consultare la mappa" nel percorso di cambiamento e di crescita intrapreso. In ogni navigazione è infatti importante consultare le stelle di riferimento a darsi un'idea del percorso fatto.

La consistenza dei processi di cambiamento viene attentamente monitorata nel periodo post-residenziale attraverso:

la fase dell'accompagnamento e dei richiami che copre, con cadenze regolari, il primo anno successivo alla dimissione dalla comunità, occasioni di incontro con la doppia finalità: socializzante e di autoaiuto secondo un calendario e modalità stabilite dal gruppo territoriale stesso con il supporto dell'operatore referente sul territorio, la costituzione di una "rete" di solidarietà reciproca da attivare in situazioni di difficoltà attraverso il coinvolgimento dei compagni di corso, similmente a quanto avviene anche nelle esperienze condotte in campo alcolico. A ciascun "corsista" verrà anche consegnata una "schedina" con un punteggio relativo a diversi aspetti della vita.

Lo stesso gruppo – cui viene connotato con il termine di "corso" onde sottolineare con forza l'elemento di apprendimento oltre che di terapia - mantiene anche nel periodo successivo alla fase residenziale una sua unitarietà che si sviluppa nel tempo per almeno un anno, che rappresenta il tempo medio nel quale poter effettivamente valutare il cambiamento dello stile di vita del soggetto.

Attraverso incontri di richiamo in comunità e al di fuori della comunità, nonché attraverso altre forme di contatto, viene rinforzata e mantenuta la risorsa del mutuo aiuto che, da un certo punto in poi, riveste un valore pari, se non superiore, a quello che si può ricevere da un terapeuta.

Ciascun operatore è invitato a compilare una sintetica valutazione con un punteggio relativo a diversi aspetti della vita a cui dovrà dare un sintetico punteggio valutativo che va da -3 a +3 a seconda che si tratti di condizioni, relative ai diversi items, definibili come:

- 3 molto compromesse
- 2 compromesse
- 1 problematiche
- 0 media
- +1 discrete
- +2 buone
- +3 molto buone

	AREE DI VALUTAZIONE	Prima del programma	Data 3 mesi	Data sei mesi	Data Dopo un anno	oggi
A	Gravità del GAP					
B 1	Contatto con operatori territ.					
B 2	Contatto con operat. Orthos					
C	Condiz. psicologiche generali					
D	relazioni familiari					
E	Prendersi cura di sé (filautia)					
F	attività lavorativa					
G	gamma di alternative al GAP					
H	altre forme di dipendenza					
I	stato di salute fisica					
L	vita associativa e rapporti amicali					
M	situazione economica					
N	rapporti con la legge					

L'utente:

- Ha interrotto ogni forma di collegamento con Orthos
- mantiene saltuari contatti telefonici
- partecipa saltuariamente agli incontri periodici
- partecipa regolarmente agli incontri periodici

DEMOGRAFIA STORICA

Il gruppo del Modulo X è composto esclusivamente da giocatori di sesso maschile.

Per quanto riguarda l'età : A. 23 anni, S. 55 anni, D. 31 anni, M.50 anni, F. 34 anni, D. 35 anni, W. 38 anni, C. 55 anni, D. 52 anni.

Quattro disoccupati, due pensionati (di cui uno in giovane età per invalidità dovuta a Parkinson), un commerciante, due imprenditori.

La dipendenza da gioco si esprime nelle forme più variegata: 4 slot, 2 scommesse sportive, 1 lotto, 1 gioco on line, 1 casinò.

Il ruolo in famiglia è vario e dipende dall'età dell'utente: due ruoli primari come sostenitori familiari, gli altri ruoli passivi.

Tutti i giocatori presenti al modulo hanno sviluppato comportamenti di gioco altamente problematici che li hanno portati ad avere situazioni debitorie molto gravi (8 utenti su 9): il più grave aveva al momento dell'entrata in comunità 1 milione di euro di debiti, il meno grave 5.000 euro.

Uno degli elementi comuni è una situazione familiare caratterizzata da relazioni molto critiche.

Prima dell'ingresso in comunità tre utenti erano seguiti dal SerT, uno di questi con amministratore di sostegno e riconoscimento d'invalidità in corso, gli altri senza precedenti esperienze di trattamento.

I partecipanti hanno concluso il percorso terapeutico residenziale e hanno già partecipato al primo Follow Up nel mese di gennaio.

DEMOGRAFIA ATTUALE

Primo Follow Up svolto il 16-17 Gennaio 2010; dei nove partecipanti sono venuti sette, due hanno riferito piccole ricadute.

Situazione lavorativa: dei quattro disoccupati due si sono reinseriti nel mondo lavorativo.

Tre utenti sono seguiti regolarmente in terapia individuale di psicoterapia: due da un operatore Orthos, e uno da uno psicoterapeuta da noi consigliato a Napoli; uno frequenta a scadenza mensile incontri di counseling individuale a Milano, due frequentano il gruppo di counseling di gruppo mensili a Siena e SerT, uno dopo un periodo c/o la Comunità Lucignolo è seguito dalla Dr.ssa Prever al SerT

VALUTAZIONE DI ESITO

Caso con esito positivo

D. (nome di fantasia)

D., maschio, 35 anni bresciano, ha contattato Orthos tramite sito. Giocatore patologico di scommesse sportive gioca da quando era ragazzino. Non ha debiti perché la madre, da cui è tornato a vivere dopo la separazione da sua moglie, lo ha sempre aiutato. Quando ci ha contattato aveva perso il lavoro (lavorava per una ditta di trasporti di medicinali), era stato lasciato da una donna con cui sperava poter costruire un progetto di vita, ed era disperato.

E' stato seguito per quattro incontri individuali di counseling a Milano prima dell'inserimento in comunità.

Ci riporta un'infanzia felice, enfant gatè di una mamma che è stata abbandonata dal marito quando D. aveva 6 anni e si è unita con uomo che lui considera il vero padre; cinque anni fa muore il vero padre con cui aveva chiuso ogni tipo di rapporto e si dichiara di esser stato indifferente al lutto del "padre biologico".

Considera i suoi 13 anni i più belli della sua vita: dopo i 13 anni frequenta ragazzi più grandi e va a lavorare in discoteca dove comincia a condurre una vita sregolata, comincia a fare uso di coca, e a giocare: gran viveur e donnaiolo, ha condotto sempre una vita sopra le righe, rifugiandosi poi al momento del bisogno a casa dei genitori che lo hanno sempre aiutato e appoggiato.

Si sposa ma il matrimonio dura qualche mese, i due si separano in accordo e lui ritorna a vivere dalla mamma: malgrado il gioco e la coca riesce a mantenere sempre il lavoro.

Conosce una donna, separata con un figlio, di cui si innamora : la donna, gran lavoratrice e madre responsabile, si preoccupa per lui e lo prega di farsi curare.

Gli procura il nostro indirizzo e quello della Siipac⁸ ma lui non si convince: la vita di coppia subisce molte tensioni e contrasti, il figlio di lei (a cui D. si era affezionato tantissimo) è testimone di scontri pesanti e la donna decide di lasciarlo.

A questo punto D. tocca il fondo e ci chiede aiuto.

FASE DELL'INTAKE: ci sembra interessante riportare esattamente ciò che l'utente ci ha riferito al momento dell'intake

PATOLOGIA COLLEGATA AL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO (GAP): “gioco ai cavalli da 20 anni. Macchinette poco, non mi interessano. Mai andato all'ippodromo”.

SITUAZIONE ECONOMICA E DEBITORIA: “avevo debiti vari ma li ho chiusi. mi hanno aiutato molto anche mia madre e i miei. Mi sono giocato 100.000 di eredità oltre a 200.000 di stipendi vari”.

SITUAZIONE LAVORATIVA: “lavoravo fino a 2 mesi fa. Il mio datore di lavoro ha cercato di aiutarmi in 100 modi ma io l'ho deluso. Mi riaccetterebbe se facessi una svolta. Lavoravo come corriere per l'ossigeno terapeutico. Per ora mi hanno mantenuto il posto, ma certo non posso continuare in questo modo perché ho fatto sparire dei soldi”.

RAPPORTI FAMILIARI: “da 5 mesi vivo con i genitori. Ci siamo lasciati dopo una convivenza di 1,7 mesi. Principalmente per problemi collegati al gioco e mancanza di fiducia. Lei ha un bambino di 7 anni e non ero un buon esempio. Era un rapporto importante. Ha buttato giù tanti bocconi amari e non torna indietro quando ha preso una decisione. E so che ha un altro. Sto molto in casa, senza voglia di uscire ... solo ora ho ripreso a vivere. Ma questo è stato il click per me. Sono stato sposato poco tempo e siamo ancora in contatto. Mia madre ... ne ha viste di tutti i colori ma è quella che non ci abbandona mai. Mio padre se ne è andato di casa abbandonandoci totalmente (avevo 6 anni ... ed io non ho neppure voluto vederlo in punto di morte) e ora considero mio padre l'attuale convivente di mia madre (entrambi lo hanno accompagnato). Un fratello grande e sposato. Da 2-3 anni siamo in rotta”.

SALUTE FISICA: Il Paziente non riferisce patologie somatiche degne di nota. Incidente stradale con asportazione della milza.

⁸ N.d.T.: Società Italiana delle Patologie Compulsive del Dr Cesare Guerreschi a Bolzano.

COMORBILITA' PSCHIATRICA: non sono presenti particolari elementi di carattere psicopatologico salvo elementi di discontrollo degli impulsi sul versante dell'autocontrollo nel gioco d'azzardo. Non gioca da 4-5 mesi, salvo 3-4 volte che è niente rispetto alla quotidianità di prima.

CO-MORBILITA' CON ALTRE DIPENDENZE: praticamente assente. Beve saltuariamente una birra e fuma con moderazione.

PRECEDENTI DI CURA: Assenti. "Ho sempre pensato di farcela da solo. Sarei andato a Bolzano per curarmi ma ho rifiutato".

ASPETTI SOCIALI: "la sera esco, vedo amici che però ho abbandonato salvo un paio. Conosco tante persone. Gli amici veri mi hanno allontanato".

INTERESSI: "Ho coltivato pochi interessi. Non pratico attività sportive e non amo la lettura. Ho cominciato a lavorare da giovanissimo e non ho coltivato altri interessi. Gioco a pallone a livello amatoriale. Hobby no. Esco la sera ...".

SITUAZIONE LEGALE: non ha pendenze.

PARTECIPAZIONE AD UN MODULO DI PSICOTERAPIA INTENSIVA

L'Utente ha partecipato al decimo modulo del programma residenziale dal 3 al 23 agosto 2009.

Note sulla sua partecipazione al programma intensivo di psicoterapia:

MOTIVAZIONE: l'Utente si è rivolto ad Orthos sulla base di indicazione di famigliari che hanno trovato il sito di Orthos.

PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA: l'Utente ha partecipato con livello pregevole alle diverse componenti che caratterizzano il Programma terapeutico di gruppo, momenti di auto-ascolto, terapie corporee, artistiche, ricreative, lavorative, di autogestione etc..

ATTITUDINE AL CAMBIAMENTO: l'Utente asserisce di nutrire un forte convincimento personale teso a tentare un deciso cambiamento nella sua abitudine al gioco compulsivo soprattutto per recuperare un minimo di autostima.

COSCENZA DI MALATTIA: L'Utente ha manifestato un discreto livello di consapevolezza sull'instaurarsi, il perpetuarsi e l'aggravarsi del suo comportamento compulsivo e si è reso sempre disponibile ad una verifica piuttosto approfondita sul suo stile di vita e sulla necessità di possibili modifiche.

VALUTAZIONE COMPLESSIVA: La valutazione complessiva sulla partecipazione al Programma è risultata MOLTO BUONA. Della stessa è stato rilasciato all'Interessato un attestato di riconoscimento.

SINTESI E INDICAZIONI TERAPEUTICHE

La nostra valutazione complessiva sull'utente D. è che si sia messo in moto un processo di verifica esistenziale profondo che lo ha portato a modificare sensibilmente la percezione di sé, le relazioni con gli altri ed in particolare con le persone a cui si sente legato, a programmare uno stile di vita meno autodistruttivo e a sviluppare un atteggiamento più positivo nei confronti della vita.

Al fine di consolidare i risultati conseguiti è tuttavia consigliabile mantenere, per un periodo di almeno un anno, un sostegno di carattere psicologico tramite incontri periodici individuali, con la famiglia e di gruppo con un professionista competente sul territorio.

Riteniamo inoltre utile che l'Utente mantenga i rapporti con i compagni di corso e con gli operatori di Orthos per consolidare quei legami in un ambito di solidarietà e mutuo-aiuto che si sono dimostrati sino a dora importanti nel promuovere e sostenere il processo di crescita e di cambiamento.

Riteniamo in particolare che sarebbe quanto mai utile che l'Utente fosse stimolato e sostenuto nel:

- Riscoprire alcuni interessi che ha da sempre trascurato.
- Consolidare i rapporti affettivi ed amicali rivelatisi in passato importanti e la cui compromissione ha ulteriormente deteriorato la sua condizione patologica.
- Favorire la partecipazione a forme di stimolo, di gioco (senza denaro e senza componente aleatoria determinante), di movimento e di svago che lo aiutino a trovare forme di gratificazione alternativa a quelle del gioco d'azzardo.

FASE DEL TRATTAMENTO POST-RESIDENZIALE E DELLE VERIFICHE

Il rientro dalla comunità è positivo, mantiene stabili i rapporti coi compagni di corso, con gli operatori, viene a Milano per gli incontri di counseling: è sincero, non nasconde la fatica al reinserimento in una vita normale e il peso per essere sempre senza soldi.

Riprende il posto di lavoro e la fiducia espressa dal suo datore di lavoro gli dà una forte carica; continua e approfondisce la relazione con una sua vecchia amica.

Ciò che gli pesa maggiormente sono i controlli stretti da parte dei genitori (è la madre che gli gestisce ancora lo stipendio) e i giudizi da parte dei compagni di calcetto con cui aveva rotto quando giocava.

Partecipa a Milano ad una serata sul GAP e dà un'ottima testimonianza.

Viene in comunità al primo Follow Up di gennaio, riportiamo qualche stralcio della sua testimonianza:

“Da 4 mesi non gioco più ... mi hanno ripreso al lavoro e anche la squadra di calcio ... e ho ripreso con una ragazza che ho avuto 10 anni fa. Dopo il lavoro mi sfiora l'idea di fare una giocatina ... mia madre ... mi controlla stretto e ho accettato che così deve essere. Mi sento bene, ma non ancora sicuro di prendere lo stipendio direttamente. Mia mamma mi dà senza problemi i soldi che mi servono. Mi fa qualche domandina e mi chiede gli scontrini delle spese

che faccio, le sono sempre preciso... e' anche un gesto di amore per tanto male che le ho fatto".

NON POSSIAMO TAPPARE TUTTI I BUCHI ...

Caso con esito negativo

D. (nome di fantasia)

Giocatore di sesso maschile, D. si è rivolto ad Orthos su indicazione del SerT di Livorno e della sua ex fidanzata che aveva trovato informazioni sul sito. Al momento del suo arrivo in struttura ha 33 anni, è disoccupato e senza fissa dimora; dorme in macchina da quando la ex fidanzata e i genitori di lei lo hanno cacciato da casa dopo aver scoperto che aveva utilizzato la loro carta di credito per giocare al Poker On Line, causando loro un ammanco abbastanza considerevole. La fine della relazione con la fidanzata e la perdita della fiducia dei genitori di lei lo gettano in uno stato depressivo caratterizzato da forte senso di colpa, inadeguatezza e senso di abbandono.

La storia familiare di D. è caratterizzata dall'assenza dei genitori che per motivi di lavoro sono assenti per molto tempo da casa: il padre lavorava all'estero e rientrava in famiglia una volta al mese, la madre era assente per molte ore al giorno e già dall'età di 3/4 anni trascorre gran parte della sua giornata con il fratello maggiore. Dopo qualche anno di lavoro all'estero il padre rientra in Italia ma si rivela essere alcolista. D. assiste a diversi episodi di violenza, agiti dal padre nei confronti della madre, legati alla patologia: un episodio particolarmente spinge il padre di D. ad entrare negli A.A. e smettere di bere. D. è un bambino vivace e appassionata di sport. Entra in competizione con il fratello maggiore che ritiene essere migliore di lui. A 11 anni, un tentato abuso da parte di uno sconosciuto lo rende diffidente verso il prossimo. D. rimane anche molto colpito dalla furia con cui il padre aveva reagito nei confronti del molestatore.

A 18 anni inizia a giocare al casinò in Slovenia, facilmente raggiungibile da Trieste città in cui viveva con la sua famiglia di origine. Frequenta per un certo periodo un gruppo di auto aiuto per GAP. Si sposa, ma la moglie lo lascia perché si giocava i soldi del bar di proprietà della moglie. Inizia un'altra terapia presso il Centro di salute mentale per altri 4/5 mesi. Instaura una nuova relazione affettiva per la quale lascia Trieste e si stabilisce a Livorno dove trova anche un lavoro, ma dopo qualche tempo ricade nel gioco e perde nuovamente lavoro e relazione affettiva. I rapporti con i suoi genitori sono interrotti anche se continua a comunicare con la madre tramite sms.

Al termine della prima settimana di percorso, a seguito di un contatto telefonico con la ex fidanzata, D. si allontana di sua iniziativa dalla struttura per raggiungerla e chiarire alcune cose con lei. Rientra la sera del giorno dopo chiedendo scusa agli operatori e agli altri membri del gruppo.

E' la prima volta che succede una cosa del genere in comunità: l'equipe decide che D. consegni le chiavi della macchina agli operatori.

PATOLOGIA COLLEGATA AL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO (GAP):
riportiamo esattamente le parole dell'utente nel momento dell'intake

“Gioco al casinò in Slovenia perché vivo a Trieste.

Le prime puntate già a 18 con gli amici. E già sentivo il richiamo. Poi anche da solo quando ho avuto la macchina. Degli amici solo io ci sono rimasto incastrato. Perché io? Forse per i soldi ... che si possono guadagnare divertendosi ... quante ore dovrei lavorare per guadagnare 500 mila lire ... poi Poker on line e con le carte. Avevo anche la passione di comprare vestiti.

Ho vissuto per tre anni con una compagna che però ha scoperto che giocavo. poi iniziai un gruppo di auto aiuto per GAP e ho conosciuto De Luca. Ma non riconoscevo di avere un problema. L’ho fatto per far contenti i miei e la fidanzata. Non mi riconoscevo in chi si era rovinato del tutto. La mia terapia e astinenza è durata tre mesi. Poi sono ricaduto. In più ho anche lasciato la mia ragazza. Accompagnavo qualcuno senza giocare, poi 10 euro e via ...! Mi sono sposato ma continuavo a giocare ... soldi miei poi del bar della mia ex-moglie. Sempre senza soldi ... scuse ... poi ha scoperto che me li giocavo al casinò. Matrimonio in fumo. A casa da mamma. Avevo paura e non uscivo di casa. Periodo brutto. Ho cominciato a giocare al bar e al PC. Di nuovo terapia con il Centro di Salute mentale che aveva AA e GA (dr.ssa Cariello)... per 4-5 mesi. Ho conosciuto B., la mia ex compagna, e mi sentivo forte e tranquillo. E ho deciso di venire a Livorno per ... fuggire da una città che mi dava sofferenza e dove tutti mi chiedevano come stavo. B. ... la persona migliore che ho conosciuto ... i miei e mio fratello si sono tirati fuori dal gioco. Dopo due fallimenti e dopo sofferenze per starmi vicino ... si sono arresi. Per il mio bene hanno deciso di rompere questa dipendenza. Cavalli e macchinette poco, non mi interessano. Mai andato all’ippodromo. Solo poker on line.

SITUAZIONE ECONOMICA E DEBITORIA: “ho circa 10.000 euro di debiti con una finanziaria”.

SITUAZIONE LAVORATIVA: “lavoravo fino al 25 luglio. Il mio datore di lavoro ha cercato di aiutarmi in 100 modi ma io l’ho deluso. Ero completamente fuso con la testa e facevo errori, arrivavo tardi, mi davo per ammalato per giocare. Non credo che mi riaccetterebbe anche se facessi una svolta. Anche B. lavorava nello stessa ditta. Per me il lavoro è importante per cui ne ho risentito molto di questa delusione che ho dato. Avevo attivato molte aspettative ...”.

RAPPORTI FAMILIARI: con i genitori i rapporti si sono rotti i rapporti tranne che per sms con la mamma.

“Mia madre ... ne ha viste di tutti i colori ma è quella che non ci abbandona mai. Mi sono sempre confidato più con lei Mio padre aveva problemi di alcolismo ed è una persona più chiusa. Ora non beve a seguito di un percorso con AA: scene di violenza e sofferenza per il fatto che erano spesso fuori per lavoro. Un fratello grande ... quello bravo. Lo ammiro ed è il mio opposto. Si stima e si sente realizzato nel lavoro”.

SALUTE FISICA:

Il Paziente non riferisce patologie somatiche degne di nota.

COMORBILITA' PSCHIATRICA: non sono presenti particolari elementi di carattere psicopatologico salvo elementi di discontrollo degli impulsi sul versante dell'autocontrollo nel gioco d'azzardo. Fase depressiva e attacchi di panico dopo la separazione. "Ho assunto il Daparox che sto riprendendo anche adesso. Soffro a volte di agorafobia e per la folla".

CO-MORBILITA' CON ALTRE DIPENDENZE: praticamente assente. Beve saltuariamente una birra e fuma con moderazione.

PRECEDENTI DI CURA: Per due volte è stato in cura con un gruppo di auto aiuto e con una psichiatra.

ASPETTI SOCIALI: "non sono molto estroverso, sono permaloso, la sera esco poco, vedo amici che però ho abbandonato salvo un paio".

INTERESSI: Ha coltivato interessi nello sport – pallone, ping pong etc. Si concede qualche lettura.

SITUAZIONE LEGALE: non ha pendenze

PARTECIPAZIONE AD UN MODULO DI PSICOTERAPIA INTENSIVA

L'Utente ha partecipato al decimo modulo del programma residenziale dal 3 al 23 agosto 2009.

Note sulla sua partecipazione al programma intensivo di psicoterapia:

MOTIVAZIONE: l'Utente si aspetta di raggiungere la consapevolezza di ciò che intende raggiungere nella sua vita, un po' di stima in se stesso e con meno paure. Di riprendersi la vita.

PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA: l'Utente ha partecipato con livello pregevole alle diverse componenti che caratterizzano il Programma terapeutico di gruppo, momenti di auto-ascolto, terapie corporee, artistiche, ricreative, lavorative, di autogestione etc.. La terapia farmacologica ha comprensibilmente reso difficile, a tratti, la sua concentrazione nelle sessioni di lavoro. In taluni casi ha chiesto di allontanarsi per riposare. Questo anche in concomitanza con fasi più impegnative del lavoro psicoterapico.

ATTITUDINE AL CAMBIAMENTO: l'Utente asserisce di nutrire un forte convincimento personale teso a tentare un deciso cambiamento nella sua abitudine al gioco compulsivo soprattutto per recuperare un minimo di autostima.

COSCIENZA DI MALATTIA: L'Utente ha manifestato un discreto livello di consapevolezza sull'instaurarsi, il perpetuarsi e l'aggravarsi del suo comportamento compulsivo e si è reso sempre disponibile ad una verifica piuttosto approfondita sul suo stile di vita e sulla necessità di possibili modifiche.

VALUTAZIONE COMPLESSIVA: La valutazione complessiva sulla partecipazione al Programma è risultata MOLTO BUONA. Della stessa è stato rilasciato all'Interessato un attestato di riconoscimento.

SINTESI E INDICAZIONI TERAPEUTICHE

La nostra valutazione complessiva sull'utente D., è che si sia messo in moto un processo di verifica esistenziale profondo che lo ha portato a modificare sensibilmente la percezione di sé, le relazioni con gli altri ed in particolare con le persone a cui si sente legato, a programmare uno stile di vita meno autodistruttivo e a sviluppare un atteggiamento più positivo nei confronti della vita.

Al fine di consolidare i risultati conseguiti è tuttavia consigliabile mantenere, per un periodo di almeno un anno, un sostegno di carattere psicologico tramite incontri periodici individuali, con la famiglia e di gruppo con un professionista competente sul territorio.

Riteniamo inoltre utile che l'Utente mantenga i rapporti con i compagni di corso e con gli operatori di Orthos per consolidare quei legami in un ambito di solidarietà e mutuo-aiuto che si sono dimostrati sino a dora importanti nel promuovere e sostenere il processo di crescita e di cambiamento.

Riteniamo in particolare che sarebbe quanto mai utile che l'Utente fosse stimolato e sostenuto nel:

- Riscoprire alcuni interessi che ha da sempre trascurato. Utile ci pare la partecipazione alla comunità religiosa evangelica, di cui abbiamo notizia, e che può garantire un contenitore sociale oltre che una occasione di stimolo alla autostima e di crescita nel mantenere relazioni amicali e di aiuto.
- Consolidare i rapporti affettivi ed amicali rivelatisi in passato importanti e la cui compromissione ha ulteriormente deteriorato la sua condizione patologica.
- Favorire la partecipazione a forme di stimolo intellettuale, di gioco (senza denaro e senza componente aleatoria determinante), di movimento e di svago che lo aiutino a trovare forme di gratificazione alternativa a quelle del gioco d'azzardo.

FASE DEL TRATTAMENTO POST-RESIDENZIALE E DELLE VERIFICHE

Dopo un primo periodo di frequenza costante agli incontri settimanali di psicoterapia fa perdere le sue tracce, non risponde al telefono e non si presenta alla verifica del 16/17 gennaio del 2010.

Caso con esito dubbio

V. (nome di fantasia)

A 18 anni rimane orfano di padre, a 34 perde la madre che ha sofferto per tutta la vita di depressione. Figlio unico, trascorre il periodo della scuola elementare in un collegio dove le suore adottano comportamenti fortemente repressivi e sanzionatori che prevedono l'uso frequente della punizione

corporale. All'uscita dal collegio si trova a vivere un'atmosfera completamente diversa, la mancanza di qualsiasi controllo da parte delle figure di riferimento, sia in ambito scolastico sia in ambito familiare, gli fanno percepire la mancanza di regole rigide come indifferenza; diventa un alunno problematico (120 note sul registro). I genitori non lo seguono, nemmeno per quel che riguarda il rendimento scolastico. V. trascorre molte ore senza figure adulte che lo guidino e consiglino. Fa quello che vuole e passa molte ore fuori di casa per non assistere ai continui litigi fra i genitori. La famiglia è seguita dall'assistente sociale. Padre violento con la madre al punto da avere spesso i carabinieri in casa. Quando muore il padre V. prova un senso di liberazione. Madre con esaurimento nervoso e successivo Alzheimer, muore in casa di cura.

Durante il periodo di permanenza in comunità agisce spesso comportamenti oppositivi rispetto al controllo sull'assunzione del cibo e dei farmaci. E' molto polemico nei confronti di un altro utente, più giovane di lui, che accusa con rabbia di essere poco collaborativo; mette in atto comportamenti di rifiuto e non collaborazione come forma di rivendicazione. Dice spesso di non essere disposto al dialogo. Durante il percorso terapeutico però collabora, soprattutto quando sente di essere accolto e capito dagli operatori. Porta a termine con successo, anche se con difficoltà, il percorso; verbalizza di essere più consapevole del ruolo che lui gioca rispetto a quanto gli accade e riconosce la sua impulsività negli 'agiti'.

Anamnesi: Soffre di diabete ed è stato ricoverato per alta pressione.

FASE DELL'INTAKE

Riportiamo esattamente le parole dell'utente nella fase dell'intake

PATOLOGIA COLLEGATA AL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO (GAP): "gioco a macchinette da circa 10 anni quando erano all'inizio. Mi sono rivolto alla Associazione Mutuo Aiuto di Trento con la quale avevo smesso salvo poi ricominciare. Quando ho 18 anni. Si tengono gruppi di incontro con la presenza di un operatore. Posso giocare a carte per il gusto di giocare e vincere ma non per soldi. I cavalli non mi interessano e anche i giochi che non hanno una vincita immediata".

SITUAZIONE ECONOMICA E DEBITORIA: "avevo debiti vari ma li ho chiusi. Mi è rimasta poca roba. Salvo con la mia ex ..."

SITUAZIONE LAVORATIVA: "lavoro come autista. Per ora mi hanno mantenuto il posto, ma certo non posso continuare in questo modo perché ho fatto sparire dei soldi. Probabilmente lavorerò con il mio attuale Amministratore di sostegno che lavora con protesi ortopediche". "Ho avuto il riconoscimento dell'invalidità per il 47% dal momento che il GAP è riconosciuta in Trentino. A me piace lavorare coi bambini. Ce l'ho da maggio e funziona abbastanza. Non avevo parenti a cui chiederlo".

RAPPORTI FAMILIARI: “ho perso i genitori. Mia madre 3 anni fa e mio padre 20 aa fa quando avevo 17 anni. Non l’ho mai sentito vicino. In collegio dalle suore a 8 aa e non so perché. Questa restrizione dagli 8 ai 10 anni ... mi resta misteriosa e non ho mai approfondito. Alle medie facevo quello che volevo. Mio padre non andava mai a parlare con gli insegnanti. Mio zio mi stava dietro, ma quando cercava di impormi qualche regola io chiudevo le porte. Mio padre era uno che spendeva tutto e credo che giocasse pure. La mamma casalinga, spesso esaurita oltre che diabetica e io le facevo l’insulina. Alla mamma sono più legato. So di avere un problema con le regole. 120 note sul registro alle medie ma nessuno l’ha mai saputo. Mi mettevo sulla finestra e dicevo alla maestra che mi buttavo”.

SALUTE FISICA:

Il Paziente non riferisce patologie somatiche degne di nota salvo il diabete e l’ipertensione.

COMORBILITA’ PSCHIATRICA: non sono presenti particolari elementi di carattere psicopatologico salvo elementi di discontrollo degli impulsi sul versante dell’autocontrollo nel gioco d’azzardo. “Non gioco da 4 mesi, ma non so che farei se avessi soldi”.

CO-MORBILITA’ CON ALTRE DIPENDENZE: praticamente assente. Beve saltuariamente una birra e fuma molto.

PRECEDENTI DI CURA. È seguito dal Gruppo AMA di Trento.

ASPETTI SOCIALI: “Non ho mai trovato una ragazza, sono molto solo sempre. Solo un’amica mi ha sempre aiutato e mi ospitava anche quando bevevo ... anche se io cercavo sempre di ricompensarla in qualche modo.

Ho una relazione con Gio ... da circa 3,5 aa e siamo stati assieme due. Ho avuto storie in precedenza, ma senza troppo convincimento. Il mio amore primario è sempre stato il gioco e questo ha sempre interferito con la possibilità di costruirmi delle relazioni più serie.

A me piace essere di aiuto a qualcuno. O me ne sto a guardare la TV. Da ragazzino mi piaceva rompere le regole. Ho avuto storie che sono naufragate per ... paure di cose che ritenevo più grandi di me, come convivenze o proposte di matrimonio.

Se mi sposto dalla donna ... mi attira l’idea di una famiglia che mi sia vicino ... anche se mi limiterà ma a cui tengo”.

INTERESSI: Ha coltivato pochi interessi. Non pratica attività sportive e non ama la lettura.

“Ho cominciato a lavorare da giovanissimo e non ho coltivato altri interessi”.

SITUAZIONE LEGALE: non ha pendenze.

PARTECIPAZIONE AD UN MODULO DI PSICOTERAPIA INTENSIVA

L'Utente ha partecipato al terzo modulo del programma residenziale dal 2 agosto al 23 agosto 2009.

Note sulla sua partecipazione al programma intensivo di psicoterapia:

MOTIVAZIONE: L'Utente si è rivolto ad Orthos sulla base di indicazione dell'Amministratore di sostegno e ci crede.

PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA: L'Utente ha partecipato con livello pregevole alle diverse componenti che caratterizzano il Programma terapeutico di gruppo, momenti di auto-ascolto, terapie corporee, artistiche, ricreative, lavorative, di autogestione etc. La terapia farmacologica ha comprensibilmente reso difficile, a tratti, la sua concentrazione nelle sessioni di lavoro. In taluni casi ha chiesto di allontanarsi per riposare. Questo anche in concomitanza con fasi più impegnative del lavoro psicoterapico.

ATTITUDINE AL CAMBIAMENTO: L'Utente asserisce di nutrire un forte convincimento personale teso a tentare un deciso cambiamento nella sua abitudine al gioco compulsivo soprattutto per recuperare un minimo di autostima.

COSCIENZA DI MALATTIA: L'Utente ha manifestato un discreto livello di consapevolezza sull'instaurarsi, il perpetuarsi e l'aggravarsi del suo comportamento compulsivo e si è reso sempre disponibile ad una verifica piuttosto approfondita sul suo stile di vita e sulla necessità di possibili modifiche.

VALUTAZIONE COMPLESSIVA: La valutazione complessiva sulla partecipazione al Programma è risultata BUONA. Della stessa è stato rilasciato all'Interessato un attestato di riconoscimento.

SINTESI E INDICAZIONI TERAPEUTICHE

La nostra valutazione complessiva sull'utente V., è che si sia messo in moto un processo di verifica esistenziale profondo che lo ha portato a modificare sensibilmente la percezione di sé, le relazioni con gli altri ed in particolare con le persone a cui si sente legato, a programmare uno stile di vita meno autodistruttivo e a sviluppare un atteggiamento più positivo nei confronti della vita.

Al fine di consolidare i risultati conseguiti è tuttavia consigliabile mantenere, per un periodo di almeno un anno, un sostegno di carattere psicologico tramite incontri periodici individuali, con la famiglia e di gruppo con un professionista competente sul territorio.

Riteniamo inoltre utile che l'Utente mantenga i rapporti con i compagni di corso e con gli operatori di Orthos per consolidare quei legami in un ambito di solidarietà e mutuo-aiuto che si sono dimostrati sino a dora importanti nel promuovere e sostenere il processo di crescita e di cambiamento.

Riteniamo in particolare che sarebbe quanto mai utile che l'Utente fosse stimolato e sostenuto nel:

- Riscoprire alcuni interessi che ha da sempre trascurato. Utile ci pare la partecipazione alla comunità religiosa evangelica, di cui abbiamo notizia, e che può garantire un contenitore sociale oltre che una occasione di stimolo alla autostima e di crescita nel mantenere relazioni amicali e di aiuto
- Consolidare i rapporti affettivi ed amicali rivelatisi in passato importanti e la cui compromissione ha ulteriormente deteriorato la sua condizione patologica
- Favorire la partecipazione a forme di gioco (senza denaro e senza componente aleatoria determinante), di movimento e di svago che lo aiutino a trovare forme di gratificazione alternativa a quelle del gioco d'azzardo.

FASE DEL TRATTAMENTO POST-RESIDENZIALE E DELLE VERIFICHE

Accetta di farsi seguire da un operatore psicoterapeuta di Orthos e frequenta con regolarità le sedute. Agisce ancora comportamenti 'infantili' rimandando qualsiasi scelta all'amministratore di sostegno, ma per adesso continua con regolarità il percorso. Ha iniziato da poco a lavorare in un centro distribuzione, vendita ausili ed attrezzature per trasporto disabili. Da circa due settimane è andato a vivere da solo. È costantemente seguito dal suo amministratore di sostegno per quanto riguarda la gestione economica.

Presenta ancora difficoltà per quanto riguarda la gestione affettività con la sua compagna con la quale, tuttavia, pare abbia ripreso i rapporti .

Ha partecipato all'incontro di verifica del 16/17 gennaio 2010 sospendendo la sua presenza durante un gruppo a seguito di un rimando di un operatore per quanto riguarda la sua assunzione di responsabilità; ha difficoltà a reggere il confronto senza cadere nelle dinamiche infantili di "andarsene sbattendo la porta" che poi sono le stesse che lo hanno sempre spinto ad andare a giocare. Ha ripreso, dopo la verifica, la psicoterapia individuale e gli incontri col SerT.

INDICATORI DI SUCCESSO

Come dice Bergler il giocare col destino, nella pretesa megalomania di controllarlo, si traduce in un "progetto per perdere", fine questo, autopunitivo e riparativo che rappresenta quindi il vero obiettivo inconscio del giocatore.

Aiutare a riportare sotto controllo un comportamento che a questo controllo sfugge è come riequilibrare una struttura dosando via via la cura. Secondo noi risulta quindi più appropriata una strategia terapeutica che si propone obiettivi realistici e moderati che irrealistici e radicali: lavorare in gruppo sui progetti di vita realistici e non ambiziosi, sulla maggiore consapevolezza sulle situazioni di rischio, sulla ristrutturazione della situazione familiare, occupazionale e sociale ci sembrano elementi molto importanti.

Oltre all'astinenza totale dal gioco, seppur richiesta e studiata per alcuni soggetti, ci sembra importante anche la riduzione dell'urgenza del gioco e lo sviluppo di un maggior auto-controllo che può considerarsi un buon obiettivo terapeutico.

Importantissima la fase post – residenziale, in cui la consistenza dei processi di cambiamento viene monitorata attraverso le suddette modalità.

Oltre alla continuità dei rapporti con gli operatori Orthos su territorio, è essenziale spingere l'utente a prendere contatti e mantenerli con gli operatori pubblici della propria città: una rete collaborativa di sostegno a più "intrecci" è importante affinché il giocatore si senta accompagnato e sostenuto.

Per la nostra esperienza è basilare seguire attraverso una presenza stabile e continuativa l'utente: dopo il programma intensivo ciascun utente sceglie un operatore di riferimento (sul proprio territorio) che lo segua in modo più continuativo, non solo attraverso incontri individuali, ma anche telefonicamente, via mail, e a volte con semplici sms.

Così come è di valore la cordata tra giocatori di uno stesso modulo: ogni giocatore si sceglie un tutor ed è a sua volta tutor di un compagno prendendo l'impegno di monitorare la situazione del compagno affidatogli.

Questo serve anche per monitorare la situazione finanziaria e in caso di necessità consigliare l'affidamento ad un amministratore di sostegno o ad un familiare per la gestione del denaro.

Per concludere secondo la nostra esperienza il sintomo può essere superato non tanto con una terapia sintomatica, ma con un sostegno alla ristrutturazione dello stile di vita e dei valori.

**“AND IN GRUPPO – LEGNANO”
GRUPPO DI SOSTEGNO E MOTIVAZIONE ALLA CURA
PER GIOCATORI D’AZZARDO PATOLOGICI**

**Contributo di
Valeria Locati e Mariapaola Tadini, psicologhe**



DATI ORGANIZZATIVI

Il gruppo in oggetto ha luogo presso la sede dell’associazione “*Aiutiamoli*” della città di Legnano, in piazza S. Magno, 13, nella giornata di mercoledì dalle 18.30 alle 20.30 con cadenza quindicinale.

Con queste caratteristiche, nasce nel mese di maggio del 2009. Storicamente esso rappresenta la quinta edizione del gruppo terapeutico per giocatori patologici organizzato e gestito dall’associazione AND Azzardo e Nuove Dipendenze nel territorio dell’alto milanese.

Gli obiettivi ai quali vuole tendere sono i seguenti:

- Fornire uno spazio di ascolto e confronto tra soggetti che manifestano il problema del *gambling*.
- Sostenere i partecipanti nel loro prendere consapevolezza delle caratteristiche di questo tipo di dipendenza e delle sue manifestazioni (pensiero magico, illusione del controllo, pensiero intrusivo e totalizzante).
- Creare connessioni tra le esperienze dei partecipanti e la tematica del gioco, sfruttando il gruppo come strumento di apprendimento e motivazione alla cura, in un contesto non giudicante.

- Fornire un approccio terapeutico altro dalla realtà dell'auto-mutuo-aiuto, sia in termini di conduzione esperta, sia di possibilità di entrare in profondità dei vissuti personali, per superare il senso di isolamento e vergogna comune e dannoso tra i giocatori.

Nello specifico, dato il differente orientamento teorico delle due conduttrici, è possibile suddividere ulteriormente gli obiettivi in questo modo:

OBIETTIVI "SISTEMICO-RELAZIONALI":

- Restituire, in linea con l'orientamento sistemico, di volta in volta un nuovo punto di vista sul problema, a livello informativo per combattere i pensieri erronei e a livello psicologico per accompagnare al cambiamento richiesto dal soggetto.
- Indagare la funzione e la reazione della famiglia/rete del giocatore: quanto risulta complice nell'illusione del controllo, nella negazione e nella rottura delle relazioni o quanto si pone come risorsa nella prevenzione/diagnosi, nell'intervento e nel monitoraggio.
- Soffermarsi sul significato del sintomo all'interno del gruppo, su quanto sia funzionale o meno ai fini dell'appartenenza al sistema.

OBIETTIVI "ANALITICO-TRANSAZIONALI":

- Definizione degli obiettivi che ciascuno si propone nei confronti del gruppo alla luce del proprio percorso personale: quali passi sono già stati compiuti, quali i bisogni e i proponimenti per proseguire nel lavoro individuale attingendo al gruppo come risorsa e sostegno.
- Accompagnamento e sostegno nel processo di adesione e presa di coscienza della realtà, cogliendo gli aspetti di pensiero magico, di illusione di controllo che non afferiscono al dato di realtà, al qui e ora.

Per accedere al gruppo è necessario effettuare tre colloqui di psico-educazione presso il SerT inviante o della zona ed un colloquio di valutazione psicologica da parte delle psicologhe conduttrici. L'idea alla base dell'intervento di motivazione e sostegno alla cura è da ritrovarsi nel concetto di rete: la dimensione gruppale è soltanto uno degli episodi di trattamento a cui il paziente prende parte. E' necessario che il suo desiderio di prendersi cura di sé si sviluppi e abbia modo di concretizzarsi su più fronti.

Lungo tutto l'arco degli incontri del gruppo le conduttrici e gli altri operatori sono in costante contatto e posizione di collaborazione reciproca.

Per una maggior chiarezza comunicativa si riporta integralmente il regolamento del gruppo.

1. La frequenza al gruppo è quindicinale.
2. Gli incontri si svolgono dalle 18.30 alle 20.30 nella giornata di mercoledì. E' importante la puntualità.
3. Ad ogni partecipante è richiesto un contributo di 10 euro ad incontro, al quale seguirà una ricevuta attestante il pagamento da parte dell'Associazione AND.

4. E' fondamentale che la frequenza al gruppo sia continuativa. (Il gruppo è una importante risorsa per il giocatore e per questo richiede un impegno, un lavoro che si fa insieme ed una frequenza costante).
5. E' opportuno avvisare prima dell'inizio del gruppo se non si verrà.
6. Vige l'impegno al segreto circa ciò che accade in gruppo. Tutti, sia giocatori che conduttori, devono rispettare la riservatezza dei partecipanti (di cui nulla a partire dal nome va rivelato fuori dal gruppo) e dei contenuti trattati. Ciò che sentono di dire e ciò che sentiranno dagli altri è mantenuto in stretta riservatezza.
7. I conduttori sono esenti al segreto solo con i referenti terapeutici dei SerT invianti e con i referenti scientifici del progetto.
8. Ciò che avviene all'esterno tra i partecipanti è bene che sia riportato dentro il gruppo. Tale regola vale per tutti, sia conduttori che membri del gruppo.
9. All'interno del gruppo ci si può esprimere liberamente, si può parlare di tutto ciò che si desidera.
10. I conduttori si riservano la possibilità di contattare i partecipanti per eventuali comunicazioni.
11. Nel caso in cui il partecipante desideri interrompere la frequenza al gruppo, è preferibile che lo comunichi sia ai conduttori che agli altri membri del gruppo, consentendosi la possibilità di un incontro di saluto e chiusura.

Non è richiesta astinenza al partecipante, né un vero e proprio obbligo di frequenza: è però necessaria la continuità del trattamento e la serietà nella partecipazione agli incontri.

La quota di 10 euro è richiesta per far fronte alle spese della sede ospitante, in termini di riscaldamento ed elettricità.

Rispetto al numero minimo/massimo non è possibile indicarlo con esattezza: generalmente non sono presenti mai più di 9 persone contemporaneamente. Ciò non pregiudica però l'eventuale altro ingresso di nuovi giocatori.

DEMOGRAFIA STORICA

Dalla sua nascita nel mese di maggio 2009, il gruppo ha visto la partecipazione di 11 persone, la maggior parte delle quali (9) aveva già preso parte all'edizione/i precedente/i. Soltanto due hanno fatto il loro ingresso quest'anno, una nel mese di settembre, l'altra da sole due settimane al momento della stesura del presente lavoro.

Rispetto al genere, la prevalenza è relativa a quello maschile, mentre il gentil sesso è rappresentato da soli due componenti.

Queste ultime, di 48 e 61 anni, sono entrambe single, giocatrici di lotto e gratta e vinci e fortemente compromesse dal punto di vista del comportamento di gioco: la prima, funzionario tecnico-scientifico, divorziata con un figlio disabile, pessimista e poco incline a seguire i suggerimenti della

rete di operatori che di lei si occupa, gioca ripetutamente per fare “il colpaccio” al fine di sistemare la sua situazione debitoria. A livello familiare esistono importanti problemi di comunicazione con il figlio e la madre rispetto alla verità delle sue azioni: il gioco ripetuto è spesso tenuto nascosto o addirittura mai raccontato.

La seconda donna del gruppo vive sola, è in pensione, ha una famiglia numerosa che però la fa spesso soffrire e non si occupa del suo malessere. Desidera prendere per se stessa una rivincita nei confronti delle sorelle, ma, non riuscendo, gioca. Il suo conto corrente è amministrato officiosamente da un'amica, la quale però, mette la paziente in un doppio legame, in una nuova relazione di sofferenza, in cui non poter essere sincera fino in fondo. Come in un circolo vizioso, anziché fungere da ancora di salvezza, ciò peggiora il comportamento di gioco.

La componente maschile è costituita da 9 membri di varie età e professioni: 52, 42, 42 e 44 operai, 50 agente di polizia locale, 33 consulente commerciale, 56 e 69 pensionati, 60 operatore sociale. Tutti gli uomini del gruppo hanno una storia matrimoniale o di convivenza di fatto terminata: in alcuni casi il rapporto con la ex esiste ancora, in altri, invece, non è più da considerare attivo. La maggior parte di essi ha dei figli, che considera l'unica vera ragione di vita e, talvolta, anche quella a cui imputare nervosismi, sofferenze e repentini cambi di umore ai quali seguono comportamenti di gioco patologico. La sessualità e il tema della relazione amorosa hanno spesso un grosso peso all'interno del gruppo: molti partecipanti raccontano di aver in passato dedicato del tempo all'ossessione per le donne, chi esplicitamente, chi facendolo trasparire da alcune considerazioni in risposta agli interventi degli altri.

Per quanto riguarda la tipologia del gioco non ne esiste una in particolare: essi, infatti, giocano alle slot machine, al casinò, nelle sale ippiche, al gratta e vinci, ecc... senza prediligere qualcosa nello specifico. Anche quando dicono di farlo, si ritrovano a breve termine a smentire quanto affermato in precedenza.

Come sopra accennato, tutti i membri del gruppo sono o sono stati seguiti da più operatori: assistenti sociali o psicologi del SerT, psichiatra o psicoterapeuti individuali, altri gruppi di sostegno, ma anche per familiari.

Nella maggior parte dei casi questa pluralità di trattamento ha fatto registrare esiti positivi per la presa in carico del paziente ed un minimo miglioramento della sua situazione.

Talvolta, però, il giocatore ha faticato a destreggiarsi tra gli operatori, relazionandosi con essi nei termini di maggior utilità e minimo sforzo. E' stato questo il caso del primo drop-out del gruppo, aggravato anche da una situazione di amministrazione di sostegno non particolarmente fluida a livello burocratico.

L'idea è quella di effettuare a breve un follow-up per verificare le condizioni del paziente e valutare un suo reinserimento, previo contatto con il SerT di riferimento.

Un secondo caso di interruzione di frequenza ha come causa delle motivazioni relative alla salute del paziente: data l'età e l'aggravarsi di alcune condizioni fisiche risulta molto problematico partecipare con continuità. Le conduttrici mantengono monitorata la situazione attraverso colloqui telefonici con il giocatore, il quale, ultimamente, sembra risollevato rispetto a qualche tempo fa.

DEMOGRAFIA ATTUALE

Eccezion fatta per i due casi sopra evidenziati di interruzione di frequenza, il gruppo risulta composto da 9 membri, di cui 2 di sesso femminile.

Ad oggi il gruppo è stato interrotto per circa un mese durante le vacanze estive; lo stesso avverrà per le festività natalizie.

Si concluderà alla fine del mese di marzo e, presumibilmente, riprenderà con una nuova edizione nel mese di maggio 2010.

VALUTAZIONE DI ESITO

Caso clinico che sta ottenendo un esito positivo

A. è un uomo di 33 anni, consulente commerciale, che ha una storia di gioco lunga circa una decina di anni. Il gioco d'azzardo privilegiato sono le scommesse nelle sale ippiche. Ha una situazione debitoria significativa, che sta pagando ad oggi in modo puntuale. Attualmente vive con la madre, cui è molto legato, la quale ha rivestito un ruolo fondamentale nel percorso di cura del figlio. Infatti, uno dei principali fattori di motivazione al cambiamento è stato proprio il desiderio di riconquistare la sua fiducia: sebbene sia consapevole del fatto che, come giocatore, abbia mentito con una certa abilità, sia agli altri che a se stesso, non può sopportare il pensiero che la donna non abbia più fiducia in lui, nemmeno in futuro. Anche l'aver ingannato i suoi datori di lavoro, sottraendo loro del denaro per giocare (che ha poi restituito, senza che si accorgessero dell'ammanto) è stato uno dei punti su cui ha lavorato all'interno del gruppo: la questione della fiducia è cruciale per la sua storia.

Ha una figlia di tre anni, avuta dalla compagna con cui era andato a convivere; la loro relazione è finita in modo burrascoso e i due hanno proceduto per vie legali in merito all'affidamento della piccola. In un primo momento era stato disposto l'affido esclusivo alla madre, la quale aveva dichiarato che il padre non era in grado di prendersi cura della figlia; A. ha fatto tutto quanto era in suo potere per dimostrare agli operatori sociali che si occupano del caso, data la litigiosità dei genitori, che è un buon padre, capace di prendersi cura della figlia interpretando o anticipando i suoi bisogni ed instaurando un buon legame con lei. All'inizio del mese di dicembre, infatti, è stata emessa una sentenza del giudice del Tribunale per i Minori in cui vengono descritte in modo positivo le capacità genitoriali di A. Egli è molto contento e orgoglioso del

risultato ottenuto, non solo perché potrà occuparsi maggiormente della figlia, ma soprattutto perché ha dimostrato a se stesso e a chi lo circonda di essere un uomo affidabile e di valore, capace di ottenere ciò che desidera se si impegna a tal fine.

Ha anche un fratello, di cui parla raramente perché è fuori di casa, mentre il padre è morto qualche anno fa; quando vi fa cenno è ancora molto addolorato.

All'inizio del suo percorso, A. era molto attento ad osservare le dinamiche del gruppo, ascoltava le storie dei diversi membri annotando su un taccuino alcuni appunti: aveva l'atteggiamento di un giornalista curioso ed attento, ma che non sembrava mettersi in gioco in prima persona. Con il passare del tempo ha lentamente abbandonato questo modo di fare e si è speso all'interno del gruppo portando la sua esperienza e le sue riflessioni, sollecitate principalmente dai racconti dei membri che avevano una maggiore consapevolezza della propria storia di gioco, cioè che erano in grado di fare una buona metariflessione sui propri sentimenti e comportamenti. Per quanto concerne la gestione del denaro, in un primo momento è stato monitorato dalla madre, pur avendo a propria disposizione cifre consistenti per un giocatore; ha attraversato, poi, una fase di shopping "importante", nel senso che spendeva molti soldi in acquisti per sé e per la figlia. Ciò si è rivelato, alla lunga, positivo perché gli ha permesso di recuperare il senso del valore del denaro: in questo modo ha potuto confrontare il potere di acquisto di somme di denaro che prima giocava senza problemi, come non avessero alcun valore. A. non ha interrotto in modo repentino il comportamento di gioco in concomitanza con l'avvio del processo di cura: ha continuato a giocare la schedina una volta la settimana e a scommettere sul campionato di calcio, o in occasione di partite di importanti. Questa condotta di gioco è andata scemando con il trascorrere del tempo: dapprima ha smesso di scommettere sulle partite di calcio in occasione della sospensione del campionato (e non ha più ripreso con il successivo), poi ha ridotto il numero delle schedine o delle puntate giocate. Il gioco era per lui associato alle sensazioni positive date alle scariche di adrenalina.

Riconosce che l'impegno nel riconquistare la fiducia della madre o nel dimostrare il proprio valore di padre hanno distolto l'attenzione e l'investimento di energie sul gioco; l'assunzione delle proprie responsabilità come uomo, padre e giocatore d'azzardo patologico l'hanno spronato a mettere in atto comportamenti positivi. L'aver parlato con la madre, l'aver spiegato ai propri familiari che il gioco è una vera e propria malattia, ha contribuito a creare intorno a lui una rete di persone capaci di supporto fattivo e non eccessivamente giudicanti in occasione delle ricadute. Tuttavia, comprende l'atteggiamento di sfiducia che spesso caratterizza i parenti dei giocatori, poco inclini a credere ai racconti dei propri congiunti dopo le molte menzogne raccontate per coprire il comportamento gioco; ma è molto restio a credere che il rapporto di stima sia compromesso per sempre: se il giocatore deve sì dimostrare di essere cambiato, i familiari, a fronte del cambiamento, devono accordare di nuovo la loro fiducia.

A. ha dimostrato di saper accettare che il proprio percorso di cura non sarebbe stato immediato, ma che avrebbe richiesto un intervallo di tempo

piuttosto lungo. Dai suoi racconti emerge che non ha messo in atto strategie particolarmente creative ed originali nel tentativo di contenere o sostituire il comportamento di gioco con altro. Sembra, piuttosto, che si sia basato sul “criterio del piacere”: si è dedicato ad attività piacevoli quando ne aveva voglia, recuperando così, senza eccessive forzature, alcune dimensioni soddisfacenti della sua vita antecedente al gioco patologico.

Considerazioni sul caso

Il percorso di A. non è ancora concluso al momento della presente relazione, anche se l’atteggiamento del paziente all’interno del gruppo è molto cambiato: pur non perdendo una parola o uno scambio tra i partecipanti, mostra un apparente disinteresse per quanto accade in gruppo (tanto che trascorre buona parte della seduta con il telefono in mano ed è seduto in maniera scomposta). Al momento stiamo lavorando con lui sulla possibilità che termini il suo percorso in occasione della chiusura di questa edizione del gruppo, rendendo esplicito a livello verbale quanto già sta “dicendo” il suo corpo. Egli afferma di avere paura all’idea di uscire dal gruppo, perché sente che sarebbe più solo nell’affrontare le difficoltà, teme che potrebbe avere delle ricadute nel momento in cui il suo impegno rispetto al gruppo viene a mancare; ma riteniamo che i tempi siano maturi perché compia questo ulteriore passo nel suo cammino. Il gioco d’azzardo infatti non è più un comportamento persistente, ricorrente e mal adattivo, che compromette in modo significativo le attività personali, familiari e lavorative.

A. ha dimostrato di saper attivare intorno a sé una rete di relazioni di aiuto che lo sostengano nel percorso di cura; ha una forte motivazione a interrompere la condotta di gioco ed è in grado di compiere delle riflessioni accurate sui propri pensieri e sentimenti ad esso connessi. Un altro elemento che ha contribuito a raggiungere un esito positivo è la giovane età: A. sente di avere ancora la possibilità di fare progetti costruttivi che realizzino la sua vita a livello personale e relazionale. Riteniamo che tutti questi siano dei punti di forza che gli hanno permesso di affrontare le difficoltà del percorso di cura e che lo aiuteranno in futuro.

La psicoeducazione, svolta all’inizio del suo percorso, lo ha aiutato ad acquisire una maggiore consapevolezza sul suo comportamento di gioco, lo ha aiutato a focalizzare le conseguenze negative che esso ha avuto sulla sua vita, sia lavorativa che familiare e relazionale, e a prendere consapevolezza delle caratteristiche di questo tipo di dipendenza e delle sue manifestazioni (pensiero magico, illusione del controllo).

È a questo punto che si è innestato il percorso di gruppo, che si è dimostrato una occasione per continuare la riflessione sulle tematiche emerse in seno alla psicoeducazione, oltre che luogo in cui ha potuto nuovamente sperimentare di essere anche altro, oltre che un giocatore patologico.

Caso clinico che ha avuto un esito negativo

T. è un uomo di 42 anni, lavora come operaio e gioca principalmente alle slot machines presenti nei bar.

È entrato nel gruppo dopo aver compiuto il percorso di psicoeducazione con l'Assistente Sociale del SerT che lo ha in carico. Il percorso gli ha permesso di avere una certa consapevolezza del fatto che il gioco d'azzardo è una patologia e l'ha aiutato a vedere le conseguenze dannose che il comportamento di gioco ha avuto sulla gestione della sua vita.

Egli presentava delle difficoltà nella regolazione del tono dell'Umore, alternando periodi caratterizzati da forme depressive a periodi simili a fasi maniacali. Per questo motivo era in cura presso lo psichiatra, che gli ha prescritto dei farmaci, che però assumeva in modo discontinuo minando così l'efficacia della terapia. Questi sbalzi nel tono dell'Umore si riflettevano anche sulla sua partecipazione, o meno, al gruppo e sui suoi interventi in seno al gruppo stesso. Nei momenti di maggiore difficoltà, spesse volte associati a un basso tono umorale, diradava la partecipazione al gruppo; in quei frangenti il comportamento di gioco era accentuato e si intensificava soprattutto nei fine settimana, quando l'attività lavorativa era sospesa e dunque aveva a disposizione una maggiore quantità di tempo da dover organizzare in autonomia. Superate tali fasi, spesso tornava in gruppo con una forte carica di rabbia, alimentata da alcune ingiustizie che, a suo avviso, il capo reparto aveva attuato nei suoi confronti. Non era semplice contenerlo perché non era in grado di compiere un esame di realtà accurato, che gli consentisse di discernere la sua parte di responsabilità nel contrasto con il responsabile, o quanto meno che lo aiutasse a prevedere le possibili conseguenze delle azioni estreme che minacciava di compiere per vendicare l'ingiustizia subita (ad esempio, minacciava di picchiare, cogliendolo di sorpresa, il capo). Altre volte, invece, partecipava con un atteggiamento mesto, molto rattristato per aver giocato alle slot tutti i suoi soldi e chiedendone in prestito quando non ne aveva più. In quei frangenti era più propenso ad ascoltare i consigli delle terapeute, che lo invitavano a mantenere i contatti con l'A.S. del SerT di riferimento, in modo tale che ci fosse coordinazione e cooperazione tra i vari servizi ed operatori perché questo lo avrebbe aiutato nel percorso di cura, attenuando la sensazione di confusione che spesso lo caratterizzava circa la rete di interventi.

T. ha una rete relazionale molto scarsa, non ha alcuna relazione affettiva stabile, e la famiglia è quasi inesistente: non lo supporta né sostiene nel percorso di cura. La madre sembra essere l'unica interlocutrice con cui ha ancora degli scambi; mentre il padre è assente. Nell'arco di tempo in cui ha partecipato al gruppo ha deciso di uscire di casa, dove era tornato in seguito ad una esperienza di convivenza fallita, e per alcune settimane ha vissuto nella sua automobile perché l'appartamento offertogli dall'associazione presso cui è volontario non era ancora libero.

Ciò testimonia la scarsa capacità di T. a prendersi cura di se stesso, che si rifletteva anche nell'incapacità a gestire in autonomia il proprio denaro, tanto che ha fatto richiesta per l'amministrazione di sostegno.

T., tuttavia, ha faticato a destreggiarsi tra gli operatori, relazionandosi con essi nei termini di maggior utilità e minimo sforzo. E' stato questo il caso del primo drop-out del gruppo, aggravato anche da una situazione di amministrazione di sostegno non particolarmente fluida a livello burocratico.

Considerazioni sul caso

Riteniamo che il caso di T. abbia avuto un esito negativo perché il paziente non è stato in grado, in primo luogo, di partecipare con continuità al gruppo e non ha saputo comunque mantenere dei contatti positivi con gli operatori del SerT di riferimento. La modalità di fruizione delle risorse messe in rete per sostenerlo nel percorso di cura era decisamente utilitaristica: sulla base dell'urgenza e delle difficoltà contingenti chiamava gli operatori per avere un aiuto. Spesso le richieste non erano adeguate rispetto al professionista contattato o alla problematica presentata; non sempre accettava di buon grado i consigli che gli venivano dati su come gestire le difficoltà, soprattutto se questi ammonimenti erano volti a contenere la sua rabbia e quindi in contrasto apparente con il suo bisogno di compiere degli agiti: ciò può essere anche indice di una compromessa capacità di lettura della realtà e dei suoi significati.

Inoltre, al momento dell'uscita dal gruppo (che è conciso con l'indicazione di contattare l'A.S. per pianificare un intervento commisurato sulla sua persona e le sue difficoltà), il gioco d'azzardo era ancora un comportamento persistente, ricorrente e mal adattivo, che comprometteva in buona parte le attività personali, familiari e lavorative.

T. è un uomo con difficoltà relazionali e i psicologiche che non sono attribuibili al solo comportamento di gioco, che è forse più una conseguenza, e non la causa, dei suoi problemi. Nella nostra ipotesi il comportamento di gioco sortiva l'effetto di permettergli di sfuggire i problemi e alleviare un umore depresso. I suoi tentativi di controllare, diminuire o interrompere il comportamento di gioco sono risultati vani e poco creativi; pertanto il gioco patologico è ancora una componente massiccia della sua vita.

Caso clinico che sta ottenendo un esito dubbio

F. è un uomo di 50 anni, impiegato come agente di polizia locale, con una storia di gioco lunga più di 10 anni; egli gioca principalmente alle slot machines dei casinò, ma non esclude altre forme di gioco d'azzardo. Vive da solo e non ha una relazione affettiva stabile: ha delle storie con donne già impegnate in altre legami duraturi. Questa condizione sembra funzionale al suo desiderio di non impegnarsi in relazioni troppo intime, che richiedano un suo effettivo coinvolgimento ed impegno.

Ha avuto una precedente esperienza di gruppo in Giocatori Anonimi, ma ha abbandonato questo tipo di percorso perché non lo riteneva un sostegno funzionale al suo processo di cura, non condivideva più i principi ispiratori del gruppo stesso e mal sopportava le dinamiche interne ad esso.

F. è un uomo molto intelligente, che ha saputo re-inventarsi più volte nel corso della sua vita lavorativa. Iniziò, giovanissimo, occupandosi di una edicola sita in una stazione della metropolitana; raggiunta una buona stabilità economica investì il capitale in un paio di bar in centro città. Questa seconda attività era molto remunerativa. Visti gli esiti positivi, decise di aprire altri locali, ma in quello stesso periodo scoppiò il caso di "mani pulite" e ciò influì in modo negativo sulla sua attività commerciale: non fu più in grado di far

fronte alla condizione debitoria che aveva creato per ampliare la propria attività commerciale. Vendette dei terreni, intestò i fratelli di alcune altre proprietà e in questo modo è riuscito, recentemente, a saldare la condizione debitoria. Successivamente ha svolto alcuni lavori occasionali a tempo determinato, fino a sostenere il concorso per diventare agente di polizia locale: occupazione che gli avrebbe consentito di avere un fisso mensile cui fare affidamento.

È in seguito al naufragio dell'attività dei bar che ha iniziato a giocare in modo consistente nei casinò. F. gioca cifre considerevoli, che non possiede in prima persona e ciò lo ha portato ad avere una condizione fortemente debitoria sia nei confronti delle banche che nei confronti di amici e familiari. Nel primo caso è insolvente e ciò non lo preoccupa affatto, mentre non gradisce l'essere in debito con persone care: spesso gioca con lo scopo, apparente, di ottenere il denaro per risarcire i debiti. Fatica ad astenersi dal gioco, anche se durante quando era membro di G.A. si è astenuto per due anni. Sebbene abbia una buona capacità di comprensione delle conseguenze del gioco sulla sua vita e sulle sue relazioni, non riesce a trovare la motivazione al cambiamento: non riesce a capire quali siano i bisogni che il gioco soddisfa in lui. Più volte ha ammesso che gli piace molto giocare, che non ha alcuna remora nel farlo e che spesso il gioco viene prima dei suoi bisogni fisiologici primari. L'unica condizione che sembra arginare in parte la condotta di gioco è la perdita di soldi sottratti ad amici e familiari: ciò lo prostra e abbassa il tono del suo umore, ma è anche consapevole che è una condizione transitoria, perché una volta trovata la modalità di restituire il denaro, riprende a giocare come e più di prima. Ad oggi percepisce solo un quinto del suo stipendio, perché il resto della somma è impegnata per sanare prestiti e debiti contratti, e ciò lo pone in una condizione di rischio, perché deve trovare sempre nuovi modi per mettere insieme le cifre che gli permettano di giocare nei casinò. Non ha mai fatto cenno alla possibilità di auto diffida da essi, a conferma della sua intenzione a non limitare o interrompere di fatto il gioco d'azzardo.

Considerazioni sul caso

Riteniamo che il caso di F. stia ottenendo un esito dubbio perché a fronte delle reali capacità cognitive del paziente, del buon livello di consapevolezza che dimostra di avere circa le conseguenze del gioco d'azzardo, non è sempre in grado di fare una lettura introspettiva dei propri vissuti ed emozioni connessi al gioco. L'impressione, ancora da confermare, è che il gioco rifletta uno stile di comportamento e relazionale che F. attua in tutti gli ambiti della sua vita. L'ipotesi si basa in parte sulla riflessione sulla sua vita lavorativa: come giovane imprenditore ha investito più capitale di quanto poteva permettersi, non accontentandosi di una situazione economica già molto vantaggiosa, soprattutto se rapportata alla giovane età; nelle relazioni amorose sembra mettere in atto lo stesso comportamento di quando gioca: agisce l'impulso con lo scopo di ottenere una gratificazione immediata, ma non si coinvolge emotivamente. L'ipotesi è dunque che abbia bisogno di mettersi in condizioni di rischio, per avere alti livelli di attivazione adrenalinica e che ricerchi attività che gli permettano di ottenere una gratificazione immediata.

Pertanto, a fronte di buone risorse potenziali, di fatto non mette in atto quelle misure cautelative che sono utili ai giocatori per contenere gli effetti negativi del gioco: non ha una amministrazione controllata e non fa riferimento in modo continuativo ad un servizio che coordini gli interventi in un'ottica di rete.

Il gioco d'azzardo è ancora un comportamento persistente, ricorrente e mal adattivo, che compromette in buona parte le attività personali, familiari e lavorative.

I suoi tentativi di controllare, diminuire o interrompere il comportamento di gioco sono risultati vani e poco creativi; pertanto il gioco patologico è ancora una componente massiccia della sua vita.

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

- Attenzione alla dimensione del controllo.
- Tenacia anche di fronte alla negazione del gioco e soprattutto alla cronicità dell'attività di dipendenza.
- Necessità di un processo di ipotizzazione relazionale che connetta le varie esperienze e costruisca un terreno comune su cui lavorare.
- Importanza del setting.

SECONDA PARTE

Riflessioni dal Simposio



Silvia Cabrini

INDICATORI DI ESITO



Di seguito si cercherà di riassumere alcune delle considerazioni emerse dal lavoro in gruppo procedendo per punti, certi che molte affermazioni sono riformulazioni azzardate di quanto ascoltato e condiviso, e altre ancora sono mancanti, perché dimenticate nella penna usata per prendere appunti.

Casi positivi

Il sottogruppo che ha lavorato sull'analisi dei casi positivi⁹ ha trovato non poche difficoltà a definire cosa si potesse considerare un “caso con esito positivo”.

Tale definizione ha a che vedere con gli obiettivi della terapia oltre che con le premesse dell'operatore stesso e i modelli teorici di riferimento cui si ispira.

In altre parole, parte della difficoltà a definire positivo un caso è legata all'idea di “positivo” sia del terapeuta che del giocatore stesso.

Se sono diversi i modelli di riferimento sulla patologia del GAP, conseguentemente saranno diversi gli indicatori di esito.



Alcuni partecipanti al sottogruppo di lavoro sugli esiti positivi:
da sinistra, M. Tadini, R. Smaniotto e U. Caroni.

Una prima questione riguarda la **remissione del sintomo “gioco”** e la consapevolezza condivisa da molti che l'astinenza dal gioco - sebbene sia un passaggio importante, per taluni persino determinante, ai fini della stessa possibilità di lavorare con pazienti gambling-free – probabilmente non può essere ritenuta “indicatore positivo” a se stante.

⁹ Il Gruppo di Studio dei casi con esito positivo era composto da 10 persone, così rappresentate:

Tutor: Roberta SMANIOTTO. Partecipanti: Giovanna Puntellini; Mariapaola Tadini; Matteo Zanon; Umberto Caroni; Silvia Cabrini; Deborah Boni; Amelia Fiorin; Stefano Cezza; Claudio Queirolo.

Genere: 4 maschi e 6 femmine

Provenienza: 4 Lombardia, 2 Emilia, 1 Piemonte, 2 Veneto, 1 Liguria

Professione: 7 psicologi, 1 medico e 2 figure socio-educative

Tipologia di gruppo condotto: 9 gruppi terapeutici e 1 di auto aiuto;

6 gruppi per soli giocatori, 4 per giocatori e familiari; 1 per soli familiari

Cioè, essa da sola non parrebbe bastare a far considerare “riuscito” un trattamento e altre sono le aree vitali da prendere in considerazione per dichiarare positivo l’esito.

Di alcune di queste aree si accennerà in seguito.

E’ vero anche però che valutare un successo o un fallimento non può prescindere dalle risorse del paziente (oltre che come si diceva dagli obiettivi che esso si pone). E abbiamo constatato che di giocatori ve ne è una variegatissima gamma (è dunque opportuna la domanda relativa a che tipo di giocatore abbiamo davanti: è probabile ad esempio, che i giocatori che arrivano in ambulatorio siano diversi da quelli che arrivano in Comunità Terapeutica).

Per taluni pazienti la “**sospensione del gioco**” (termine che pareva più adeguato da utilizzarsi in terapia e meno “intimorente” rispetto alla parola “astinenza” che porta con se una connotazione non neutra) può essere ardua da conseguire nonostante questi si sforzino spesso onestamente di raggiungerla (in questi casi altri saranno i parametri da adottarsi e gli obiettivi realistici da porsi).

Oppure la sospensione del gioco che si presenta in taluni pazienti **senza altri cambiamenti nello stile di vita** – che per varie ragioni il paziente non è in grado di attuare – è di certo almeno una riduzione del danno: sospendere il gioco, anche temporaneamente sebbene con la possibilità che sia in modo non duraturo, fa sì che in termini pratici almeno sia temporaneamente sospesa la spesa incontrollata di denaro e non amplificato il danno economico in cui il giocatore continuerebbe ad incorrere proseguendo a giocare.

Il rischio tuttavia in questi casi parrebbe in agguato proprio perché la sospensione dell’attività di gioco non vuol dire avere smesso di giocare, e proprio perché è l’unico cambiamento occorso in un contesto immobile. Inoltre, se parrebbe esserci temporanea riduzione del danno economico ciò potrebbe non essere altrettanto vero per quel che riguarda il danno relazionale che dalle recidive risulta sempre piuttosto incrementato.

Non è raro il permanere di pensieri erronei o illusioni di vincita anche in pazienti che sono in una fase di sospensione, fino ad arrivare a intrusioni dell’inconscio ad esempio quando permangono sogni in cui il giocatore astinente si vede coinvolto in attività di gioco.

Interessante contributo deriva dal porsi l’obiettivo di **formulare una più raffinata diagnosi** di ciascun comportamento di gioco e di ciascun giocatore anche ai fini della valutazione prognostica della sospensione del gioco.

Se è rintracciabile in un certo giocatore un gioco patologico che esprime un disturbo del controllo degli impulsi o un disturbo ossessivo allora probabilmente sarà sufficiente lavorare per raggiungere il contenimento del sintomo (così come per altri analoghi disturbi del controllo degli impulsi e ossessivi).

Se invece un certo giocatore esprime un gioco patologico in maniera assimilabile ad un disturbo di dipendenza allora non sarà sufficiente il contenimento del sintomo, così come non lo è nelle dipendenze da sostanze, ma andrà perseguito un cambiamento nello stile di vita e relazionale.

Quali strumenti per distinguere queste due classi di pazienti giocatori, così diverse tra loro? L'argomento di una buona diagnosi è ricorso più volte nelle giornate del simposio e sarà oggetto del prossimo scambio da effettuarsi sempre con lo stesso metodo didattico.

Peraltro, anche la **determinazione del lasso temporale di "non gioco"** valutabile come indicatore positivo non ha trovato i convenuti concordi su un minimo comune denominatore (cioè la domanda "da quanto tempo il giocatore deve avere sospeso l'attività di gioco?" è rimasta senza risposta).

Inoltre, gli operatori presenti portavano la domanda relativa a quale dovesse essere **l'oggetto dell'astensione** affinché questo fosse un utile criterio di positività del trattamento. In una società che sempre più promuove giochi d'azzardo leciti a bassa soglia è utile o realistico o indispensabile proporre l'astensione da ogni forma di azzardo? O ci si può o deve riferire in particolare al gioco o ai giochi in merito ai quali i pazienti hanno perso il controllo?

Tutti hanno concordato che un fattore prognostico favorevole è **l'assenza di comorbidità**. Ci si riferisce alla coesistenza di più patologie (non necessariamente psichiatriche). Cioè, parrebbero avere migliore esito quei casi in cui al gioco d'azzardo non sia associata nessuna qualsiasi altra patologia.

Un obiettivo considerato importante da tutti è quello del recupero di una dignitosa **qualità della vita**. Qui la definizione è risultata più problematica: cosa intendiamo per qualità della vita? Giocano molto le premesse degli operatori.

Si è cercato dunque di tracciare alcune aree da tenere in considerazione.

L'area della progettualità, che presuppone la valutazione della motivazione del giocatore a progettarsi e la sua capacità a farlo. L'incapacità a progettare e progettarsi è conseguenza o predisponente all'insorgenza del GAP?

Due sono le aree in cui la riprogettazione parrebbe importante indicatore di esito positivo: da un lato, quella atta a recuperare una migliore qualità della vita in generale; dall'altra l'area delle relazioni. Spesso il giocatore arriva con poche relazioni, frequentemente strumentali, e può essere indicatore di esito positivo di un percorso di cura la costruzione di relazioni, anche poche ma sincere. Uno strumento suggerito è quello che è stato chiamato la "Mappa delle rete relazionale" all'ingresso e alla fine del trattamento.

L'area della **riappropriazione del valore del denaro**, assai delicata perché mette in gioco ancora una volta le premesse degli operatori: in altre parole,

anche gli operatori devono capire cosa il denaro susciti in loro per poter accompagnare il giocatore nel percorso. In genere, sia il giocatore che i familiari danno poco valore al denaro. Sono relazioni complesse che appartengono a tutti.

Si è poi segnalato il non raro caso in cui si assiste a miglioramenti funzionali con esiti non negativi: in altre parole, il miglioramento della stile di vita non sempre coincide con benessere del paziente. Ciò ha introdotto la discussione sul **concetto di piacere**, area importante per i giocatori: si è constatato come essi non riescano a trovare pari piacere in altre attività o situazioni. Se da un lato un piacere così non lo troveranno mai (e dunque valuteremmo come esito positivo l'elaborazione di un lutto, di una perdita, la perdita della possibilità di poter giocare ancora, consapevolezza che rischia di innescare vissuti depressivi o melanconici), dall'altro lato è elemento di valutazione favorevole il raggiungimento della consapevolezza di come il piacere sia stato *solo una parte* della propria storia di gioco. Quando il giocatore ha rimesso insieme la parte di piacere con la parte di dis-piacere data dal gioco sarà allora egli stesso a poter scegliere attività piacevoli ma viste nell'interesse. Tuttavia anche ciò va osservato con cautela: infatti l'ingaggiarsi in una attività sostitutiva, la concentrazione sul fare, lo sperimentare piacere/rischio spostando su altre attività senza in parallelo lavorare sulla attivazione delle risorse del giocatore rischia di portare nuovamente fuori strada. In altre parole, non può esserci obiettivo sostitutivo nello stesso ambito. Ciò che veramente parrebbe indicatore di esito positivo è la raggiunta consapevolezza che egli può vivere la vita senza momenti di evasione che permettono di continuare.

Se ciò è vero per quel che è indicato fuori dal **setting terapeutico**, ancor più lo è per la terapia: essa non deve e non può configurarsi come un progetto "compulsivo" ma che aiuti piuttosto a "stare nel vuoto" per cominciare a costruire (non meramente limitandosi a riempire gli spazi lasciati vuoti dal gioco o già vuoti anche prima del gioco).

La **questione del "vuoto"** ha portato ad importanti considerazioni.

A questo riguardo una riflessione clinica può essere fatta utilizzando la classificazione di Blaszcinski: il mondo interno ed esterno di un giocatore di tipo 1 precedentemente l'insorgenza del GAP può essere considerato "pieno". In questi pazienti, porsi l'obiettivo terapeutico di riempire il vuoto lasciato dal GAP può risultare appropriato. La comprensione di cosa ha consentito lo scivolamento pre GAP da un pieno adattivo ad un pieno disadattivo (eventi traumatici, cambiamenti di stili di vita, ecc.) consente al paziente di tipo 1 di mentalizzare, emotivizzare, ed accedere ad un nuovo passaggio più funzionale che include l'abbandono di comportamenti di gioco attraverso un "nuovo pieno". Viceversa, i pazienti di tipo 3 configurano vuoti preesistenti al GAP, che quindi a lato del suo innegabile valore disadattivo ha anche una valenza

drammaticamente funzionale. Il GAP per questi pazienti spesso riempie un vuoto strutturale e rimuovere il comportamento di gioco restituisce al paziente inesorabilmente un reingresso in tale sgradevole dimensione.

Altri indicatori emersi dal dibattito riguardano l'idea condivisa che sia necessaria **l'alleanza terapeutica**. Come questa sia declinata è a dipendenza delle premesse degli operatori. Per molti, elemento essenziale è che alla base vi sia costanza nella presenza.

Dall'analisi dei fattori comuni alla patologia passaggi importanti da trattare in seno ad un gruppo per giocatori e familiari sono risultati i seguenti:

- Astinenza: come già evidenziato può diventare controllo o remissione del sintomo
- capacità del giocatore di anticipare la situazione a rischio (potenziamento del livello di consapevolezza)
- capacità di coinvolgimento dei familiari (in particolare quando il sintomo è funzionale al sistema)
- questione del denaro: assunzione di responsabilità rispetto questo aspetto.

Di particolare interesse le considerazioni circa i **trattamenti residenziali**. Per le dipendenze da sostanze gli inserimenti in Comunità Terapeutica a lungo sono stati considerati "ultima spiaggia". L'accezione data al trattamento residenziale per giocatori è invece quella del "ricovero di bonifica", quello cioè che può consentire di "non essere immersi nella tossicità" derivante dal continuare a giocare e quindi "finalizzato alla scelta". Per questo può essere anche iniziale nell'organizzazione di una sequenza di trattamenti, per garantire la sospensione dal gioco che consente una visuale più ampia su di sé e sul proprio futuro.

Sono rimaste molte **domande aperte** anche a causa del fatto che non è netta la demarcazione che si è riusciti a tracciare circa indicatori di esito positivo certi, univoci e univocamente condivisi: ad esempio, quando si scandisce una dimissione? Oppure, perché viene al gruppo anche dopo cinque anni di astinenza?

Casi negativi

Il gruppo di lavoro che si è occupato di questo aspetto¹⁰ è partito dalla considerazione che la mancata comprensione di quali indicatori ci dicono **prima** che quel trattamento non funzionerà diviene frustrante per l'operatore e per il paziente.



Il sottogruppo "Indicatori di esito negativo" al lavoro.

Da sinistra, L. Giachero (di spalle), A. Biganzoli, S. Fraccaro, I. Stimamiglio e E. Pellegrini.

Anche in questo caso, il gruppo evidenzia domande e stimoli aperti e raggruppa a temi possibili indicatori di esito negativo.

La **mancanza di gestione economica controllata** può configurarsi come indicatore di esito negativo di un trattamento, dal momento che si è osservato come spesso l'accesso al denaro funga da richiamo per proseguire o ritornare al gioco.

Varie sono le situazioni predisponenti a questa circostanza sfavorevole che può accadere a causa di:

¹⁰ Il Gruppo di Studio dei casi con esito negativo contava 10 componenti.

Tutor: Angela BIGANZOLI; Partecipanti: Valeria Locati, Maurizio Avanzi, Lucia Giustina, Eleonora Pellegrini, Luca Giachero, Ivana Stimamiglio, Simonetta Fraccaro, Manuela Persi, Giorgia Bogoni.

Genere: 2 maschi e 8 femmine

Provenienza: 2 Lombardia, 2 Emilia, 2 Piemonte, 4 Veneto

Professione: 7 psicologi, 1 medico e 2 figure socio-educative

Tipologia di gruppo condotto: 8 gruppi terapeutici e 2 di auto aiuto;

6 gruppi per soli giocatori, 3 per giocatori e familiari; 2 per soli familiari

- famiglia assente o patologica: nel primo caso, il giocatore può non avere affatto una rete di riferimento o può scegliere di non coinvolgere la sua rete familiare; nel secondo caso, la rete è presente però si rivela inadeguata ad occuparsi della gestione economica del giocatore (ad esempio, perché affetta da problemi di gioco a propria volta, o da altre dipendenze, o da problemi psichici di altra natura, o perché vittima di relazioni violente con il giocatore, oppure perché parte del sistema di gioco essa stessa e avvantaggiata dal mantenimento del sintomo “gioco”, cosa che darà luogo ad atteggiamenti ambivalenti come “messe alla prova del giocatore” precoci e non concordate col terapeuta)
- mancanza di motivazione del giocatore al controllo economico, associata alla sua convinzione spesso erronea di poter controllare la sua impulsività (cosa che denota scarsa consapevolezza del suo funzionamento emotivo e cognitivo)
- entrate “in nero” poco controllabili (che si configurano come “sacche” di rischio di cui solo il giocatore è al corrente).

La selezione della **figura di riferimento che attua il controllo economico** è particolarmente delicata. L’esperienza clinica ha dimostrato come la scelta del familiare che si occupa del controllo economico sia comunque elemento di criticità. Oltre a quanto già esposto, il gruppo ha fatto riferimento alla frequente occorrenza di famiglie svalutanti che finiscono per essere rinforzo di dinamiche disfunzionali piuttosto che supporto al trattamento. E’ opportuna una accurata valutazione di questo aspetto (struttura della relazione familiare-giocatore) senza dare per scontato che sia “risorsa”. La diagnosi relazionale può evidenziare la necessità di lavorare al cambiamento di tali dinamiche prima di affidare ruoli delicati come il controllo economico di un congiunto; in ultima analisi, è meglio scegliere un familiare non adatto? O meglio non scegliere un familiare se non adatto? O che tipo di lavoro terapeutico è opportuno che il familiare compia al fine di assumere questo ruolo? Il ruolo di controllo economico da parte del familiare può dunque in taluni casi divenire un obiettivo del trattamento, piuttosto che un dato di partenza.

Più in generale, l’**assenza di supporto al percorso di cura** è stato evidenziato essere un elemento di fragilità per la riuscita del trattamento anche se, come nella sfera del supporto alla gestione economica, anche più in generale permanevano dubbi se è meglio essere soli che ... male accompagnati, (cosa che accade quando le famiglie hanno le caratteristiche già sopra evidenziate). In altri termini, ci si chiede se a volte avere riferimenti “zavorre” sia persino peggio che non averne affatto. E quindi, l’assenza di familiari e riferimenti nel percorso di cura sia da valutarsi come elemento sfavorevole da caso a caso,

anche se è evidente che un buon riferimento è d'aiuto alla prosecuzione del trattamento.

Un altro indicatore sfavorevole è la **discontinuità nel percorso di cura**. Assenze, ritardi e mancanza di costanza nella partecipazione al gruppo (qualsiasi ne sia la motivazione) ostacolano la possibilità di fruire del percorso di trattamento e a cascata incidono sulla possibilità di cambiamento.

Per questo vanno guardati con grande attenzione e mai lasciati "correre". Ogni gruppo avrà sue norme a riguardo (abbiamo constatato come si può andare dalla "tolleranza zero" alla tolleranza massima). Tuttavia si ritiene necessario osservare questo dato, e utilizzarlo (ciascuno secondo la propria cornice di riferimento).

Anche quando il paziente ha una **storia di pluritrattamenti fallimentari** parrebbe difficoltoso prevedere un esito positivo del trattamento. La prima domanda che ci si pone è cosa vuol dire questa storia di reiterati fallimenti terapeutici? Di che tipo di fallimenti stiamo parlando? E come consideriamo questo elemento della loro storia? Ciò suggerisce una attenzione nell'indagine anamnestica su questo aspetto prima di inserire un giocatore nel gruppo.

Conseguentemente **l'assenza di una accurata analisi della domanda** (anamnesi e percorsi pregressi, adeguata diagnosi psicologica e psichiatrica, "il trattamento giusto al momento giusto") si configura come elemento di rischio di esito negativo nel trattamento. Gli elementi cui prestare particolare attenzione sono almeno a due livelli: il match trattamento/paziente è errato (il gruppo in generale è la risposta terapeutica più idonea per quel paziente? E in particolare, lo è quel tipo di gruppo? Oppure per le caratteristiche di quel paziente il gruppo o quel gruppo non è indicato? O magari il gruppo è stato considerato per la cura essendo l'unica risorsa disponibile?) oppure il timing è errato (l'intervento di gruppo, sebbene opportuno, è stato pianificato al momento più opportuno nella sequenza dei trattamenti per quel paziente?).

Un altro elemento prognostico sfavorevole è la **difficoltà a modificare il proprio stile di vita** in senso lato. Alcuni comportamenti relativi in particolare allo stile di vita relativo alle abitudini di gioco sono campanelli d'allarme cui prestare attenzione (anche se la modifica degli stili di vita naturalmente non può e non è sufficiente che riguardi solo l'area gioco). Lo vediamo spesso in terapia quando il giocatore si ostina ad esempio a frequentare i luoghi di gioco in una sorta di "sfida con se stesso". Oppure quando mente in modo reiterato relativamente ad altri ambiti (correlati o meno al gioco, ad esempio, i debiti, l'organizzazione del budget e delle spese, o altro), o quando assume atteggiamenti di sfida in altri ambiti.

Ai terapeuti sovente è evidente la presenza di queste modalità. Ma ci si chiede: se ancora non cambia stile di vita significa che è troppo presto (ci vorrà del tempo, e dunque anche questi devono divenire focus di attenzione del trattamento) o significa che è in stallo (cioè, che nonostante gli sforzi terapeutici tali comportamenti proseguono immutabili nel tempo)?

L'**abuso attuale o pregresso di sostanze** (trattato o non) è risultato elemento condiviso di complessità.

La **durata della storia di gioco** è stata oggetto di ampia riflessione: in particolare, una lunga storia di gioco è da considerarsi indicatore di esito negativo? Ci si è domandati se essa proprio perché così perdurante finisca col sovrapporsi alla stessa identità della persona – giocatore. L'analisi di casi clinici di età elevata (60 – 70 anni) e lunga storia di gioco alle spalle (anche 40 anni e oltre), ma anche l'analisi di casi di “nuovi giocatori” che arrivano giovani (ad esempio, trentacinquenni) ma che giocano già da 15 anni, dà spunto per considerare questo come un criterio da approfondire in futuro.

L'analisi della **co-dipendenza** ha portato il gruppo a chiedersi se sia possibile tracciare diversi livelli di gravità di co-dipendenza, e a quali di questi livelli la prognosi maggiormente rischi di divenire infausta.

Un indicatore prognostico negativo parrebbe essere il persistere di **difficoltà relazionale affettiva “adulta”**. Ci si riferisce qui a quei casi in cui sono presenti rapporti familiari e amicali supportivi, ma mancano relazioni di coppia, che nell'esperienza del gruppo di lavoro pone ai pazienti il fronteggiamento di un vuoto insopportabile.

Anche il gruppo che ha lavorato sugli indicatori di esito negativo si è scontrato con la questione dell'**astinenza**. La domanda che il gruppo si è posto è la seguente: l'incapacità a mantenere l'astinenza è un utile criterio da inserire ai fini della valutazione di esito?

Anche in questo caso ci si è soffermati sulla scelta del termine da utilizzare con i pazienti in relazione a questo tema. Concordemente a quanto elaborato dal gruppo precedente, “astinenza” è parola che richiama la “morte della voglia di giocare”, mentre “sospensione” parrebbe essere meno spaventoso e creare meno resistenza.

Le riflessioni emerse relativamente al tema della “sospensione” del gioco attengono la gestione clinica e conduzione del gruppo: la presenza nel gruppo di giocatori “attivi” favorisce la creazione di alleanze tra questo sottogruppo di pazienti; non sempre è possibile rilevarle (può essere un'alleanza esplicita ma può essere anche implicita); comunque sia, se presente è un'alleanza

negativa, che si configura come elemento che va “contro” il gruppo. Il rischio è che il gruppo stesso in simili situazioni possa trasformarsi da “luogo di cura” a “luogo di incontro” (reiterando, piuttosto che smorzando, spirali che accrescono la voglia di giocare). Quindi la presenza in un gruppo di più giocatori che continuano a giocare va sempre osservata come elemento di attenzione terapeutica gruppale, e non solo individuale, per i risvolti che ciò può avere sul gruppo stesso.

A tal proposito è bene soffermarsi anche su alcune strategie gestionali atte a favorire ad esempio le **relazioni extra gruppo tra i partecipanti**. Ciò che viene apportato come dispositivo per far stare bene poi in realtà in talune circostanze può far saltare la cura (uso perverso del gruppo). E' quindi opportuno chiedersi che tipo di dinamiche quel particolare paziente instaurerà dentro e fuori dal gruppo.

Ciò apre la questione delle relazioni interne al gruppo, e anche in ultima analisi per quali pazienti quel particolare gruppo è utile.

La prima questione messa a tema è stata se – ai fini di tracciare ulteriori indicatori di esito negativo - è opportuna una **selezione dei pazienti** prima del gruppo oppure no.

Evidentemente a tale quesito non è possibile dare una risposta univoca, essendo che un gruppo selezionato ha alcune premesse e obiettivi e un gruppo non selezionato ha altre premesse e obiettivi. L'importanza sta per i conduttori avere chiarezza circa il livello del proprio gruppo, per fissare chiaramente e in modo non altalenante i criteri selettivi e gli obiettivi da perseguire. Un gruppo “di prima soglia” è ben diverso da un gruppo “ad alta soglia”!

In altre parole, la richiesta c'è stata: tuttavia bisogna vedere se la risposta è il gruppo e quel tipo specifico di gruppo. Il gruppo di lavoro complessivamente conveniva sul fatto che la diagnosi iniziale è utile per sapere a cosa ti vai ad esporre.

Evidenza clinica condivisa dai partecipanti riguarda ad esempio, la densità di inserire nello stesso gruppo persone con elevati livelli di complessità: se sono molti questa diventa condizione ingestibile per il gruppo, “prendono il controllo del gruppo”; viceversa, poche persone con diagnosi complessa possono persino fungere da traino positivo per tutto il gruppo. Ancora una volta, il processo deve essere governato dal conduttore.

Un ultimo indicatore di esito negativo è quando il gruppo, un paziente, un familiare o persino il conduttore si sofferma su questioni esterne. Sintetizziamo questa caratteristica con l'etichetta di “**locus of control esterno**”. Ciò accade ad esempio, quando il paziente comincia a dire è colpa

dello Stato. In questi casi è opportuna estrema attenzione perché sta accadendo qualcosa. A nostro avviso, parrebbe resistenza al proprio cambiamento e fatica ad assumersi la responsabilità del cambiamento. Lo stesso atteggiamento anche per il familiare.

Casi dubbi

Proprio per le tante domande che si era consapevoli sarebbero sorte sin dall'inizio del Simposio, si è consentito ad un gruppo di colleghi¹¹ di lavorare sugli indicatori di esito dubbio.

Inizialmente il gruppo ha esplicitato una serie di riflessioni relative alla natura dei casi dubbi.



Il sottogruppo sui casi dubbi al lavoro. Da sinistra, P. Dallago, D. Capitanucci, C. Forza, S. Celle, F. Devietti Goggia, e (di spalle) F. Rossi, V. Lo Nardo e F. Prever

In linea con quanto già evidenziato dai colleghi dei gruppi di studio precedenti la valutazione dei casi dubbi è diversa a seconda degli obiettivi che il terapeuta si pone: i gruppi a cui si può “assegnare” un paziente affetto da GAP sono diversi per soglia di trattamento (alta - i cosiddetti “gruppi di approfondimento”, media o bassa) e come già segnalato è necessario capire come assegnare i pazienti al gruppo più appropriato al fine di evitare errori in partenza.

Gli interventi relativi al GAP si contraddistinguono per un **alto grado di complessità**.

Risulta piuttosto complicato isolare tutte le variabili del trattamento.

¹¹ Il Gruppo di Studio dei casi con esito dubbio era rappresentato da 9 componenti.
Tutor: Daniela CAPITANUCCI; Partecipanti: Fulvia Prever, Stefano Oliva, Valeria Lo Nardo, Francesca Rossi, Federica Devietti Goggia, Caterina Forza, Simona Celle, Paolo Dallago.

Genere: 2 maschi e 7 femmine

Provenienza: 3 Lombardia, 1 Emilia, 2 Piemonte, 1 Veneto, 1 Liguria, 1 Trentino

Professione: 6 psicologi, 1 medico e 2 figure socio-educative

Tipologia di Gruppo condotto: 7 gruppi terapeutici e 2 di auto aiuto;

6 gruppi per soli giocatori, 3 per giocatori e familiari; 1 per soli familiari

La complessità della patologia stessa, la multi problematicità e la co-morbilità ad essa legata portano molto spesso gli operatori a trovarsi in disaccordo nel definire un intervento efficace.

Sembrerebbe necessaria una “**regia dell'intervento**”: nella perdita di direzione del paziente e della sua famiglia, è necessario che il terapeuta dia una direzione, che abbia una funzione contenitiva.

Se poi gli attori della rete terapeutica sono più d'uno anche questo aspetto, tuttavia va concordato in maniera chiara tra i vari agenti e con i pazienti, cercando di stabilire chi si incarica del compito e come dovrebbe svolgerlo.

Un elemento di **dubbio è connesso alla diagnosi stessa di GAP**. Non siamo sicuri che la diagnosi di GAP sia ad oggi una diagnosi del tutto certa. Che differenza c'è e come distinguere un “gioco problematico” da un “gioco patologico”? Ad esempio, un paziente arrivato presto in trattamento (cioè con un gioco patologico di breve periodo, magari inferiore a 6 mesi) può rientrare a pieno titolo nella diagnosi di GAP? Quindi, impostare un intervento terapeutico su una base diagnostica non certa può essere fonte di confusione.

Il **fattore “tempo terapeutico”** è un elemento dubbio: quell'atteggiamento del paziente e della famiglia tipo “sono astinente, sono guarito”, il “bruciare le tappe”, quella “fretta di scappare”, quella resistenza al pensiero che “sei astinente adesso, ma come dire che tra 10 minuti, quando esci dal gruppo, non giocherai”?

Il **fattore relazionale** è altro elemento di dubbio. Colpiva il gruppo come capita che si parli di persone intorno al giocatore in termini impersonali e distanti (ad esempio, “la bambina”, neppure “mia figlia” senza avere la pretesa di un nome).

Il gruppo ha in seguito identificato la presenza di **esito dubbio** rispetto ad un trattamento per GAP **quando**:

- esiste una percezione di autoefficacia sovrastimata (da parte del giocatore);
- vi è uno shift dal gioco d'azzardo ad altri giochi promossi come “sociali” e ricreativi, quando non persino di abilità o sportivi (es. poker, texas hold 'em);
- il giocatore ha smesso di attuare il comportamento compulsivo legato al gioco ma non ha cambiato nient'altro nelle sue relazioni, nella sua realtà, nella qualità complessiva della sua vita (sia “interna”/psicologica, sia “esterna”/sociale, familiare, relazionale in generale): è rigido, “cristallizzato”;

- giocatore e/o familiari del giocatore entrano in terapia con l'intenzione di non cambiare nulla (a parte, dicono, il gioco);
- il gioco si rivela essere in realtà funzione compensativa di un'identità che non c'è ("Non aprite quella porta!": quando cioè il sintomo è in realtà funzionale all'equilibrio della persona);
- conduttori, famiglia, giocatore, instaurano un falso se nelle relazioni gruppali le risorse emotive e cognitive del paziente e della sua famiglia sono limitate, con un rischio rispetto alla prognosi del caso;
- il paziente e/o la sua famiglia celano a loro stessi elementi importanti della situazione.

Tra le domande aperte, dubbi attuali:

- quali obiettivi è possibile porsi nel trattamento in gruppo con pazienti GAP in doppia diagnosi?
- Tolto il sintomo, cosa sarebbe quel paziente? Il gioco può essere considerato come una identità "compensativa" di una identità che non c'è?
- Che fare quando vi è una preponderanza di altri problemi rispetto a quello del gioco?
- Il gioco potrebbe essere "punta dell'iceberg" di situazioni compromesse più ampie?
- Come comprendere se per quel dato paziente la riduzione del gioco (e non sospensione) si configura come "riduzione del danno", cioè, quando è l'obiettivo massimo possibile e contemporaneamente minimo raggiungibile?
- Come si può lavorare con i pazienti in fase attiva?

SUGGERIMENTI PEER TO PEER



Umberto Caroni

PEER TO PEER: RIFLESSIONI PRIMA DEL SIMPOSIO

Abbiamo chiesto a tutti i partecipanti di condividere i suggerimenti che ciascuno avrebbe dato a un collega che intendesse aprire un gruppo per giocatori e/o per familiari. Sebbene troviate i singoli “consigli” in ciascuna relazione, abbiamo anche ritenuto utile accorparli in questo capitolo¹².

Metodologia

- Avere chiarezza in prima persona e con i partecipanti su qual'è l'obiettivo da raggiungere: astensione assoluta? Gioco controllato?
- Suggestire che ognuno porti la propria esperienza, parlando sempre di sé, senza giudicare direttamente quanto espresso da altri
- E' rischioso lasciare i giocatori da soli in sala d'attesa prima che inizi il gruppo: è sempre in agguato il pericolo di parlare del gioco in modo elettrizzante, trasmettendosi le esperienze e “i trucchi per vincere”, per riconoscere i rumori che fanno le macchine quando stanno per pagare...insomma tutte le cose che possono trascinare in una spirale di craving, difficile da disinnescare. Allo stesso modo, potrebbe essere utile un momento di “limbo” alla fine del gruppo, in modo da permettere ai pazienti di allentare la tensione emotiva a volte associata agli incontri e evitare che, quindi, il gruppo abbia un effetto emotivo postumo negativo
- La brevità del percorso di accoglienza (dal primo colloquio all'inizio del trattamento) è utile
- Importanza del setting
- Attenzione alla dimensione del controllo
- Il coinvolgimento di un familiare
- La proposta di un trattamento a tempo determinato
- Il tutoraggio economico
- L'importanza dei colloqui iniziali per la valutazione della diagnosi e della motivazione
- Può essere utile instaurare dei rituali nel gruppo, come tenere un libro mastro-diario-verbale del gruppo, o come ogni volta dirsi quanti sono i giorni di astinenza, ecc.
- Lavorare sul cambiamento dello stile di vita
- Contratto chiaro sugli obiettivi, con i partecipanti e, se presenti, con il co-conduttore
- Stabilire regole chiare rispetto alla frequenza e alle comunicazioni delle assenze
- Presenza di due conduttori
- Far pagare una quota anche minima e non farsi intenerire: serve a loro più che a voi
- Se riuscite, anche se è faticoso, tenete traccia dei percorsi: verbali, dati, relazioni periodiche, ecc.

¹² L'organizzazione tematica di questa sezione è stata curata da Roberta Smaniotto.

- Gruppo psicoeducativo: è strutturato per argomenti e specifiche schede di esercizi per i pazienti. Questo aspetto metodologico ha un forte impatto terapeutico in fase iniziale del gruppo, mentre nella fase centrale e quella finale dello stesso, il terapeuta deve saper lasciare più spazio di ascolto e confronto tra i pazienti
- Tra gli obiettivi ponetevi quello di aiutare i pazienti a riappropriarsi del proprio ruolo in famiglia
- Astinenza: non vincolo d'accesso ma obiettivo comunque a cui tendere (anche attraverso la sperimentazione e significazione di ricadute)
- Se possibile, lavorare il più possibile in rete con altri servizi del territorio (il gruppo da solo non basta)

Argomenti legati a pensieri erronei

- Vigilare che tutti i partecipanti parlino del gioco senza appassionarsi ed eccitarsi a vicenda
- Nelle ultime sedute del gruppo, stiamo collezionando una serie di comportamenti ed atteggiamenti, che abbiamo rilevato non funzionare quando si vuole smettere di giocare d'azzardo o evitare di ricadere. All'inizio di ogni seduta li rileggiamo insieme e se capita ne aggiungiamo di nuovi. Niente di nuovo sotto il sole del gioco d'azzardo patologico naturalmente...

A proposito di operatori

- Un gruppo si può costituire senza preconcetti intellettuali, basandosi sulla esperienza e professionalità di un operatore, che ha introdotto un modello "imparato", ma secondo le proprie idee, in massima libertà
- Il primo vero suggerimento è che non esiste una teoria, esistono vari approcci metodologici, quindi prima ci si sporca le mani e poi ci si confronta con altri su ciò che accade in gruppo, operatore compreso
- Secondo suggerimento, mai aspettarsi risposte definitive in termini operativi, ma solo prendere atto che le parole o le azioni spesso possono indurre pensieri e comportamenti replicabili nel tempo con vari utenti, sottolineando la necessità di avere una buona memoria storica di ciò che viene detto o fatto all'interno del gruppo. Capita che frasi ritenute di poco conto assumano nei giocatori valenze inaspettate e quando vengono restituite all'operatore questi non può mai dire di essersi dimenticato o di aver detto o fatto cose senza pensarci sopra
- Terzo suggerimento, costruirsi delle buone basi teoriche evidentemente aiuta, ma non possono essere portate come dogmi, le scienze umane sono fallibili e lacunose, quindi spazio alla fantasia, la teoria non deve diventare mezzo di difesa per l'operatore
- Quarto suggerimento, ascoltare sì gli operatori che da anni operano nel settore, e notare come nel corso degli anni questi hanno volenti o nolenti modificato la loro operatività, per ottimizzarla. Il senso è quindi quello di trovare un proprio modello e modo di essere operatore, sapendo che ciò che vale oggi potrebbe essere messo in discussione sia da eventi esterni che interni un domani

- Quinto suggerimento, ma chi ve l'ha fatto fare di aprire un gruppo? Motivarsi e rimotivarsi negli anni è la base per non abbandonare o delegare l'intervento, i giocatori che arrivavano dieci anni fa mostrano discrepanze con quelli che arrivano adesso, la minestra riscaldata in caso di fame è sempre buona, una minestra nuova fatta di vecchi saperi e nuovi sapori è decisamente ottima
- Sesto suggerimento, attenzione ai processi di mentalizzazione dell'operatore. Durante l'agire è normale porsi delle domande e cercare di darsi delle risposte. In tal senso è sempre bene ricordare l'affermazione di Rolando De Luca, che recita all'incirca così: "ogni qual volta ci si pone una domanda, appaiono all'orizzonte una mezza risposta ed una nuova domanda..."
- Trovare il modo per fare una formazione specifica (si tratta sempre di una dipendenza, ma la dipendenza da gioco, ha delle caratteristiche importanti che la distinguono)
- Munirsi di una buona supervisione magari fatta da altre equipe che lavorano in questo campo
- Fare conoscere l'iniziativa in modo più capillare possibile
- Supervisione nel caso di co-conduzione
- Accettare di avvicinarsi umanamente alle famiglie
- Formarsi/aggiornarsi sulla problematica GAP
- Rinunciare all'onnipotenza di risolvere i problemi degli altri, ma accettare di fare un cammino insieme
- Riconoscere che le persone hanno, nonostante le difficoltà, la capacità di migliorare la propria condizione
- Riconoscere che le persone hanno dei tempi propri di cambiamento
- Rinunciare a "tutto e subito", accettando che le persone possono avere delle ricadute
- Accettare di confrontarsi con altri operatori che si occupano di tali problematiche, ricordando che la diversità è ricchezza e che ogni modalità di lavoro è importante
- Mantenere una rete di relazioni con altri operatori/associazioni nel tempo
- Buona conoscenza del GAP
- Integrazione tra i diversi trattamenti e lavoro di equipe con gli altri operatori che seguono il paziente inserito nel gruppo
- Difficoltà di gestione da parte della stessa psicoterapeuta del rapporto individuale e di gruppo, spesso problema dovuto all'esiguità di risorse interne SerT
- Tenacia anche di fronte alla negazione del gioco e soprattutto alla cronicità dell'attività di dipendenza
- Necessità di un processo di ipotizzazione relazionale che connetta le varie esperienze e costruisca un terreno comune su cui lavorare
- Non fare un gruppo da soli (garantitevi di lavorare in compresenza o almeno con supervisione)
- Non scoraggiarsi
- Mettere in conto che è una grande fatica ma anche professionalmente stimolante e interessante

- Pensate a un percorso lungo. Dopo un anno avrete appena capito come stanno le cose

A proposito del gruppo

- Cercare di riunire persone più vicine possibile dal punto di vista delle esperienze personali
- Fare attenzione alla presenza nel gruppo di un numero consistente di persone che hanno seri problemi di origine psichiatrica o con forti problemi di alcolismo o droghe varie (un paio di persone ci stanno, se sono di più può diventare un problema)
- Valutazione accurata dell'idoneità alla partecipazione al gruppo
- Inserimenti "dosati": un ingresso alla volta
- Ridurre al minimo la presenza di giocatori attivi compresenti
- Almeno tre – quattro componenti del gruppo nel momento dell'attivazione
- Valutazione preliminare della valutazione psicopatologica (oltre al GAP) che potrebbe compromettere il funzionamento del gruppo
- Inserimento nel gruppo di giocatori con motivazione (eventualmente indagata e aumentata attraverso gli altri interventi trattamentali)
- Gruppo settimanale meglio che quindicinale, si sfilaccia meno
- Rigidità maggiore sul bisogno di presenza costante dei partecipanti, o lasciar fluire le situazioni, e commentarle?
- Se possibile con una valutazione diagnostica prima dell'ingresso (almeno del giocatore, o sulle relazioni familiari)
- Attenzione quando il gruppo porta su altro i discorsi: stanno evitando di trattare di gioco perché forse è successo qualcosa di importante? Campanello d'allarme
- E' importante insistere sulla partecipazione al gruppo e che si crei affiatamento tra i componenti dello stesso
- La selezione dei pazienti riduce i drop-out
- La presenza nell'ambito dei gruppi, di persone con un diverso numero di giorni di astinenza al fine di favorire un lavoro di gruppo ottimale

PEER TO PEER: RIFLESSIONI CONCLUSIVE DAL SIMPOSIO

Il simposio si chiude con molte domande rimaste aperte. Ne riportiamo di seguito solo alcune.

Qual è l'**obiettivo da raggiungere**? Su questo punto ancora il dibattito è aperto, ma il gruppo di studio converge nettamente sul cambiamento stile di vita del giocatore e della sua famiglia.

Un altro punto di attenzione è stata la **questione dell'inquadramento diagnostico**.

Brevità del percorso di accoglienza prima del gruppo o accurata valutazione psico-diagnostica?

E, in caso di valutazione psicodiagnostica accurata, vi è rischio di perdita più elevata del paziente per l'allungamento dei tempi?

Tutti concordano su accuratezza e rapidità nella valutazione del paziente GAP:

- devi conoscere (anche perché si è vista la complessità di classificazione)
- senza farlo scappare!

Il confronto ha evidenziato particolare utilità del **gruppo a tempo determinato**:

- non è scontato
- rinnova gli obiettivi
- non collude con la dipendenza dal gruppo
- anche se c'è il rischio che colluda con le fantasie del "tutto e subito".

Una tecnica per molti efficace è quella di riconoscere e/o proporre i **rituali del gruppo**. Ogni gruppo può avere i suoi e anche il contratto scritto può far parte di un rituale di ingresso.

Si è ampiamente dibattuto circa le **regole**; si è visto come queste siano alla base del contratto terapeutico. Sebbene vi fossero varie posizioni nel gruppo di studio (tra le quali sono consapevole di incarnare quella maggiormente incline ad una certa rigidità, non me ne vogliono i colleghi che propongono – e adottano, bontà loro – un approccio sostanzialmente più morbido), mi pare di non dire il falso affermando che le regole di contratto con i pazienti sono state ritenute dalla maggioranza dei partecipanti:

- necessarie
- da proporsi come strumento operativo, non sadica rigidità vessatoria
- anche poche, ma chiare, fermamente da rispettare e far rispettare; si può persino predisporre un regolamento scritto e sottoscritto, firmato, che diventa contratto di adesione al trattamento
- se non vengono rispettate, vanno previste sanzioni (la trasgressione diventa ordine del giorno del gruppo)
- hanno a che fare con la gestione dell'impulsività (ad esempio, se non sei in grado di rispettare la puntualità, difficilmente riuscirai a cambiare sul resto)



Fare rete impegna!

Lo possono testimoniare Stefano Cezza e Manuela Persi in questa immagine

- se le si considerano strumenti di lavoro, non ci sono mediazioni (“se non hai la possibilità di rispettare il regolamento, non puoi frequentare il gruppo: non hai la possibilità di rimanere in questo sistema fondato su questi criteri”)
- se violate, taluni rivalutano la partecipazione al gruppo, ricontrattandola col paziente massimo per due volte
- compito del conduttore è presidiare questo aspetto
- la tenuta alle regole costituisce l’esistenza di “punti di controllo” per il conduttore e il gruppo: sono, in ultima analisi, assunzione di responsabilità.

La questione dell’**Astinenza** (o meglio **sospensione del gioco**), ha portato alle seguenti considerazioni conclusive:

- il bombardamento dopaminergico che avviene quando l’attività di gioco si protrae e non vi è sospensione, modifica radicalmente le possibilità di esperire i fatti psichici; è necessario “pulire” per poi metterci altre cose
- essere senza l’uso del gioco, cambia: si sentono le cose in modo diverso
- all’inizio del trattamento questa sospensione va bene comunque sia ottenuta (anche “blindando” il paziente)
- deve però poi passare da “obbligo” a “scelta”: la difficoltà tuttavia sta nel fare questa scelta.

Un tema dibattuto a conclusione del simposio è stato quello relativo alla **relazione tra partecipanti fuori dal gruppo**.

È un vincolo? È una risorsa? V’è osteggiata? V’è favorita?

Comunque, dipende dagli spazi che si hanno a disposizione.

Queste alleanze sono da considerarsi positive o negative?

Per taluni colleghi è una risorsa: consente la costruzione di legami profondi, e la sollecitazione di dinamiche crescenti a spirale.

Conseguentemente si pone la stessa domanda circa lo scambio dei numeri di telefono.

Taluni lo fanno in modo strutturato, lo favoriscono o lo consentono:

di solito, purché ciò che si dice fuori del gruppo venga riportato all’interno, parrebbe accettabile e funzionale; tuttavia, questa regola “della trasparenza” (chiara, ma spesso disattesa) va ripetuta più volte nel corso del trattamento se si ha contezza di relazioni extra gruppo tra i membri, perché vi è la tendenza a “dimenticare” di riferire.

La relazione tra membri fuori dal gruppo si ritiene particolarmente critica se il livello di gravità o impulsività dei pazienti è elevato.

Si evidenzia il rischio che si creino dei sottogruppi, anche se c’è consapevolezza che questo è uno degli ambiti che può essere fuori dalla possibilità di controllo da parte del conduttore (e quindi richiede consapevolezza e nel caso capacità di lettura e di gestione).

Ci si chiede poi se questo aspetto delle relazioni fuori dal gruppo possa essere diverso nei gruppi per famigliari e giocatori o di soli giocatori.

TERZA PARTE

La Valutazione del Simposio



Lo sciroppo d'acero canadese, apprezzato dono del prof. Robert Ladouceur

Ai partecipanti è stato chiesto di esprimere in anonimato alcune valutazioni sulle giornate formative. In particolare, sono stati utilizzati due strumenti di rilevazione.

Nel primo (l'esercizio di fine simposio) si è chiesto di riflettere su cosa ritenessero di avere imparato, sentito a livello emotivo, cosa lasciassero e cosa portassero con se al termine di questa esperienza. Ogni pensiero è stato annotato su un post-it anonimo e poi appeso ad un cartellone riassuntivo che poi è stato letto e condiviso.

Il secondo strumento era un questionario di valutazione standard distribuito e raccolto anonimamente (i cui esiti cumulati verranno esposti in seguito).

ESERCIZIO DI FINE SIMPOSIO



Il cartellone dove sono stati attaccati i post-it valutativi

Di seguito la trascrizione dei rilievi di tutti i partecipanti.

COSA HO IMPARATO?

Ho imparato la pensabilità di interventi diversi, a non dare per scontati nelle risorse nei bisogni che guidano la progettazione degli strumenti di cura

Ho imparato che ci sono molteplici strategie per approcciare il GAP e chi ne soffre e che ognuna da sola non basta: occorre essere creativi

Ho imparato che ragionare in molti e molto più produttivo e rapido che farlo da soli. Ho imparato anche aspetti importanti sulle valutazioni di esito e l'importanza della diagnostica

Ho imparato un approccio più mirato rispetto alla conduzione dei gruppi ed anche con i pazienti al di fuori dei gruppi stessi

Ho imparato a relativizzare le certezze, che qualche dubbio in più non paralizza ma aiuta, di poter contare su una rete di colleghi preparati

Ho imparato che pensare insieme e stare insieme aiuta lavorare meglio, soprattutto nei momenti difficili

Vado a casa con meno certezze improduttive, e con tanti dubbi e domande a cui lavorare

Ho messo in discussione una prassi consolidata ma che richiede tempo e spazio di riflessione e un'analisi sul medio e lungo termine delle sue premesse

Ho imparato che la complessità è una ricchezza per la costruzione della professionalità. Il dubbio è fatica ma anche crescita

Ho imparato che non ci sono risposte un modelli definitivi per cui si può dire "siamo arrivati". Che serve una struttura, un pensiero, un punto stabile di partenza, chiaro al terapeuta e al paziente

Ho imparato tantissime cose (un post-it non basta)

La varietà e ricchezza degli approcci diversi. Diversità e somiglianze nel lavoro specifico

Ho imparato che dalla differenza nasce un'informazione di inutilità nel proprio lavoro. Ascoltare e osservare le aree di criticità ripensandoci in modo diverso ha arricchito di nuovi punti di vista

Ho imparato che il rispetto delle regole è importante per vari motivi. Bisogna creare una rete

Ho imparato un nuovo linguaggio, nuovi punti di vista, nuove coordinate per orientarmi

Ho imparato tantissime cose (difficile sintetizzarle tutte!!!)

Ho imparato la differenza di approcci e modalità di lavoro, le esperienze di altri che mi piacerebbe approfondire

Ho imparato che di strada ancora se ne deve percorrere e che il confronto ci aiuta

Pur nella differenza degli approcci, con la consapevolezza che ci sono alcune somiglianze, convergenze, punti in comune

ho imparato che la condivisione fuori dagli steccati istituzionali è più fertile e appagante emotivamente

Diversità di approcci e di obiettivi

Ho imparato che nella costruzione di conduzione di un gruppo ogni particolare, ad esempio la questione della sala d'attesa, ha una precisa ricaduta sul gruppo stesso

Ci sono molteplici esperienze interessanti e variegate. Si possono modificare e correggere i propri punti di vista

Ho imparato a cogliere sfumature nuove, prima non pensate o non viste relative all'universo gioco patologico

Tutto quello che solo l'esperienza di persone realmente motivate può dare

Che i dubbi appartengono a molti, mettersi in discussione è sempre un buon metodo per imparare

Che la mia non è LA verità, che il mio non è IL punto di vista ma che sono una verità ed un punto di vista

Ho appreso notizie, informazioni utili dai diversi approcci

Una complessità senza fine, una voglia di apprendere attraverso lo scambio



Un momento dell'esercitazione finale. Di spalle, Stefano Cezza e Caterina Forza

COSA HO SENTITO?

Accoglienza, condivisione, allegria

Un bel gruppo di persone, affiatamento, l'intelligenza e competenza

Accettazione dei reciproci punti di vista, rispetto, desiderio di mettersi in discussione e di apprendere dall'esperienza altrui, ascolto e cooperazione

Un'accoglienza caldissima che ha permesso di sentire come realmente prezioso ogni contributo

Ho sentito una grande partecipazione al gruppo di lavoro e ho conosciuto persone nuove sotto punti di vista diversi da quelli lavorativi

Ho sentito una profonda partecipazione allo scambio reciproco, la condivisione per dare all'altro e una disponibilità ad accettare dall'altro

Complicità

Ho sentito negli altri l'umiltà di mettersi in discussione, dentro di me la rassicurazione data dalla molteplicità dei modi per affrontare il problema ma anche dal riconoscersi in alcuni elementi comuni

Comunanza, voglia di crescere insieme, sostegno reciproco

Mi sono sentito accolto, valorizzato e spinto a condividere dubbi e aspettative in un clima di serena amicizia

Una fatica, uno sforzo sempre comunque condiviso

Affiatamento, spirito di squadra

Piacere, stima, stanchezza, soddisfazione, curiosità

Mi sono sentita accolta

Tanta disponibilità è professionalità e allegria da parte di persone autentiche e non autocentrate... un sollievo (rispetto ai soliti convegni)

Ho sentito in tutti i è una grande passione per il lavoro che facciamo e penso che sia "sale" per noi e per i nostri pazienti

Ho sentito la fatica del lavoro di gruppo e il piacere di sentire alti livelli di professionalità e la disponibilità di condividere i successi ma anche i fallimenti

Tante persone con voglia di ascoltarsi

Piacere nel fare questo simposio con persone che lavorano in realtà diverse e con la voglia di portare la loro esperienza, di ascoltare quella degli altri e di mettersi in discussione, di porsi delle domande. Sento che ho voglia di farne altri e di tenermi in contatto con loro.

A volte la difficoltà di ascoltare linguaggi diversi dal mio. Amarezza di non poter approfondire altri aspetti della problematica

Ho sentito che ciò che ci rendeva uguali erano gli stessi dubbi e le stesse domande. La voglia di conoscere di condividere ciò che già si conosceva

Ho sentito sensazioni di benessere, curiosità e il confronto

Un clima di condivisione con i colleghi: di simpatia e collaborazione anche futura

Confusione, passione, voglia di confrontarsi, energia

Accoglienza, condivisione di passione per questo lavoro, la forza della rete

Ho sentito accoglienza, sensazione di non essere da soli nel portare avanti questo tipo di esperienza

Vicinanza e simpatia. A volte difficoltà nell'ascoltarci, aumentare strategie complesse. Utilizzare al meglio altre figure professionali. Fare mente locale per operare al meglio

Accoglienza, clima rilassato, voglia di lavorare insieme per passarsi e scambiarsi i contenuti. Passione

COSA LASCIO?

L'illusione magica che un gruppo si possa fare dedicando poco tempo al pensiero (tramite supervisioni, verbali, equipe, formazione) solo perché si ha già esperienza o formazione

Mi auguro la curiosità negli altri di approfondire e sperimentare alcune delle attività e condizioni presentate

Lascio alcuni interrogativi e la solitudine nell'affrontare il problema del gioco

La stanchezza e alcuni dubbi

Lascio la mia esperienza e l'apertura ad un ulteriore scambio di pensieri

Un mondo variegato e una bella esperienza

La mia esperienza

Desidero ripetere l'esperienza è condividere questo percorso

La nostra esperienza di gruppo, tante domande aperte con la speranza di darci ancora una risposta ancora assieme

Lascio a tutti le tante domande e la voglia di ricreare occasioni in cui confrontarsi

La mia esperienza, il mio bisogno di condivisione, la voglia di crescere uniti nelle diverse aree di specificità

Un sacco di dubbi

L'interesse per i gruppi e la loro complessità

Lascio la difficoltà nel decidere il percorso da seguire

Domande e risposte, alcune incertezze che avevo, e anche alcune certezze

La mia piccola esperienza che spero possa risultare utile agli altri colleghi

Un bagaglio parziale di esperienze

Un buon ricordo, spero!

La mia disponibilità ad altri simposi come questo

Il rimpianto di non aver assaggiato abbastanza cucina toscana. La possibilità di uno scambio che inizierà a essere interessante. A presto!

Vecchie modalità di conduzione del gruppo

Curiosità verso esperienze differenti. L'idea che il dubbio porti con sé aspetti sono negativi

Lascio, forse, un po' della esperienza costruita in questi anni con dedizione, fatica, passione e qualche volta notti insonni dopo un gruppo ...

Mi auguro il mio contributo

La frustrazione che si prova ogni tanto nel trattare questo tipo di problema

Spero l'entusiasmo nel voler conoscere sempre meglio questo tipo di problema

La simpatia di un valido gruppo di lavoro che spero di incontrare ancora

Begli incontri

Relazioni professionali costruttive, possibilità di confronto

CON COSA ME NE VADO?

Con il desiderio di fare alcune piccole rivoluzioni del mio modo di lavorare e il coraggio di sperimentare con la voglia di imparare ancora

Con la voglia di rivedere molte cose nel gruppo che conduco

Con la voglia di specializzarmi sempre di più e di guardare anche altre realtà di gruppo

Con nuove consapevolezza e molti nuovi stimoli

Con un bel numero di indirizzi e-mail utili

Me ne vado con molte domande e con una maggiore apertura mentale

Con la voglia di mettere in pratica gli arricchimenti avuti dalla condivisione delle esperienze e la speranza di ripetere l'esperienza

Me ne vado in auto

Comprensione dei nodi critici e delle impasse del nostro gruppo, l'entusiasmo è condivisione rispetto possibili modifiche e miglioramenti della conduzione del gruppo

Ho aumentato la mia rete di consulenti a cui chiedere per imparare con cui proficuamente interagire al bisogno

Me ne vado con nuove possibilità da sviluppare, con la soddisfazione di aver contribuito

Me ne vado con qualche risposta, nuove idee, molte domande

Me ne vado con tanti dubbi connessi, però con l'entusiasmo di ripensare e riformulare alcune prassi

Varie idee in testa rispetto a modifiche e aggiunte per il gruppo e il processo diagnostico. Volti e persone da rivedere

Tante risposte ai tanti nuovi stimoli su cui riflettere

Porterò con me tanta ricchezza umana e professionale. Dubbi utili e voglia di rivedervi

Me ne vado con la sensazione di aver appreso qualcosa di utile

Me ne vado con l'entusiasmo, spirito di iniziativa, voglia di mettere in campo nuove idee

Me ne vado con un bagaglio di esperienze uniche nel loro genere e la consapevolezza che ci sono punti di riferimento con cui confrontarsi sui GAP

Me ne vado con l'importanza di continuare a porsi delle domande, sapendo tollerare l'incertezza delle risposte

Me ne vado con molti dubbi ma anche con l'idea di avere nuovi colleghi con cui parlarne

Mi porto a casa stimoli bisogno di approfondimento spunti e idee innovative

Me ne vado con nuovi stimoli, ricchezza di altre esperienze, nuove conoscenze

Ne vado con risposte ma anche dubbi e domande rimaste senza risposta, ma che mi aiutano a ragionare a comprendere e ad approfondire ciò che già conosco

Me ne vado con un senso di valorizzazione del lavoro che facciamo

Me ne vado con una ricchezza di esperienza data dalle visioni differenti e da alcune risposte a quesiti che mi tormentavano

Me ne vado con nuove idee, nuovi stimoli, nuove domande

Mi vado con la voglia di confrontarmi ancora con coloro che lavorano sul GAP e che non erano cui oltre che con la fiducia nel futuro

Me ne vado con un rinforzo per continuare il lavoro intrapreso



QUESTIONARIO ANONIMO DI VALUTAZIONE DEL SIMPOSIO (18 e 19.03.10)

INFORMAZIONI RELATIVE AL PARTECIPANTE

Provenienza del Partecipante:

Regione Piemonte	[5] 17%
Regione Veneto/Trentino	[8] 28%
Regione Lombardia	[9] 31%
Regione Emilia Romagna	[5] 17%
Regione Liguria	[2] 7%

Operatore (tipologia):

Psicologo	[19] 66%
Medico	[3] 10%
Educatore	[4] 14%
Altro (specificare)	[3] 10% (counselor, psicopedagoga, tirocinante psicologo)

INFORMAZIONI RELATIVE AL GRADIMENTO DEL SIMPOSIO

VALUTAZIONE GENERALE

	VALUTAZIONE				NOTE
	INSUFF	SUFFIC	BUONO	OTTIMO	
GRADIMENTO GENERALE					
Gradimento generale dell'evento formativo			(1) 3%	(28) 97%	

VALUTAZIONE DELLE SEZIONI

(0 = minimo; 5 = medio; 10 = massimo)

- Mattina del 18.03.2010:

Presentazione partecipanti e gruppi

Min: 8; max: 10; media: 8,93

- Pomeriggio del 18.03.2010:

Lavoro sui casi clinici in sottogruppo

Min: 8; max: 10; media: 8,97

- Mattina del 19.03.2010:

Lavoro in plenaria sui casi clinici e sugli indicatori di esito

Min: 7; max: 10; media: 9,07

- Pomeriggio del 19.03.2010:

Sintesi dei lavori e peer to peer

Min: 8; max: 10; media: 9,37

VALUTAZIONE DELL'ACCOGLIENZA RICEVUTA

(0 = minimo; 5 = medio; 10 = massimo)

QUALITA' DELL'ACCOGLIENZA IN GENERALE

Min: 8; max: 10; media: 9,79

MATERIALI IN CARTELLINA E PER L'ESPLETAMENTO DEI LAVORI

Min: 7; max: 10; media: 9,61

APPREZZAMENTO DELL'APERITIVO DEL 17.03.2010

Min: 7; max: 10; media: 9,72

APPREZZAMENTO DEI PRANZI PRESSO IL CASALE

Min: 7; max: 10; media: 9,25

APPREZZAMENTO DELLE CENE DEL 18 E DEL 19.03.2010

Min: 7; max: 10; media: 9,38

APPREZZAMENTO DEGLI ALLOGGI E DELLA LOCATION

Min: 8; max: 10; media: 9,76

QUALITA' E QUANTITA' DELLE INFORMAZIONI ORGANIZZATIVE RICEVUTE

Nella fase di iscrizione

Min: 7; max: 10; media: 9,62

In sede di simposio

Min: 8; max: 10; media: 9,69

ULTERIORI COMMENTI E SUGGERIMENTI LIBERI

- Tenere dei tempi più larghi per i lavori; più pause; eravamo troppo affollati di cose in testa
- Brave! Ottima idea organizzare un simposio (peer-to peer) ... spero sia una prima edizione di una serie! Grazie per l'opportunità
- Il tempo dedicato alle presentazioni delle varie esperienze è stato purtroppo troppo breve per apprezzarle appieno. Grazie, sono stata bene
- I lavori presentati erano molto interessanti, ma perché molte esperienze il tempo è stato "insufficiente". Lodevole e apprezzabile la capacità di mettere insieme tanto lavoro, professionalità e cuore
- Ottima accoglienza e capacità di creare un clima "familiare"
- Ho apprezzato la capacità di creare un clima ideale per lo scambio e il confronto, il desiderio dei partecipanti di mettersi in discussione, la precisione organizzativa e il lavoro di preparazione dei materiali
- Grazie!
- Si auspicano altre iniziative di questo tipo
- Prossimo simposio sulla diagnostica (a breve e ... al mare!)

RINGRAZIAMENTI

Sono molte le persone da ringraziare!

Innanzitutto, grazie da parte di tutti, a Ivana e Caterina per avere lanciato l'anno scorso l'idea di riunirci ad approfondire il trattamento di gruppo in un contesto residenziale.

Se non fosse stato per loro, forse il Simposio non lo avrei mai immaginato, né mai lo avrei costruito così.

Grazie poi, ai 28 colleghi che hanno partecipato al Simposio.

Grazie a Ivana, Caterina, Maurizio, Federica, Roberta, Angela, Mariapaola, le due Valeria, i due Stefano, Fulvia, Simona, Claudio, Giovanna, Eleonora, Silvia, Deborah, Francesca, Luca, Manuela, Paolo, Amelia, Simonetta, Umberto, Lucia, Giorgia e Matteo.

Grazie per avere accondisceso a buona parte delle mie "folli" e pressanti richieste in corso d'opera! Prima, durante e ... dopo!

Grazie in particolare per avere accettato di lavorare duramente sul vostro modello di trattamento in gruppo ben prima di venire a Vinci, per avere steso la relazione, preparato i casi, riflettuto sui suggerimenti peer-to-peer, predisposto le slide...

Grazie per esservi fidati!

So di avervi chiesto un notevole sforzo, alcuni hanno lavorato a casa la domenica ... ma senza il vostro pensiero "metabolizzato" il nostro simposio non avrebbe mai potuto vedere la luce, né produrre tanti ricchi pensieri che è doveroso avere raccolto in questo volume, dedicato ai colleghi che lavorano o vogliono lavorare con gruppi per giocatori e familiari!

Spero che - adesso che tutto è finito - siano stati mitigati gli "accidenti" che di certo mi avrete mandato ad ogni mail ricevuta, quando - come una goccia cinese - sollecitavo la vostra collaborazione

Grazie anche per l'affiatamento, partecipazione e serietà che avete dimostrato nelle giornate di simposio.

Grazie ad Amelia per il suggerimento su come organizzare gli atti.

Grazie anche alle colleghe dell'Associazione AND Roberta e Angela per l'aiuto con le questioni attinenti all'organizzazione dei corsi.

Il backstage è fondamentale anche se non sempre si vede.

Grazie a Fulvia, che è venuta in furgone per poi amabilmente perdersi nelle campagne toscane con un bel gruppo di simposisti ... anche questi episodi saranno oggetto dei nostri ricordi.

Grazie a Paolo, che ha portato le sue mele per tutti.

Grazie a Claudio, Maurizio e Matteo per le fotografie scattate e condivise.

E infine, grazie ancora a Matteo, che è stato davvero risorsa per tutti noi (e - checché ne dica Umberto - essere attivi e disponibili nulla ha a che vedere con l'essere un novello "Spartaco" ...): presente in tutte le fasi del lavoro, ma mai indiscreto, con l'idea del video conclusivo ci lascerà indelebile un magnifico ricordo.

Di certo dimentico qualcuno.

E' sempre così.

E appena finito di stampare mi verrà in mente.

Non se ne abbia a male costui.

Ormai ... ho un'età!

Daniela

ARRIVEDERCI AL PROSSIMO SIMPOSIO!



ALLEGATI

LA SCHEDA DI LAVORO PREPARATORIA

Cara collega, caro collega,

come sai, il simposio sin dalle sue fasi preparatorie si prefigge un lavoro interattivo di natura clinica allo scopo di giungere a marzo con una serie di riflessioni e pensieri già metabolizzati.

Per questa ragione, questa importante fase di lavoro è per noi organizzatori già parte integrante della formazione stessa.

Ti chiediamo dunque di dedicare del tempo a riflettere (da solo o in equipe a seconda che il gruppo sia da te condotto individualmente o con un collega) sui punti seguenti, e - sulla loro scorta – ti invitiamo a stendere una relazione approfondita che raccoglieremo nel volume degli atti al termine dei lavori e che verrà stampata e distribuita a tutti i partecipanti.

Dal momento che le esperienze da condividere in sede di simposio saranno numerose, pensiamo anche che attraverso questa relazione cartacea tu possa fornire anche quegli elementi di dettaglio approfonditi che invece verosimilmente non sarà possibile portare in maniera così esaustiva al momento della tua presentazione in Toscana.

Il punto di partenza di questo lavoro di analisi e riflessione è che, così come ogni persona, anche i gruppi hanno caratteristiche soggettive, proprie, che potremmo definire “individuali”.

Ecco allora che ti preghiamo di riflettere su quello che conduci, per creare una sorta di “Carta di identità” del tuo gruppo che consenta anche agli altri partecipanti di comprenderlo meglio.

Il termine entro cui rinviarci il tuo elaborato è il 19 dicembre 2009.

Ti ringraziamo per rispettare tale scadenza, che ci darà modo di leggere tutti i contributi e procedere alla fase successiva del percorso formativo.

Buon lavoro!

LA CARTA DI IDENTITA' DEL GRUPPO...

Gruppo (nome, se lo ha):

Conduttore/i (nome, cognome, figura professionale):

Il gruppo accoglie:

- *solo giocatori*
- *solo familiari*
- *giocatori e familiari insieme*

PRIMO BLOCCO DI NOTIZIE

DATI ORGANIZZATIVI

Orario di svolgimento?

Luogo?

Durata incontri?

Frequenza incontri?

Ulteriori tracce per descriverlo:

Quando è nato?

In che contesto?

Con quali obiettivi?

Ci sono teorie di riferimento cui il gruppo si ispira?

Aperto, chiuso?

Chi entra?

Come entra?

C'è un pagamento? Se sì, quanto? Per quale motivo si paga?

Vi sono regole di accesso?

E' richiesta astinenza?

Durata del percorso?

Quante persone lo possono frequentare simultaneamente? Cioè, c'è un numero minimo/massimo?

Obbligo di frequenza?

Naturalmente, sentitevi liberi di aggiungere ogni altra notizia che vi pare utile a rappresentare il vostro gruppo (come si svolge e come è organizzato).

SECONDO BLOCCO DI NOTIZIE

DEMOGRAFIA STORICA (chi è passato dal gruppo dall'attivazione ad oggi)

Quante persone sono entrate complessivamente dall'inizio?

Quali le loro caratteristiche?

Età?

Lavoro?
Sesso?
Ruolo in famiglia?
Gioco problematico?
Avevano in corso altri trattamenti/interventi? Se sì, quali e dove?
Quante hanno concluso la loro frequenza al gruppo?
Come si è chiusa la loro partecipazione?
Motivo di uscita?
Dimissioni concordate?
Drop out?
E' stato fatto un follow up dopo l'uscita? Se sì, come e con quali esiti?
Altre notizie che vi sembrano importanti circa la demografia storica del vostro gruppo?

DEMOGRAFIA ATTUALE

Quante persone sono attualmente presenti?
Da quanto tempo frequentano il gruppo?
Quali le loro caratteristiche?
Età?
Lavoro?
Sesso?
Ruolo in famiglia?
Gioco problematico?
Avevano in corso altri trattamenti/interventi? Se sì, quali e dove?
E' stato concordato un follow up dopo l'uscita? Se sì, cosa è stato previsto di fare?
Altre notizie?

TERZO BLOCCO DI NOTIZIE

VALUTAZIONE DI ESITO

- presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto (sta ottenendo in caso non abbiate alcun caso concluso) un esito positivo
- presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto (sta ottenendo in caso non abbiate alcun caso concluso) un esito negativo
- presentazione dettagliata di un caso clinico che a vostro giudizio ha ottenuto (sta ottenendo in caso non abbiate alcun caso concluso) un esito dubbio (in cui cioè è difficile valutare l'esito)

Avete effettuato il follow up sui casi descritti? Se sì, come?

Nel presentare questi casi, oltre alla storia clinica dei pazienti e a tutto quanto concerne la comprensione della loro situazione, è opportuno anche fermarsi a

riflettere per identificare e declinare elencandoli quelli che nei casi specifici sono stati i criteri di valutazione che avete adottato per decretare il vostro giudizio (positivo, negativo o dubbio).

Potete identificare delle correlazioni tra gli interventi terapeutici/educativi effettuati e i risultati di cambiamento ottenuti (anche in relazione ai criteri identificati)?

In altre parole, cosa ha funzionato? Cosa non ha funzionato? E a vostro avviso perché?

Infine, da queste riflessioni, complessivamente quali indicatori prognostici ritenete che siano da ritenersi utili in considerazione con questo tipo di pazienti?

E quali gli indicatori generali di valutazione per decretare il successo/insuccesso terapeutico?

QUARTO BLOCCO DI NOTIZIE

SUGGERIMENTI PEER TO PEER

A ruota libera, quali suggerimenti daresti a un collega che dovesse comunicarvi l'intenzione di voler aprire un gruppo GAP?

L'ASSOCIAZIONE AND - AZZARDO E NUOVE DIPENDENZE

AND ha sede presso lo Studio Legale De Micco, in Via G. Cardano 18, 21013 a Gallarate (Va); Ccp n° 48007710; tel. 338-1342318; e-mail: azzardo.nuovedipendenze@virgilio.it ; sito: www.andinrete.it.

E' una realtà associativa senza fini di lucro costituitasi in data 09/07/2003.

E' iscritta al Registro dell'Associazionismo ex L.R. 28/99 nella Sezione Provinciale con provvedimento n° 382 del 31/01/2005 (n° iscrizione VA-69) e al Registro Regionale delle Associazioni di Solidarietà Familiare ex L.R. 23/99 con decreto n° 1481 del 04/02/2005 (n° iscrizione 578).

Dal 2007 è inserita nella sezione F per le Associazioni di Promozione Sociale nel Registro Provinciale delle Associazioni senza Scopo di Lucro (L.R. 28/96), Det.Dir. n. 959 del 27.02.07; n° iscrizione VA-1 (decorrenza 28.02.2006).

E' Membro CESVOV – Centro di Servizi per il Volontariato di Varese dal gennaio 2004

E' Membro Co.Na.G.G.A. – Coordinamento Nazionale Gruppi per Giocatori d'Azzardo, dal 13/05/05.

E' componente del Tavolo permanente di confronto con i soggetti del Terzo Settore ASL Varese (con delibera n. 45 del 18/01/2006).

Dal 2006 è anche Membro della Consulta Comunale per la Famiglia Città di Varese.

Aderisce e partecipa attivamente al tavolo emarginazione e nuove povertà del Piano di Zona di Gallarate e di Azzate, e al tavolo adulti del Piano di Zona di Varese.

Ha come scopo esclusivo il fine di solidarietà e promozione sociale, perseguito attraverso lo studio dei fenomeni di dipendenza e delle terapie relative (nelle varie componenti psicologiche - familiari - socio - sanitarie - legali - educative), la stimolazione di una cultura della prevenzione, la facilitazione di forme partecipative di sviluppo delle reti sociali, la promozione di attività di formazione, informazione e sensibilizzazione.

AND, inoltre, si propone di riunire in forma volontaria uomini e donne impegnati negli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione di persone con problematiche di dipendenza da gioco d'azzardo e altre dipendenze senza sostanze, con la finalità di promuovere una corretta cultura degli stili di consumo orientata al benessere psicofisico dell'individuo coinvolto e della sua rete socio-familiare.

L'Associazione avvalendosi dei propri aderenti ha realizzato numerose iniziative di sensibilizzazione e formazione oltre che più articolati progetti di intervento sulle nuove forme di dipendenza e nello specifico sul gioco d'azzardo eccessivo, sia in proprio che in collaborazione con Enti Pubblici e Privati.

E' beneficiaria del 5 x 1000 dal 2007.

GLI ENTI PATROCINANTI DEL SIMPOSIO



